

ВЕСТНИК ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ научно-практический и информационный журнал № 1, 2015



Главный редактор:
Э. А. Баткаев

Зам. главного редактора:
Н. В. Баткаева

Члены редакционного совета:

Р. М. Абдрахманов
И. В. Виноградов
О. А. Доготарь
А. В. Майорова
П. П. Огурцов
О. Н. Померанцев
И. В. Попов
Ю. Ф. Сахно
М. Б. Хамошина
И. А. Чистякова

Учредители:

**Организация Содействия
развитию последипломного
медицинского образования,
медицинской науки и практики
ООО ММП «Венера-центр»**

**Журнал зарегистрирован
в Комитете РФ по печати.**

**Свидетельство о регистрации
№ 017 034 от 31.12.97 г.
ISSN 2221-741X**

**Подписной индекс по каталогу
Роспечати: 80239**

Адрес редакции:
107 076, Москва, ул. Короленко, д. 3,
стр. 2, корп. 2, тел./факс 964-46-55
E-mail: dermrudn-FPK@yandex.ru
www.venera-center.ru

Допечатная подготовка —
О. К. Макаренко

Содержание

ДЕРМАТОЛОГИЯ

- В. Ю. Пестова Особенности течения и терапии атопического дерматита при выявленной D-витаминной недостаточности. 3
- Л. И. Радецкая, О. М. Конова, Р. М. Гаджиева Методы физиотерапии при выпадении волос у детей. 6
- Ж. Ю. Юсова, Л. С. Круглова Комплексное лечение трофических нарушений с использованием низкоинтенсивного лазерного облучения 11
- Д. М. Гольялиев Сопутствующая патология у пациентов с очаговой склеродермией 16
- С. Вилсон, А. Л. Тищенко, В. С. Горский Оценка изменения уровня активированных лимфоцитов у пациентов с акне на фоне местного инъекционного введения кислого пептидогликана 18
- Л. В. Белова-Рахимова, Н. В. Баткаева Пути развития дерматологии в России и СССР (1980—1989) 20

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- Э. А. Баткаев, И. А. Чистякова, А. А. Устьян OVERLAP-синдром: системная красная волчанка и красный плоский лишай. 26

ВЕНЕРОЛОГИЯ

- С. С. Хромова, Х. Б. Ахмедов Влияние терапии на состав микрофлоры при смешанной урогенитальной инфекции у мужчин. 29

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

- С. В. Безверхий, Н. В. Загородний, Н. Г. Захарян, А. Т. Такиев, И. Д. Евсюкова, И. А. Садков Результаты эндопротезирования коленного сустава с применением кинематического выравнивания ротации тиббиального компонента. 32
- Н. В. Загородний, А. В. Николаев, О. С. Алексеева, С. В. Безверхий Оценка ранних результатов реверсивного эндопротезирования при артропатии плечевого сустава на фоне повреждения вращательной манжеты. 36

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

- А. В. Бутров, М. В. Петрова, Ш. Д. Бихарри (Викки), Н. Н. Пулина Особенности коррекции белково-энергетической недостаточности у больных ишемическим инсультом 41

ISSN 2221-741X



С 2010 г. журнал включен в новый перечень периодических изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ для публикации материалов кандидатских и докторских диссертационных исследований.

Подписано в печать 21.11.2014
Формат 60×88 1/8. Объем 11 п. л.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.
Отпечатано в типографии РА-принт. Тел.: (495) 743-19-12.
Заказ Тираж 2000 экз.

Дерматология

Тропическая дерматология: Larva migrans, гнатостомоз, кожный амёбиаз и тромбиккулёз	46
Сравнительная эффективность препаратов для местного применения при основных кожных заболеваниях: использование теории сетей.	46
Больше чем просто филлер — роль гиалуроновой кислоты в поддержании кожного гомеостаза	46
Кожный барьер при атопическом дерматите.	47

Микология

Подкожные (глубокие) микозы.	47
Новое в лечении и диагностике дерматофитий	48

Венерология

Инфекции, передаваемые половым путём	48
--	----

Урология

Выбор радиологического метода для лучшей диагностики простаты	49
Распространенность подтипов кальцификации предстательной железы и её ассоциация с раком простаты	49

Терапия

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) после аортокоронарного шунтирования: клинические наблюдения и обзор литературы	50
Синдром циклической рвоты.	51

ТЕЗИСЫ ВЕСЕННЕЙ СЕССИИ XXI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИМПОЗИУМА «НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И АНДРОЛОГИ: НАУКА И ПРАКТИКА»

<i>Е. В. Герасимчук, В. В. Гладько, М. Ю. Герасимчук</i> Оптимизация психофармакотерапии с учетом социодемографических характеристик и соматического статуса в микологии	52
<i>Э. А. Баткаев, М. В. Урпин</i> Повышение эффективности комплексной терапии ИППП, осложненных хроническим бактериальным простатитом, с использованием аппарата АЭЛТИС-синхро-02.	53
<i>А. Р. Абдрахманов, Е. В. Файзуллина, Р. М. Абдрахманов</i> Возможности выбора лечебной тактики в лечении больных с осложненными формами инфекции, передаваемых половым путем	53
<i>А. Р. Абдрахманов, Е. В. Файзуллина, Р. М. Абдрахманов</i> Ультразвуковая оценка состояния репродуктивной системы больных инфекциями, передаваемыми половым путем	54
Отчет о проведенной осенней сессии XX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии: наука и практика»	55
Отчет о проведении Весенней сессии XXI Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии: наука и практика»	56
Рецензия на монографию «История венерологии, дерматологии, лепрологии России и СССР (1900—1959 гг.)»	57

ИНФОРМАЦИЯ

План работы кафедры клинической микологии и дерматовенерологии РУДН на первое полугодие 2015 года	58
---	----

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ D-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. Ю. Пестова

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

- Резюме.** **Цель исследования** — определить особенности течения atopического дерматита и оптимизировать пути его лечения на фоне D-витаминовой недостаточности.
Дизайн исследования — сравнительное наблюдательное открытое исследование.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 67 пациентов с диагнозом atopический дерматит, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 35 больных atopическим дерматитом с достаточным уровнем кальцидола, которым была назначена традиционная терапия, во вторую — 32 больных atopическим дерматитом со сниженной концентрацией витамина D, которым было проведено комплексное лечение с использованием традиционной терапии и препарата альфакальцидол (Альфа Д3-ТЕВА).
Результаты. Комплексная терапия atopического дерматита с альфакальцидолом способствовала снижению индекса SCORAD на 93,63%, что свидетельствует о выраженном клиническом эффекте проводимого лечения.
Заключение. При недостатке витамина D atopический дерматит носит характер более тяжелого течения, а также наблюдается высокая специфическая сенсибилизация к *Staphylococcus aureus*. Определение уровня кальцидола с дальнейшей коррекцией его недостатка с использованием препарата альфакальцидол предоставляет новые возможности лечения данного дерматоза.
- Ключевые слова:** atopический дерматит, D-витаминовая недостаточность, альфакальцидол, *Staphylococcus aureus*, выраженный клинический эффект.
- Summary.** **Study Objective:** To identify the specific features of atopic dermatitis in vitamin D-deficient patients and to optimize therapeutic options to this patients.
Study Design: This is an open-label, comparative, observational study.
Materials and methods: Overall, 67 patients with atopic dermatitis were evaluated in this study. All patients were assigned to two groups. The first group included 35 patients with atopic dermatitis who had normal levels of calcidol and was appointed traditional therapy, the second group included 32 patients with atopic dermatitis with a reduced concentration of vitamin D, which was appointment comprehensive treatment with conventional therapy and alfacalcidol (Alpha D3-TEVA).
Results: Combined therapy of atopic dermatitis with alfacalcidol reduced SCORAD index to 93.63% which indicates the severity of clinical effect of the treatment.
Conclusion: With a vitamin D deficiency atopic dermatitis has the character of a more severe course and there is a high specific sensitization to *Staphylococcus aureus*. Determining the level of calcidola with a further correction of the defect using the medication alfacalcidol provides a new treatment of dermatosis.
- Key words:** atopic dermatitis, vitamin-D deficiency, alfacalcidol, *Staphylococcus aureus*, significant clinical effect

Актуальность

Атопический дерматит (АД) представляет собой аллергическое заболевание кожи, обусловленное генетической предрасположенностью к атопии, дебют которого возникает, как правило, в раннем детском возрасте, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, кожным зудом, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов воспаления, и обусловлено гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям [1]. Актуальность изучения АД обусловлена его

высокой распространенностью во всем мире, которая возросла за последние 40 лет в 3 раза, а также ростом тяжелых, непрерывно рецидивирующих форм дерматоза, торпидных к традиционным методам терапии, что негативно сказывается на качестве жизни пациентов [2].

Генетические и экологические факторы играют важную роль в развитии данного заболевания, определяющие его тяжесть [3—5]. На фоне традиционного иммунопатогенетического нарушения баланса Th1/Th2 и профилей их цитокинов, существуют и неим-

мунные механизмы развития АД [4, 6]. Также немаловажную роль играет и нарушение физической составляющей врожденного кожного барьера: генетический дефект белка конечной дифференцировки кератиноцитов филаггрина, снижение уровня керамидов, жирных кислот и липидов, смещение pH кожи в щелочную среду, активация эндогенных протеаз. Все это приводит к усилению трансэпидермальной потери влаги кожей, повышая вероятность транскутанной абсорбции антигенов, присоединению бактериальной и грибковой инфекции [3, 7].

Staphylococcus aureus высевается у 80—95% больных атопическим дерматитом [8]. В 75% он продуцирует энтеротоксины, которые еще сильнее нарушают эпидермальный барьер у пациентов с АД, обуславливая тяжелое течение дерматоза, что создает порочный круг, поддерживающий хроническое воспаление кожи [9—11].

Сравнительно недавно в качестве ключевых факторов в патогенезе АД стали рассматривать и снижение синтеза антимикробных пептидов (АМП), таких как кателицидин (LL-37) и β -дефензины (hBD-1, hBD-2 и hBD-3), которые являются химической составляющей эпидермального врожденного барьера [12, 16]. Недостаточная выработка АМП у больных АД увеличивает контаминацию кожи *Staphylococcus aureus* в геометрической прогрессии при аллергическом воспалении в пораженных участках кожи [13].

АМП концентрируются в роговом слое и вырабатываются кератиноцитами в ответ на воспалительный стимул, механическое повреждение кожи или на активацию распознающих рецепторов системы врожденного иммунитета (TLR) элементами бактерий, грибов, вирусов и простейших при первом контакте, без предварительной презентации антигена. В основе механизма действия АМП лежит разрушение целостности липидного слоя бактериальной клеточной мембраны [14—16]. Недавние зарубежные исследования доказали, что ключевая роль в экспрессии АМП принадлежит витамину D. Помимо влияния «солнечного» витамина практически на все механизмы врожденного и приобретенного иммунного ответа [17, 18], учеными также был обнаружен в промоторной области гена кателицидина элемент ответа на витамин D (VDRE) [16]. Понимание роли данного витамина в индукции экспрессии АМП позволяет рассмотреть его в качестве возможного лекарственного средства, которое может быть использовано при лечении больных АД, характеризующихся тяжелым течением, и невозможностью эрадикации инфекционного агента, в частности *Staphylococcus aureus*.

Цель исследования: определить особенности клинического течения атопического дерматита и оптимизировать его лечения на фоне D-витаминной недостаточности.

Материал и методы

В результате скрининга в исследовании приняло участие 67 пациентов с диагнозом атопический

дерматит. Все больные были в возрасте от 18 до 39, в среднем $26,38 \pm 7,18$ лет, из них 21 женщина и 46 мужчин. Всем вошедшим в исследование было проведено клиничко-лабораторное обследование, которое включало: осмотр дерматовенеролога с оценкой индекса SCORAD; определение концентрации 25-гидроксивитамина D (25(OH)D или кальцидол) в сыворотке крови при помощи иммуноферментного анализа; колориметрический метод для исследования концентрации общего кальция в крови; определение уровня специфических антител к *S. aureus* с помощью радиоаллергосорбентного теста.

При лабораторном исследовании снижение уровня концентрации 25(OH)D в сыворотке крови менее 75 нМоль/л было зарегистрировано у 32 пациентов (47,76%): средние значения — $42,92 \pm 2,87$ нМоль/л. На основании этого больные были разделены на 2 группы: в I группу вошли 35 пациентов с АД с достаточным уровнем кальцидола, которым проводилось традиционное лечение (с использованием топических глюкокортикостероидов, эмолиентов и системной неспецифической противовоспалительной терапии); II группа — 32 больных АД с выявленным недостатком витамина D, которым было проведено комплексное лечение с использованием вышеописанной традиционной терапией и препарата Альфа Д3-ТЕВА (альфакальцидол) по 0,5мкг 2 раза в день 3 недели.

Альфакальцидол (Альфа Д3-ТЕВА) является препаратом активной формы витамина D. Его преимущества заключаются в том, что он активируется в печени и других органах «мишенях» до кальцитриола (D-гормона), минуя природную почечную систему регуляции. Прямое его связывание витамина D с рецепторами (VDR) объясняет редкое развитие гиперкальциемии. Также альфакальцидол способен модулировать экспрессию, активацию и восстановление нормальных свойств VDR [19, 20]. Н. Orimo (1994), применяя альфакальцидол в своем исследовании на протяжении 6 лет у 13 550 больных страдающих остеопорозом в дозе 0,5—1,0 мкг/сут., показал его хорошую переносимость, где общая частота развития побочных эффектов составила 1,1%, а гиперкальциемия наблюдалась лишь в 0,22% случаев [21].

Все результаты исследования были обработаны с использованием компьютерной программы Excel 7 и Statistica 17.0. В малых выборках клинические и лабораторные данные обрабатывали с использованием среднеарифметических значений и их ошибок по таблице Стьюдента. Для определения статистической значимости различий между выборками использовали критерий Стьюдента для несвязанных совокупностей и непараметрический критерий Манна — Уитни, для статистической значимости динамики показателей — парный критерий t и непараметрический критерий Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Клиническое обследование пациентов показало, что у больных первой группы преобладали эритематозно-сквамозная и эритематозная формы АД (45,71% и 31,43%), при наличии лёгкой степени течения у 31,43% человек, средне-тяжёлой — у 51,43% и тяжёлой — у 17,14%. Средние значения индекса SCORAD в этой группе составили $19,27 \pm 2,07$ баллов. При выявленном недостатке витамина D у больных атопическим дерматитом (группа II) преобладали экссудативная форма (37,5%), лихеноидная (28,13%) и эритематозно-сквамозная (21,87%) формы заболевания. Оценка тяжести течения АД в этой группе показала наличие у 43,75% больных тяжёлой и у 37,5% — средне-тяжёлой степени тяжести течения дерматоза. Значения индекса SCORAD в этой группе составили $36,41 \pm 5,69$ ($p \leq 0,05$).

При определении уровня специфических антител к *S. aureus* с помощью радиоаллергосорбентного теста в первой группе средние значения соответствовали $24,47 \pm 2,76$ kUA/L (IV класс по RAST), а в группе со сниженным уровнем 25(OH)D (группа II) — $57,62 \pm 3,02$ kUA/L (V класс по RAST) ($p \leq 0,05$), что демонстрирует роль дефицита витамина D в формировании выраженной бактериальной специфической сенсибилизации у больных атопическим дерматитом (Рисунок 1.).

В процессе лечения была произведена оценка динамики индекса SCORAD на 1, 2 и 3 неделе терапии. В результате лечения была получена положительная клиническая динамика (таблица 1), что подтверждалось снижением средних значений индекса SCORAD через 21 день в группе с нормальным содержанием витамина D на 86,56%, а в группе с витамином D-недостатком — на 93,63%. При этом клиническая ремиссия была сформирована в обеих группах более чем у 75% больных.

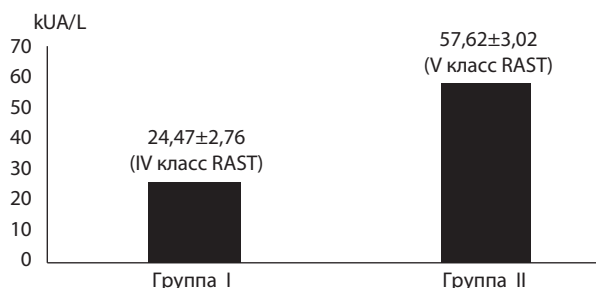


Рис. 1. Значения IgE-АТ к *S.aureus* у больных атопическим дерматитом

Таблица 1. Динамика индекса SCORAD в процессе лечения

Период	Группа I	Группа II
До лечения	$19,27 \pm 2,07$	$36,41 \pm 5,69$
1-я неделя	$16,28 \pm 2,21^*$	$27,98 \pm 3,44^*$
2-я неделя	$8,92 \pm 1,06^*$	$9,13 \pm 1,52^*$
3-я неделя	$2,59 \pm 0,23^*$	$2,32 \pm 0,11^*$

* Различия с показателями до лечения статистически достоверны: $p \leq 0,05$.

Пациентам второй группы была проведена динамическая оценка уровня кальцидола и исследования концентрации общего кальция в сыворотке крови. Применение в течение 3-х недель в комплексной терапии атопического дерматита альфакальцидола способствовало нормализации показателей концентрации витамина D с $42,9 \pm 2,87$ нМоль/л до $79,2 \pm 2,35$ нМоль/л, что сопутствовало выраженной положительной динамике клинических признаков у наблюдаемых пациентов, без развития нежелательных явлений (увеличение уровня общего кальция с $1,97 \pm 0,4$ нМоль/л до $2,21 \pm 0,8$ нМоль/л), то есть без развития избытка Ca в сыворотке крови.

Заключение

Результаты исследования показывают, что при D-витаминовой недостаточности атопический дерматит характеризуется более тяжелым течением, а также наблюдается высокая специфическая сенсибилизация к *Staphylococcus aureus*. Установлено, что комплексная терапия с использованием альфакальцидола способствует формированию выраженного клинического эффекта и нормализации уровня витамина D в сыворотке крови без развития гиперкальциемии.

Литература

- Хаитов Р. М. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту / Р. М. Хаитов, А. А. Кубанова. М: ФармарусПринт. — 2002. — С. 58—77.
- Carvalho K. Atopic dermatitis and vitamin D: facts and controversies. / K. Carvalho, A. Machado, I. Carvalho // An. Bras. Dermatol. — 2013. — Vol. 88. — № 6. — P. 945—953.
- Стукова Е. И. Патогенетическое значение золотистого стафилококка при атопическом дерматите / Е. И. Стукова, Ю. В. Кениксфест // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 7. — С. 680—687.
- Баранов А. А. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров / А. А. Баранов, Р. М. Хаитов. — М.: Союз педиатров России, 2011. — 248 с.
- Перламутров Ю. Н. Особенности течения атопического дерматита у детей, постоянно проживающих в условиях антропогенного загрязнения / Ю. Н. Перламутров, Д. Е. Ключникова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2011. — № 5. — С.102—107.
- Novak N. Atopic dermatitis: From new pathophysiologic insights to individualized therapy / N. Novak, D. Simon // Allergy. 2011. — Vol. 66. — № 7. — P. 830—839.
- Watson W. Atopic dermatitis. /W. Watson, S. Kapur / Allergy, asthma and clinical immunology. — 2011. — Vol. 7. — P. 4—10.
- Флуер Ф. С. Энтеротоксигенная активность разных видов стафилококков, выделенных при атопическом дерматите у детей (Часть 1) / Ф. С. Флуер, А. Ю. Максимушкин, А. В. Кудрявцева и др. // Аллергол. Иммунол. Педиатр. — 2012. — № 4. — Т. 31. — С. 8—10.
- Файзуллина Е. В. Такролимус при лечении атопического дерматита / Е. В. Файзуллина, В. А. Файзуллин, Я. В. Файзул-

- лин // Клиническая дерматология и венерология. — 2012. — № 3. — С. 56—60.
10. Friedman B. C. Anti-staphylococcal treatment in dermatitis / B. C. Friedman, R. D. Goldman // Canadian Family Physician. — 2011. — Vol. 57. — № 6. — P. 669—671.
 11. Перламутров Ю. Н. Атопический дерматит: этиопатогенетические аспекты, клинические особенности течения / Ю. Н. Перламутров, К. Б. Ольховская // Пластическая хирургия и косметология. — 2010. — № 4. — С. 643—648.
 12. Doss M. Human defensins and LL-37 in mucosal immunity / M. Doss // Journal of Leukocyte Biology. — 2010. — Vol. 87. — P. 1—14.
 13. Абатуров А. Е. Катионные антимикробные пептиды системы неспецифической защиты респираторного тракта: дефензины и кателицидины. Дефензины — молекулы, переживающие ренессанс / А. Е. Абатуров, Н. Ю. Завгородняя // Здоровье ребенка. — 2011. — Т. 7. — № 34. — С. 139—144.
 14. Antimicrobial peptides in the brain: neuropeptides and amyloid / Y. J. Schluessener, Y. Su, A. E. Ebrahimi, D. Pouladsaz // Frontiers in Bioscience. — 2012. — Vol. — № 4. — P. 1375—1380.
 15. Витамин-D-зависимая продукция антимикробных пептидов / А. Е. Абатуров, Н. Ю. Завгородняя // Здоровье ребенка. — 2012. — № 1. — С. 105—111.
 16. Schaubert J. Antimicrobial peptides and the skin immune defense system / J. Schaubert, R. L. Gallo // The Journal of Allergy and Clinical Immunology. — 2008. — Vol. 122. — P. 261—266.
 17. Miller J. Vitamin D and innate immunity. / J. Miller, R. L. Gallo // Dermatologic Therapy. — 2010. — Vol. 23. — P. 13—22.
 18. The role of vitamin D in the immunopathogenesis of allergic skin diseases / A. A. Benson, J. A. Toh, N. V. Vernon [et al.] // Allergy. — 2012. — Vol. 67. — № 3. — P. 296—301.
 19. Lau W. Treatment of 1,25(OH)₂D₃(D-hormone) deficiency/resistance with D-hormone and analogs / W. Lau, D. J. Baylink // Osteology. — 2001. — Vol. 10. — P. 28—39.
 20. Superiority of alfacalcidol compared to vitamin D plus calcium in lumbar bone mineral density in postmenopausal osteoporosis / R. Nuti, G. Bianchi, M. L. Brandi [et al.] // Rheumatol. Int. — 2006. — Vol. 26. — № 5. — P. 445—453.
 21. Orimo H. Clinical Application of 1α(OH)D₃ in Japan / H. Orimo // Akt. Rheumatol. — 1994. — Vol. 19. — P. 27—30.

МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС У ДЕТЕЙ

Л. И. Радецкая, О. М. Конова, Р. М. Гаджиева

Российский Университет Дружбы Народов, Научно-исследовательский институт профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного Центра Здоровья Детей РАМН

Резюме.

Гнездная алопеция наиболее частая патология волос у детей. Нередко заболевание приобретает прогрессирующее течение, приводящее к субтотальному или тотальному облысению. Это мультифакторная патология с невыясненной до конца этиологией. Изученные отдельные стороны патогенеза данного заболевания свидетельствуют о том, что в его развитии участвуют сосудистые, нейроиммунные, нейроэндокринные, нейровегетативные, центральные и регионарные механизмы. Полиэтиологичность заболевания предполагает возможность применения различных методов лечения, в том числе и немедикаментозных, среди которых физиотерапия занимает одно из ведущих мест. Ультразвуковая доплерография магистральных сосудов головы с применением функциональных проб, исследование сосудов глазного дна и дисков зрительных нервов явились методами динамического контроля использования СМТ — фореа растворов эуфиллина, никотиновой кислоты, папаверина при алопеции у детей. Получены данные о высокой эффективности повторяющихся в течение 8—14 месяцев курсов дифференцированного введения вазоактивных препаратов посредством синусоидальных модулированных токов в зависимости от выявленных нарушений кровообращения. Кроме синусоидальных модулированных токов при гнездной алопеции применяются методы физиотерапии как местного так и общего воздействия, природные и преформированные. Подбор факторов и их сочетаний необходим с учетом общего состояния ребенка, обнаруженных изменений внутренних органов, неврологического и психо-эмоционального статуса.

Ключевые слова: гнездная алопеция, дети, физиотерапия, синусоидальные модулированные токи, фореа вазоактивных веществ.

Summary.

Alopecia areata is the most common pathology of hair in children. Often, the disease becomes progressive and leads to partial or full baldness. It is multifactorial pathology with unclear etiology. It has been found that certain studied aspects of that disease pathogenesis carry an evidence that neuroimmune, neuroendocrine, neurovegetative, central and regional mechanisms contribute to development of alopecia. Therefore it is a common practice to use non-drug treatment such as physiotherapy. We used AMF-phoresis of aminophylline, nicotinic acid and papaverine to the treatment of alopecia in children. Doppler ultrasound of the main vessels of the head with functional tests, the study of retinal vessels and the optic nerves were applied for the dynamic control.

Treatment was continued for 8—14 month. Data confirming high performance of differential using AMF-phoresis with vasoactive drugs according to the detected circulatory disorders were obtained. There are other methods of physiotherapy for the treatment of alopecia areata. Selection of methods and their combinations is required to treat children depending on their general condition, detected changes of internal organs, neurological and psycho-emotional status.

Key words:

Alopecia areata, children, physiotherapy, AMF-currents, phoresis by vasoactive substances

В дерматологической практике «проблема волос» у пациентов занимает примерно 4% от общего количества кожных заболеваний. Алопеция — это патологическое выпадение волос. Различают рубцовую алопецию, обусловленную разрушением волосяных фолликулов вследствие воспаления, атрофии кожи или рубцевания, и нерубцовую алопецию, протекающую без предшествующего поражения кожи. К нерубцовой относят гнездную алопецию, андрогенетическую и диффузную (симптоматическую и токсическую) алопецию, например вследствие приема цитостатиков, отравления.

Гнездная алопеция (ГА) — хронический дерматоз, характеризующийся патологическим выпадением волос вследствие различных воздействий на волосяной фолликул и клинически проявляющийся появлением очагов с полным отсутствием волос на волосистой части головы, в области бороды, бровей, ресниц, туловища. Это наиболее частая патология волос у детей и взрослых характеризуется появлением на волосистой части головы, чаще в затылочной области, участков выпадения волос округлой формы. Первые очаги, как правило, единичны, последующие возникают в небольшом отдалении от первого очага и нередко носят симметричный характер. Заболевание часто приобретает злокачественное течение: количество участков облысения увеличивается, выпадают почти все волосы на волосистой части головы, лице, пушковые волосы на конечностях и туловище. Развивается субтотальная и тотальная алопеция.

Выделяют 6 клинических форм проявлений ГА:

- 1) локальная (очаговая) — изолированные очаги выпавших волос с неизменной кожей на месте поражения,
- 2) лентовидная — очаг поражения из затылочной области постепенно распространяется в виде ленты до ушных раковин или висков, характерен переход очага на гладкую кожу и прогностически неблагоприятное течение,
- 3) субтотальная форма — обширные очаги поражения, образовавшиеся в результате слияния более мелких очагов,
- 4) тотальная форма — отсутствие волос на всей поверхности головы, включая ресницы, брови, у старших мальчиков — в области бороды. Клинические формы могут трансформироваться друг в друга, что особенно выражено при злокачественном течении заболевания,
- 5) универсальная форма ГА — волосы отсутствуют на всей поверхности кожи тела человека,
- 6) ГА с поражением ногтей — поражение ногтей коррелирует с тяжестью процесса и наблюдается

у 46% больных в виде точечных вдавлений, продольной исчерченности, волнообразных ногтей.

По данным различных авторов около 60% больных, страдающих этой патологией — дети до 16 лет.

Гнездное облысение рассматривается как нейротрофическое расстройство, в развитии которого имеют значение как периферические (регионарные) так и центральные механизмы.

В качестве периферических механизмов, участвующих в развитии гнездного облысения, изучаются местные вазомоторные, невропатические, иммунологические и другие факторы. В зоне алопеции выявляются нарушения микроциркуляции, обусловленные спазмом артериол, недостаточностью функционирующих капилляров, последующим нарушением проницаемости сосудистой стенки, перикапиллярным отеком и снижением оксигенации тканей.

Кроме того, наступает дегенерация симпатических нервов, в частности, второго шейного корешка. Изучение иннервации волосяных фолликулов в зоне алопеции показало, что при длительности заболевания до 3-х лет обнаруживается накопление катехоламинов и гипертрофия симпатических терминалей. При длительности заболевания более 3-х лет в очагах поражения отмечается истощение запасов медиатора и уменьшение количества нервных волокон.

Большинство авторов указывают на психо-эмоциональный и иной стресс (тяжелые инфекции, интоксикации) в качестве пускового фактора развития гнездного облысения. У больных имеются значительные аффективные расстройства в виде депрессии и тревоги, а также акцентуации характера.

Непосредственные механизмы развития облысения некоторые авторы связывают с избыточной активацией симпато-адреналовой системы (как реакции на стресс), выбросом норадреналина в межклеточное вещество в зоне алопеции, последующим истощением его запасов, дегенерацией адренергических волокон, нарушением иннервации сосудов, влекущим за собой нарушение микроциркуляции, транскапиллярного обмена кислорода и гипоксию тканей. Кроме того, изменяются реологические и коагулирующие свойства крови: усиливается агрегация тромбоцитов, уменьшается деформируемость эритроцитов, отмечается депрессия фибринолитической системы крови. Указанные изменения определяются как субклинический синдром внутрисосудистого микросвертывания и являются существенным звеном патогенеза гнездной алопеции.

Гипоксические изменения в сосочках дермы могут привести к извращению местных иммунных реакций и развитию аутоиммунного процесса, инициирующе-

го усиление апоптоза (гибели клеток) в волосяной луковице. Таким образом, активизацию апоптоза в корне волоса больных гнездным облысением связывают с аутоиммунными болезнями, при этом важными пусковыми моментами апоптоза считают: гипоксию, усиливающуюся при нарушении микроциркуляции, повышение вязкости крови, продуктов перекисного окисления липидов, действие ряда цитокинов, нейроромонов, токсинов и т. д. Специфическая активизация апоптоза осуществляется в ответ на цитокины и контакты клеток с межклеточным веществом.

Недостаточность центральных механизмов регуляции при гнездном облысении подтверждается результатами исследования состояния опитных систем мозга. По данным ряда авторов, при длительно-сти заболевания более 3-х лет уровень лейэнкефалина в крови снижается в 2 раза.

Кроме того, в настоящее время считается, что восприимчивость к очаговой алопеции является полигенной. Это означает, что существует ряд генов, которые, если они имеются, делают человека более восприимчивым к заболеванию. Пусковыми механизмами, по всей видимости, являются внешние факторы, но степень поражения, характер протекания и устойчивость к лечению определяются присутствием и взаимодействием нескольких генов. Вовсе не обязательно, чтобы все эти гены присутствовали одновременно, но чем их больше, тем хуже прогноз. Вероятно, это доминантное наследование. Большое значение при этом придается этническим различиям, в частности отмечена необычайно высокая распространенность ГА среди японцев, проживающих на Гавайских островах.

О важной роли эндокринных нарушений в развитии гнездного облысения (ГО) свидетельствуют выявленные рядом авторов снижение глюкокортикоидной и андрогенной функции коры надпочечников, нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, проявляющиеся снижением уровня тропных гормонов гипофиза.

Одним из этиологических факторов, способствующих развитию ГО, могут явиться очаги фокальной инфекции (хронический тонзиллит, фарингит, ринит, отит, воспалительные заболевания печени и желчного пузыря, кариозные зубы и др.), а также лямблиоз, глистная инвазия, *Helicobacter pilori*.

При комплексном электрофизиологическом обследовании было зарегистрировано нарушение тонуса церебральных сосудов по гипертоническому, гипотоническому и смешанному типу, а также изменение кровенаполнения сосудов головного мозга у подавляющего числа больных гнездным облысением. Большое значение имеют нарушения микроциркуляции в виде замедления кровотока, резкого спазма артериол, прекапилляров, извилистости посткапиллярного звена, перикапиллярным отеком, повышенной сосудистой проницаемостью, снижением количества функционирующих капилляров, изменению кровоснабжения кожи и дистрофическому поражению

сосудов на участках облысения; дистрофический процесс охватывает все структуры фолликула и перифолликулярную сосудистую сеть.

Таким образом, гнездное облысение — мультифакторное заболевание с невыясненной этиологией. Достаточно изученные отдельные стороны патогенеза данной патологии свидетельствуют о том, что в ее развитии участвуют сосудистые, нейроиммунные, нейроэндокринные, нейровегетативные, центральные и регионарные механизмы.

Были проведены клинические наблюдения, специальные исследования и комплексное лечение с применением СМТ-терапии и СМТ-фореза у 180 детей, больных различными формами гнездного облысения в возрасте от 3 до 16 лет и давностью заболевания от 1 месяца до 12 лет.

По клиническим формам почти у половины детей выявлена тотальная форма, у 1/3 — очаговая, у 1/5 — субтотальная. Первичный очаг облысения у большинства локализовался в затылочной области.

При выяснении предполагаемой причины облысения удалось установить, что заболеванию предшествовали психо-эмоциональные перегрузки и стрессы, вирусные и бактериальные инфекции, протекающие с высокой температурой, травмы головы и шеи, прививки, отравление.

У находившихся под наблюдением детей отмечался высокий уровень соматической патологии, в среднем 2,16 заболевания на одного ребенка. В структуре сопутствующих соматических заболеваний у детей первое место занимают болезни органов пищеварения: хронический гастрит, гастродуоденит, реактивный панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей. Второе место — вегето-сосудистая дистония.

В акушерском анамнезе детей с ГО выявлено, что 80% матерей больных детей имели неблагоприятное течение беременности и 92% — патологические роды.

Эти факторы стали основными причинами гипоксии плода и рождения детей с нарушением мозгового кровообращения как при нерациональном ведении родов, так и при нормально протекающих родах.

Вызванное натальной травмой шейного отдела позвоночника или ее последствиями нарушение мозгового кровообращения признается одной из основных причин, способствующих развитию вегетативной дисфункции в той или иной степени выраженности.

Всем больным для оценки кровообращения в вертебробазиллярном бассейне было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных сосудов головы с применением компрессионных проб и проб с поворотом головы, рентгенография шейного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях — прямой и боковой с проведением функциональных проб (сгибание и разгибание шеи), исследование сосудов глазного дна и дисков зрительных нервов.

У всех детей с ГА выявлены признаки функциональной дисциркуляции сосудов головного мозга,

проявляющиеся асимметрией линейной скорости кровотока (ЛСК) по общим сонным, позвоночным и орбитальным артериям. При проведении компрессионных проб гемодинамические составляющие возвращались к исходному уровню через 8—10 с, что свидетельствовало о дефиците кровообращения функционального характера.

По результатам исследований больные распределились на 3 группы. Около 88% составили дети, у которых отмечалось выраженное затруднение венозного оттока по позвоночным и яремным венам, при этом состояние артериального кровотока было в пределах нормы или слегка повышено. При исследовании сосудов глазного дна и дисков зрительных нервов у них выявлено расширение и полнокровие вен и иногда спазмирование артерий. У половины детей этой группы рентгенографическое исследование состояния шейного отдела позвоночника в двух проекциях с проведением функциональных проб обнаружило нестабильность или смещение СIII—СVII и/или патологическую ротацию первого шейного позвонка.

В другой группе (около 8%) по данным УЗДГ отмечалось резкое снижение артериального притока, выраженный спазм артерий на глазном дне при нормальном состоянии вен. Рентгенографическое обследование шейного отдела позвоночника у них выявило смещение СIV—СVI.

Немногочисленной оказалась группа детей с выраженным затруднением венозного оттока и одновременно резким снижением артериального притока по данным УЗДГ (около 4%). На глазном дне выявлялось полнокровие вен и резкое спазмирование артерий. При рентгенографическом исследовании позвоночника отмечалась его выраженная деформация (сколиоз, нарушение осанки).

Условное деление больных на группы в зависимости от выявленных нарушений кровообращения в вертебробазиллярном бассейне позволило дифференцированно применять методы введения вазоактивных препаратов посредством СМТ-фореза.

Детям с выраженной венозной дисциркуляцией в бассейне позвоночных и яремных вен и нормальном состоянии артериального кровотока и полнокровии вен глазного дна применялся СМТ-форез 1% раствора эуфиллина. При резком снижении артериального кровотока, выраженном спазме артерий глазного дна и нормальном состоянии венозного оттока проводился СМТ-форез 0,5% раствора никотиновой кислоты. При выраженной венозной дисциркуляции и одновременно резком снижении артериального кровотока, полнокровии вен и резком спазме артерий глазного дна — СМТ-форез 1% раствора папаверина.

Процедуры проводились от аппарата «Ампульс-4» на рефлекторно-сегментарные зоны паравертебрально на уровне СII—СVI в I режиме, III и IV родом работы, посылка-пауза 2—3 с, частота 50—100 Гц, глубина модуляций 50—75%, сила тока подбиралась для каждого пациента индивидуаль-

но до появления под электродами чувства приятного безболезненного покалывания или вибрации, по 5—6 минут каждым родом работы в зависимости от возраста, на курс 10—12 ежедневных процедур. Курсы лечения повторялись с интервалом в 1,5—2 месяца. Переносимость лечения у всех детей была хорошей, ни в одном случае не наблюдалось побочных реакций.

По данным УЗДГ к концу уже 1-го курса лечения наблюдалась нормализация церебральной гемодинамики у большинства детей.

После 2—3-го курсов отмечалось улучшение состояния кожи волосистой части головы, утолщение подкожно-жировой клетчатки волосистой части головы, оживление фолликулярного аппарата, рост бесцветных волос в очагах облысения, рост ресниц и бровей, активный рост пушковых волос на туловище и конечностях.

У больных с тотальной и субтотальной формами облысения комплексное лечение, включающее более 4—5 курсов СМТ-терапии (с перерывами от 1,5 до 4 месяцев), продолжалось в течение 8—14 месяцев, что в 20% случаев привело к полной клинической ремиссии. У остальных детей улучшение характеризовалось благоприятной динамикой кожного статуса на 50—85% от исходного состояния.

Кроме синусоидальных модулированных токов при гнездной алопеции применяются многие методы физиотерапии, которые назначаются с учетом общего состояния ребенка, обнаруженных изменений внутренних органов, неврологического и психо-эмоционального статуса.

Гальванизация воротниковой зоны по Щербaku используется для активации взаимоотношений лимбо-ретикулярного комплекса и коры головного мозга, что ведет к усилению регуляторной функции нервной системы на эндокринную (надпочечники, гипофиз, щитовидная железа), активации фагоцитарной активности лейкоцитов, гуморальных факторов неспецифического иммунитета.

Электрофорез непосредственно на очаги поражения вазоактивных веществ, цинка (0,5—1% раствор сульфата цинка), глютаминовой кислоты (в подщелоченной до pH=7,8—8,0 дистиллированной воде с катода) применяется для улучшения окислительно-восстановительных процессов в зоне поражения. Для снижения уровня норадреналина в очагах облысения используют электрофорез 0,1% раствора резерпина по 10—15 минут, через день, на курс 12—15 процедур.

Электросон применяется для восстановления эмоционального, вегетативного и гуморального равновесия, коррекции обменных процессов. Частоту импульсов выбирают, исходя из состояния больного: при повышенной возбудимости ЦНС и систем гуморальной регуляции следует применять низкую частоту (5—12 импульсов/сек), при преобладании тормозных процессов и угнетении систем гуморальной регуляции — более высокую частоту (20—40 импуль-

сов/сек). Продолжительность воздействия от 15—20 до 30—40 минут ч/д. На курс до 10—20 процедур.

Ультратонтерапия пораженного участка волосистой части головы улучшает местное кровообращение, улучшает трофику кожи, стимулирует ретикулоэндотелиальную систему. Мощность до 3 Вт, 5—10 минут в зависимости от площади поражения, 10—12 процедур.

Местная дарсонвализация волосистой части головы проводится гребешковым электродом с целью улучшения микроциркуляции в очаге поражения, изменения сосудистой проницаемости, повышения трофики тканей, стимуляции клеток ретикулоэндотелиальной системы. Курс лечения состоит из 10—12 процедур, проводимых через день.

Индуктотермия на область надпочечников может использоваться для усиления синтеза глюкокортикоидов, уменьшения уровня катехоламинов, увеличения в крови компонентов гуморального иммунитета, для улучшения кровообращения. Положение переключателя мощности 2—4 и ощущении от легкого до умеренного тепла, продолжительность от 8 до 12 минут, 10—15 ежедневных процедур.

Низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона по методике общего воздействия и с учетом особенностей применения у детей.

Полихроматический некогерентный поляризованный свет оказывает биостимулирующее действие на биологические мембраны, повышает активность клеточных ферментов, улучшает тканевое дыхание, обменно-трофические процессы. Применяется воздействие на участки поражения по 2—4 минуты на поле, 10 ежедневных процедур.

Грязелечение волосистой части головы и очагов облысения иловыми или сапропелевыми грязями применяется для стимуляции трофических процессов в участках поражения, улучшения оксигенации кожи. Температура грязи 38—40, у старших — до 41—42, 10—15 минут, всего 8—10 процедур ч/д.

Парафино-озокеритовые аппликации на участки поражения волосистой части головы. Для проведения процедур волосы вокруг очагов обильно смазывают вазелиновым маслом. Температура озокерита 40—42, 10—15 минут, 8—10 процедур ч/д.

Криомассаж волосистой части головы как раздражающий и улучшающий микроциркуляцию метод проводят только на очаги до появления быстро исчезающего побеления кожи и ощущения чувства холода и жжения в течение 20—60 секунд прерывистыми вращательными движениями, через 2—3 дня № 10—15.

Озонотерапия волосистой части головы по 15—20 мин 2 раза в день, 10—15 сеансов на курс.

«Сероводородная шапочка» — компрессы на волосистую часть головы с сероводородной водой с концентрацией сероводорода 75—100 г/л при 380 из 15 слоев марли на 10—15 минут, курс 12—15 процедур.

Массаж волосистой части головы с обнажением кожи проводят по 10—12 проборомам волос в на-

правлении от лба к затылку с приемами растирания, разминания, вибрации и поглаживания, далее — по поперечным проборомам волос. Заканчивают процедуру сжатием всей кожи головы в продольном и поперечном направлении и поглаживанием всех областей волосистой части головы. Процедуры проводят по 10—15 мин через день, № 12—15.

Биоуправляемая аэроионизация позволяет контролировать набранную пациентом дозу и создавать направленный поток аэроионов в определенной заданной концентрации. Процедуры оказывают благотворное влияние на состояние центральной и вегетативной нервной системы, психологические процессы неспецифического общерегулирующего действия.

Ароматотерапия, основанная на вдыхании воздушной среды, насыщенной летучими компонентами эфирных масел в природных концентрациях, также относится к числу оздоровительных технологий и обладает иммуномодулирующим действием, противовоспалительным, антибактериальным, антисептическим.

Массаж мышц шеи и спины, ЛФК необходимы для укрепления мышечного каркаса, особенно у детей с нестабильностью шейных позвонков, другими нарушениями опорно-двигательной системы.

Лечение патологии направлено на воспалительный инфильтрат и факторы, подавляющие рост волоса. При этом принцип лечения является либо иммуносупрессивным (местным или системным), либо с применением ирритантов или иммуногенов.

В комплекс лечения включаются: традиционная терапия (препараты, улучшающие микроциркуляцию, препараты меди, цинка, железа, биогенные стимуляторы, ноотропы, психотропные препараты); гормональная терапия как наружного, так и внутреннего применения, раздражающая наружная терапия, иммуносупрессивная.

Методы физиотерапии являются частью комплексного лечения и призваны помогать корректировать все те изменения, которые были обнаружены при тщательном обследовании ребенка, страдающего гнездным облысением.

Литература

1. Гаджигорова А. Г., Нечаева Н. П. Применение трихограммы для оценки эффективности лечения выпадения волос // II Всероссийский конгресс дерматовенерологов, 2007. С. 52.
2. Галлямова Ю. А., Аль-хадж Хассан Халед, Чернышова М. П.. Диффузная алопеция. Лечащий врач, № 9. 2007, С. 10—13
3. Андрогенетическая алопеция: некоторые аспекты нарушений тканевого метаболизма сально-волосного аппарата и современные подходы к их коррекции // Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 4.
4. Баткаев Э. А., Галлямова Ю. А., Кантимирова Ю. А. Гомеопатические препараты в практике дерматолога: учебное пособие. М., 2006. 30 с.
5. Менг Ф. М., Олейникова Ю. В. Современные аспекты распространенности заболеваний волос среди населения //

- Проблемы дерматовенерологии и медицинской косметологии на современном этапе. Владивосток, 2005. С. 167—170.
6. Малова Т. А. Роль нарушений микроэлементного гомеостаза в патогенезе развития алопеции у детей // Проблемы дерматовенерологии и медицинской косметологии на современном этапе. Владивосток, 2005. С. 111—112.
 7. Суворова К. Н., Хватова Е. Г. Клинические аспекты диагностики в трихологии. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005. № 2. С. 54—57.
 8. Этиология гнездной алопеции у детей. Материалы VI конгресса молодых ученых и специалистов / Под ред. Л. М. Огородовой, Л. В. Капилевича. — Томск: СибГМУ — 2005. — 120 с.
 9. Гаджигорова А. Г. Лечение пациентов с телогеновым выпадением волос // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 4. С. 43—46.
 10. Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Давыдова И. В., Сахарова Е. В. Аромафитованны — эффективный метод гидротерапии в комплексном восстановительном лечении детей с различными болезнями // Вопросы современной педиатрии. — 2014. — т. 13. № 4. с. 78—82
 11. Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Давыдова И. В. Часто болеющие дети. Взгляд физиотерапевта // Педиатрическая фармакология. — 2012. — Т. 9. № 6. С. 95—98.
 12. Суворова К. Н., Варданян К. Л., Хватова К. Г. //Эволюция терапии гнездной алопеции и современная дерматологическая практика. //Дерматология. № 5. 2004. С. 9—14.
 13. Аравийская Е. Р., Михеев Г. Н., Мошкалова И. А., Соколовский Е. В. Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии // Серия «Библиотека врача-дерматовенеролога». Вып. 7 / под ред. Е. В. Соколовского. СПб.: СОТИС, 2003. 176 с.
 14. Ронкин М. А., Шахмейстер И. Я., Дандашли А. М. //Роль сосудистого фактора в патологии гнездного облысения// Вестник дерматологии и венерологии — 2003. № 4 С. 22—24.
 15. Колюжная Л. Д., Михнева Е. Н. Клинические и патогенетические особенности диффузной и андрогенетической алопеции // Вестник дерматологии и венерологии. 2003. № 1. С. 25—27.
 16. Баткаев Э. А., Галлямова Ю. А. Комплексный гомеопатический препарат «Селенцин» в лечении Telogen effluvium // Вестник последипломного медицинского образования. М., 2002. № 3. С. 42—43.
 17. Готовский Ю. В., Перов Ю. Ф. Особенности биологического действия физических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз. М.: Имедис, 2000. 192 с.
 18. Лобанов Ю. Ф. Смирнова Е. В. Алопеция у детей. Педиатрия. 2000. — N 3. — С. 99—105.
 19. Адаскевич В. П., Мяделец О. Д., Тихоновская И. В. Алопеция. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. 192 с.
 20. Суворова К. Н., Гаджигорова А. Г. Лечение гнездной алопеции Вестник дерматологии и венерологии, N 2—1999, С. 76—80.
 21. Дандашли А. Комплексная патогенетическая терапия больных облысением с учетом состояния психического статуса и церебральных сосудов: Дис. ... канд.мед.наук. М., 1993.
 22. Мазитова Л. П. Лечение гнездного облысения у детей с учетом их неврологического статуса: Дис. ... канд. мед.наук. М., 1991.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ

Ж. Ю. Юсова, Л. С. Круглова

ФПК МР РУДН кафедра эстетической медицины, г. Москва; Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме.

Цель исследования: Изучение воздействия комбинированного метода, включающего лазерное воздействие и мезотерапию, на трофические изменения тканей.

Дизайн исследования: Результаты лечения оценивались по клинической шкале распределения симптомов, данных общего анализа крови, определения глюкозы, данных коагулограммы и дуплексного сканирования вен нижних конечностей. Клинические данные анализировались до и после проведения процедур.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с венозной недостаточностью нижних конечностей на разных стадиях заболевания. Все пациенты получали комплексное лечение, включающее низкоинтенсивное лазерное воздействие, мезотерапию и системный препарат Детралекс в дозе 1500 мг в сутки.

Результаты: зафиксировано выраженное улучшение состояния пациентов в виде значительного уменьшения отека нижних конечностей, улучшения тонуса вен и регресса местных трофических нарушений.

Заключение: Данные клинического исследования позволили выявить высокую эффективность комплексного лечения этой категории больных, которое включало магнитолазерное воздействие и капилляромезотерапию.

Ключевые слова: трофические изменения, низкоинтенсивное лазерное воздействие, капилляромезотерапия.

- Abstract.** **Objective:** to Study the impact of the combined method, including laser treatment and mesotherapy, on the trophic tissue changes.
Study design: the Results of treatment was assessed by clinical scale possibility of symptoms, data General analysis of blood, determination of glucose, coagulation and duplex scan of lower extremity veins. Clinical data were analyzed before and after treatment.
Materials and methods: Under our supervision there were 23 patients with venous insufficiency of the lower limbs at different stages of the disease. All patients received comprehensive treatment, including low-intensity laser treatment, mesotherapy and systemic drug Detralex at a dose of 1500 mg per day.
Results: a marked improvement of the patient in the form of a significant reduction in edema of the lower limbs, improve the tone of veins and reverse the development of local trophic disorders.
Conclusion: this clinical study revealed high efficiency of complex treatment of these patients, which included magnetic effect and capillaroscopy.
- Key words:** trophic changes, low-intensity laser treatment, capillaromesotherapy.

Трофические изменения в тканях связаны, прежде всего, с изменениями микроциркуляторного русла, которые сначала носят функциональный характер, переходя в стойкое изменение не только в сосудистом сегменте. Микроциркуляторные нарушения сопровождаются накоплением тканевых метаболитов, активизацией лейкоцитов и макрофагов, появлением большого количества свободных радикалов, лизосомальных ферментов и местных медиаторов воспаления. Рассматривая проблему трофических изменений, можно предположить, что только комплексное лечение, направленное на разрешение большинства патогенетических звеньев, способно значительно улучшить результаты. Трофические изменения, с точки зрения состоятельности микроциркуляторного русла, представлены в организме достаточно широко, начиная от инволюционных изменений кожи, заканчивая такими патологиями как хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Необходимо отметить, что использование комбинированных методов коррекции микроциркуляторного русла дает более быстрый и выраженный эффект при воздействии и лечении сосудов более крупного калибра, т. к. их частичное восстановление ведет к выраженным результатам, и наоборот. Оптимальным таким сочетанием в терапии является локальное воздействие местными глубоко проникающими в дерму препаратами, физиотерапевтическое воздействие лазерами и системные сосудистые препараты при вовлечении в процесс крупных сосудов.

Изучение воздействия комбинированного метода проведено у группы пациентов с трофическими нарушениями при венозной недостаточности.

Варикозная болезнь и развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) — одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает до 20% населения индустриально развитых стран [4]. Частота возникновения трофических язв в дистальных отделах конечностей при декомпенсации нарушений венозного кровообращения у больных, не получавших специального лечения, достигает 90%. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении ХВН в последнее десятилетие, частота этого осложнения остается высокой. Не менее

1% взрослой популяции экономически развитых стран мира страдает трофическими язвами венозной этиологии, поэтому их лечение является важной медико-социальной проблемой.

В основе развития этого заболевания лежит прогрессирующее затруднение оттока крови из нижних конечностей, вызванное развитием клапанной недостаточности, а в ряде случаев и нарушением проходимости различных отделов венозного русла. В последние годы отмечено появление новых форм хронической венозной недостаточности, связанных со снижением тонико-эластических свойств венозной стенки под воздействием эндогенных и экзогенных факторов, без каких-либо органических причин. Это так называемые флебопатии. Результатом длительного повышения венозного давления является расширение подкожных вен с перегрузкой лимфатических сосудов и микроциркуляторного русла. Микроциркуляторные нарушения сопровождаются накоплением тканевых метаболитов, активизацией лейкоцитов и макрофагов, появлением большого количества свободных радикалов, лизосомальных ферментов и местных медиаторов воспаления.

У 35—40% больных хроническая венозная недостаточность проявляется отечным синдромом. Пациенты обычно отмечают тесноту обуви к концу дня, обнаруживают глубокие отпечатки на коже от резинок носков или гольфов. В отличие от сердечных и почечных отеков при ХВН, они локализуются на стопе и голени и сопровождаются выраженными суточными колебаниями — значительным уменьшением или полным исчезновением после ночного отдыха.

Поздние стадии прогрессирующей хронической венозной недостаточности характеризует развитие варикозного, болевого и судорожного синдромов. Судороги в икроножных мышцах обычно появляются во время ночного отдыха.

Лечение

Существует множество подходов к лечению варикозной болезни. Медикаментозная и компрессионная терапия необходимы как вспомогательные методы при оперативном лечении, так и как самостоятельные методы при начальных стадиях вари-

козной болезни и наличии противопоказаний к оперативному лечению. В некоторых случаях, чаще как вспомогательный метод, возможно применение склеротерапии и пока практически недоступной у нас лазеротерапии. В последнее время хорошо зарекомендовали себя малоинвазивные методы оперативного лечения (минивенэктомия, минифлебэктомия), однако они требуют наличия специального инструментария и специальной подготовки хирургов, а также довольно высоких материальных затрат, и у нас пока развиты недостаточно. Лечение варикозной болезни должно быть комплексным и индивидуальным, чаще всего, включая консервативное, оперативное лечение и реабилитационные мероприятия.

Ручной лимфатический дренаж (РЛД) — лечебная процедура, включающая осторожные массажные движения, при выполнении которых давление на ткани не должно превышать 40 мм рт. ст. РЛД способствует перемещению высокомолекулярных белков в просвет лимфатических капилляров и одновременно стимулирует сокращение лимфатических сосудов.

Переменная пневматическая компрессия (ППК) является одним из компонентов лечения лимфедемы. Обычно ППК выполняют после ручного лимфатического дренажа. Данная процедура приводит к возрастанию давления в тканях, способствует оттоку жидкости, скопившейся в интерстициальном пространстве и уменьшению отёка.

Эластическая компрессия — основа любой программы лечения. Её необходимо применять уже с первой фазы лечения. Многослойная эластичная повязка обеспечивает высокий уровень компрессии за счёт комбинации пассивного защитного слоя и нескольких активных слоёв из мало- или очень малорастяжимых бинтов.

Медикаментозное лечение применяют при лечении различных стадий и форм. Бензопираны, действующие через несколько хорошо известных механизмов, эффективны при лечении отёков, характеризующихся высоким содержанием белков, в особенности при первичной или вторичной лимфедеме. Наиболее широко используют гамма-бензопираны и среди них Детралекс. Препарат назначают с дозы 1500 мг в сутки, еженедельно увеличивая и доводя её до 3000 мг. Детралекс характеризуется высокой эффективностью и безопасностью. При исследовании отдалённых результатов лечения этим препаратом в терапевтически эффективных дозах каких-либо признаков гепато-или нефротоксичности выявлено не было.

При отечном синдроме назначают мочегонные препараты: верошпирон, гипотиазид.

Лечебная физкультура включает комплекс специальных упражнений, способствующих перемещению лимфы. Программа тренировок направлена на социальную реабилитацию пациента. Необходимо исключить все упражнения, которые приводят к болевым ощущениям. Также не следует выполнять упражнения, требующие значительных усилий.

Основная цель тренировок — повышение эластичности мышц и дермы с целью улучшения лимфатического и венозного оттока.

Физиотерапевтические методы лечения. Направлены на уменьшение воспалительного компонента, улучшения реологических свойств крови, усиления трофических и метаболических составляющих тканей. Все методы можно разделить по воздействию на основные точки приложения [5].

1. Сосудорасширяющие методы: инфракрасное облучение, электрофорез вазодилататоров, гальванизация, ультратонтерапия.

2. Антигипоксические и антиоксидантные: озонные и воздушные ванны.

3. Противовоспалительные: УВЧ-терапия, УФ-облучение (эритемные дозы), СВЧ-терапия.

4. Иммуностимулирующие: ЛОК, высокочастотная магнитотерапия, гелиотерапия.

5. Репаративно-регенерирующие: инфракрасная лазеротерапия, низкочастотная и высокочастотная магнитотерапия.

Пищевой рацион имеет немаловажное значение в комплексном лечении и реабилитации. Нарушение питания приводит к снижению иммунитета, усилению отёка вследствие развития гипопроотеинемии, прогрессированию трофических нарушений, а также препятствует заживлению ран в случае их возникновения. Нормализация питания увеличивает вероятность благоприятного исхода лечения и уменьшает риск развития осложнений и сопутствующих заболеваний. Для каждого пациента следует разработать индивидуальную программу питания с учётом сопутствующих заболеваний и их неблагоприятного воздействия. После изучения пищевого статуса необходимо установить показания к лечебному питанию.

Хирургическое лечение — наиболее радикальный метод. Показаниями к операции при этом заболевании считают выраженный варикозный синдром с наличием патологических вено-венозных рефлюксов, а также недостаточная эффективность консервативных мероприятий и неуклонное прогрессирование ХВН с развитием трофических язв. Все хирургические вмешательства можно разделить на две группы: операции разобщения, ликвидирующие патологический рефлюкс крови из глубоких вен в поверхностные, и операции, направленные на удаление (облитерацию) варикозных вен.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с венозной недостаточностью нижних конечностей на разных стадиях заболевания. Поскольку данная выборка считается слишком незначительной, то приходится говорить только о тенденциях выбранного комплексного лечения при данной патологии. Возраст пациентов 47—53 года, из них 19 женщин и 4 мужчин.

Анамнез заболевания: отмечается усиление отёка и тяжести в икрах, особенно справа, появление

судорог икроножных мышц, особенно по ночам, появление чувства жжения, «жара», зуда кожи правой голени. Симптомы проявляются по нарастающей, беспокоящие 3—5 лет.

Превалирующий локальный статус: на нижних конечностях наблюдаются варикозно расширенные вены. В нижней трети голени увеличена сеть мягких синюшных вен небольшого диаметра. На коже — фиолетовые пигментные пятна, которые, сливаясь, образуют обширную зону гиперпигментации. Кожа в этом месте утолщена, болезненна, напряжена, имеет характерный «лаковый» вид, кожа неподвижной и ее не удается собрать в складку. Распределение симптомов заболевания в группе можно представить в виде таблицы (табл. 1).

Таблица 1. Клиническая шкала (подсчет баллов)

Симптомы	Степень клинических проявлений	Количество пациентов до лечения
Боль	0 — отсутствует	22
	1 — умеренная, не требующая обезболивания	
	2 — сильная, требующая обезболивания	
Отек	0 — отсутствует	5
	1 — незначительный, умеренный	
	3 — выраженный	
Венозная хромота	0 — отсутствует	6
	1 — легкая, умеренная	
	3 — сильная	
Пигментация	0 — отсутствует	4
	1 — локализованная	
	2 — распространенная	
Липодерматосклероз	0 — отсутствует	13
	1 — локализованный	
	2 — распространенный	
Трофическая язва: размер самой большой	0 — отсутствует	4
	1 — диаметр менее 2 см	
	2 — диаметр более 2 см	
Трофическая язва: длительность	0 — отсутствует	4
	1 — менее 3 мес	
	2 — более 3 мес	
Трофическая язва: рецидивирование	0 — отсутствует	4
	1 — однократно	
	2 — многократно	

Вариабельность результатов клинического анализа крови пациентов:

Общий анализ крови (сокращенный): эритроциты — $4,8-5,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты — $300-330 \times 10^9/л$, СОЭ — $10-18$ мм/ч.

Анализ крови на глюкозу — $4,8-5,6$ ммоль/л.

Коагулограмма (сокращенная): ПТИ (протромбиновый индекс) — $99-105\%$, АЧТВ — $33-35$, активированное время рекальцификации — $40-45$.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Метод УЗД основан на эффекте Доплера: сиг-

нал, посланный специальным датчиком, отражается от движущихся объектов (форменных элементов крови), и частота сигнала меняется пропорционально скорости кровотока. Изменение частоты сигнала автоматически заносится в компьютер и производится определенная математическая обработка, в результате которой делается компьютерное заключение, соответствует ли скорость кровотока в данном месте данного сосуда естественным параметрам, или же имеют место какие-либо отклонения.

В группе пациентов при описании УЗД сосудов превалировала следующая картина: эхопризнаки рецидива варикозного расширения вен большой поверхностной вены, ее ветвей, несостоятельность перфорантной вены голени. Несостоятельность клапанов и варикозного расширения малой поверхностной вены.

Методы: Все пациенты получали комплексное лечение, включающее низкоинтенсивное лазерное воздействие, мезотерапию и системный препарат Детралекс в дозе 1500 мг в сутки.

С анатомической точки зрения система микроциркуляции состоит из артериол, размер которых не превышает 50 мкм в диаметре и которые имеют прерывистую внутреннюю эластичную мембрану (рис. 1).

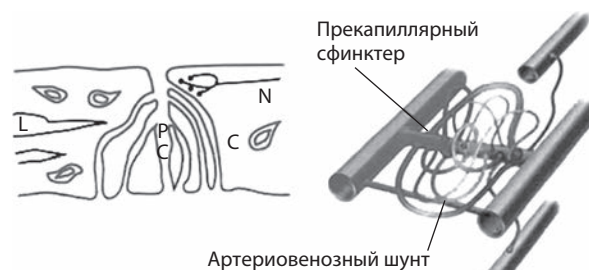


Рис. 1 Микроциркуляторная система состоит из бесчисленных микроциркуляторных единиц

Капилляромезотерапия — это мезотерапия с определенными препаратами и выполненная по определенной технике [2, 3, 6]. Сначала идет воздействие на периферический кровоток и лимфообращение, затем локальное воздействие на микроциркуляцию определенного участка кожных покровов. Далее тотальное воздействие на микроциркуляцию поверхностно расположенного микроциркуляторного русла и воздействие на регенеративные способности клеток кожи. Как результат такого воздействия — улучшение периферического кровотока и микроциркуляции, релогических свойств кожи, снятия спазма прекапиллярных сфинктеров, улучшение тока лимфы.

Используемая техника: классическая техника мезотерапии — «укол за уколом», папулы и напаж.

Для лечения венозной недостаточности выбран следующий коктейль:

Мезоваско — 2 мл

Гинкго Билоба — 2 мл

Рутин + экстракт мелилота — 2 мл

Камелия синенсис — 2 мл

Прокаин 2% — 2 мл

Капилляромезотерапия выполнялась в 3 этапа:

1. Инъекции вдоль позвоночного столба, по проекциям крупных сосудов верхних и нижних конечностей, а также волосистая часть головы для воздействия на периферический кровоток (глубина 4—6 мм).

2. Классические инъекции (глубина 4 мм) + папулы вдоль равномерно располагающихся линий в зоне патологического очага (в нижней трети правой голени).

3. Касательные поверхностные инъекции по всем поверхностям для воздействия на кровеносные и лимфатические сосуды.

Игла 0,3 × 4 мм

Частота сеансов 1 раз в 8 дней.

Количество процедур — 4.

Физиотерапевтические методы лечения. Магнитолазерная терапия аппаратом серии РИКТА. Терапевтический аппарат РИКТА-04/4 широко применяется для лечения самых серьезных патологических состояний. Аппарат обладает четырьмя видами низкоинтенсивного излучения: импульсное инфракрасное лазерное излучение — 0,80—0,96 мкм, модулированное широкополостное инфракрасное излучение 0,86—0,96 мкм и модулированное красное излучение 0,60—0,70 мкм, постоянное магнитное поле — 36 мТл. Результатом такого спектра действия является улучшение артериального и венозного кровообращения и лимфатический дренаж в тканях. Наблюдаются ярко выраженный биостимулирующий эффект, снятие отечности, улучшение реологических свойств крови, образование новых и восстановление ослабленных микрососудов.

Магнитолазерная терапия вызывает значительное снижение времени рекальцификации плазмы крови, что свидетельствует о сдвиге системы гомеостаза в сторону гипокоагуляции. Клинически это проявляется уменьшением отека паравазальной клетчатки и прилежащих тканей пораженной конечности. Кроме того, увеличивается количество активных эритроцитов, в результате чего повышается кислородтранспортная функция крови и улучшается микроциркуляция в очаге трофических изменений [1, 5].

Зону обработки делят на несколько полей. Продолжительность облучения каждого поля составила 2 мин, общая продолжительность процедуры — 20 мин. Частота излучения: первые 5 процедур — 1000 Гц (противовоспалительный компонент), следующие 5 процедур — 50 Гц (для улучшения обменных процессов в зоне поражения). Процедуры проводили через день, курс — 10 процедур. Протокол процедуры представлен на рис. 2.

Результаты и обсуждение

Локальный статус. Варикозно расширенные вены на нижних конечностях напряжены меньше.

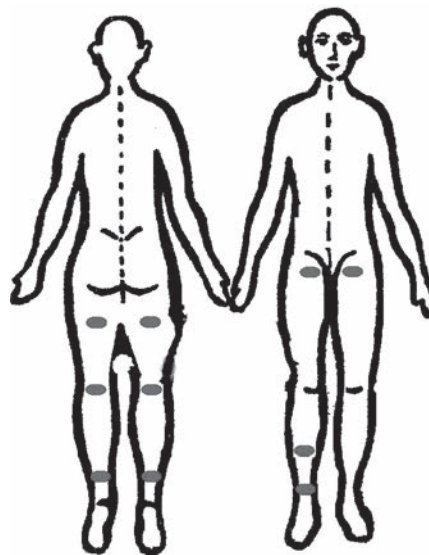


Рис. 2. Магнитолазерная терапия. Зоны воздействия

В нижней трети голени сеть мягких синюшных вен небольшого диаметра заметна на 25—30% меньше. На коже — выравнивание цвета: пигментные пятна едва заметны. Кожа мягкая, утолщение выражено незначительно, безболезненно. Клинические данные по группе представлены в табл. 2.

Таблица 2. Клиническая шкала (подсчет баллов) после терапии

Симптомы	Степень клинических проявлений	Количество пациентов после лечения
Боль	0 — отсутствует	10
	1 — умеренная, не требующая обезболивания	13
	2 — сильная, требующая обезболивания	
Отек	0 — отсутствует	8
	1 — незначительный, умеренный	15
	3 — выраженный	
Венозная хромота	0 — отсутствует	14
	1 — легкая, умеренная	9
	3 — сильная	
Пигментация	0 — отсутствует	15
	1 — локализованная	7
	2 — распространенная	1
Липодерматосклероз	0 — отсутствует	19
	1 — локализованный	4
	2 — распространенный	
Трофическая язва: размер самой большой	0 — отсутствует	16
	1 — диаметр менее 2 см	6
	2 — диаметр более 2 см	1

В клинических анализах. Общий анализ крови (сокращенный): эритроциты — $4,8-5,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты — $290-305 \times 10^9/л$, СОЭ — 8—11 мм/ч.

Анализ крови на глюкозу — 4,0—4,2 ммоль/л.

Коагулограмма (сокращенная): ПТИ (протромбиновый индекс) — 88—90%, АЧТВ — 24—26, активированное время рекальцификации — 46—48.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: эхопризнаки положительной динамики в виде уменьшения рецидива варикозного расширения вен большой поверхностной вены, ее ветвей. Уменьшение несостоятельности клапанов малой поверхностной вены.

Выводы: учитывая клинико-лабораторные данные, зафиксировано выраженное улучшение состояния пациентов в виде значительного уменьшения отека нижних конечностей, улучшения тонуса вен и обратного развития местных трофических нарушений.

Таким образом, можно предположить, что магнитолазерная терапия, оказывающая противовоспалительный, реологический и улучшающий трофику действие, и капиллярomezотерапия, вызывающая ангиопротективный эффект, не только дополняют друг друга, но и являются синергистами. Необходимо отметить, что подобное улучшение клинической картины в условиях амбулаторного лечения в такие короткие сроки (2—3 недели) дает необходимость

дальнейшего изучения и выработки нового подхода к лечению и реабилитации пациентов с венозной недостаточностью нижних конечностей. Учитывая хорошую переносимость и неинвазивность дополнительных методов, а также практически полное отсутствие противопоказаний к мезотерапии, сочетанный метод капиллярomezотерапии и магнитолазерной терапии после дополнительного изучения может широко применяться как самостоятельный реабилитационный метод данных пациентов, так и в комплексном лечении венозной недостаточности нижних конечностей.

Литература:

1. Москвин С. В., Мыслович Л. В. Сочетанная лазерная терапия в косметологии. — Тверь: Триада, 2005, С. 69.
2. Озерская О. С. Косметология. Искусство России, 2006. С. 475.
3. Селянина О. Н., Ширшакова М. А. Техники мезотерапии. ж. Мезотерапия. М. 2007, № 2. С. 4.
4. Тураев И. А. Хроническая венозная недостаточность и язвы нижних конечностей. М.: Книга плюс, 2005. С. 168.
5. Частная физиотерапия: учебное пособие / Под ред. Г. Н. Пономаренко. — М.: Медицина, 2005, С. 558.
6. J. Le Coz «Mesoterapia en medicina general», 2001.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Д. М. Гюльалиев

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Резюме.

Целью исследования было изучение интеркуррентной патологии у пациентов с очаговой склеродермией. Дизайн исследования включал клиническое обследование пациентов и выявление сопутствующей патологии. Материал: обследовано 54 пациента с очаговой склеродермией. Методы: клиническое наблюдение, сбор анамнеза, консультации смежных специалистов. Результаты: наиболее часто наблюдалась сердечно-сосудистая патология (88,9%). У 63% пациентов выявлены эндокринные заболевания. Реже выявлялась хроническая патология ЛОР-органов, дыхания, почек, поражения суставов, не связанные с основным заболеванием, аллергические заболевания, доброкачественные новообразования, хронические дерматозы. Заключение: интеркуррентная патология связана с увеличением возраста больных.

Ключевые слова: коморбидность, очаговая склеродермия.

Summary.

The objective of the study was examination of intercurrent pathology in scleroderma patients. The design of the research included clinical examination of patients and comorbidity diagnostic. Material: 54 patients with localized scleroderma were examined. Methods: clinical observation, anamnesis data, related specialists consultation. Results: The most frequent was cardiovascular pathology (88,9%). The endocrine diseases were diagnosed in 63% patients. The chronic pathology of otorhinolaryngological organs, respiratory system, benign tumors, chronic dermatoses were less frequently identified. Conclusion: The intercurrent pathology seems to be connected with increasing age of patients.

Key words:

comorbidity, localized scleroderma.

Коморбидность — сочетание у больного нескольких заболеваний. В настоящее время, как правило, наблюдается сочетание 2—3 болезней одновременно. [1].

Впервые понятие коморбидности предложил А. R. Feinstein (1970). Под этим термином он понимал представления о присутствии дополнительной кли-

нической картины, которая может уже существовать или появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличаться от него. [2].

Некоторые авторы различают понятия коморбидности и полиморбидности, объясняя первую как наличие множественных заболеваний, связанных патогенетическими механизмами, а вторую как наличие также множественный заболеваний, не связанных патогенетическими механизмами. [3]. Однако наиболее точное определение термину «коморбидность» дали Н. С. Крамер [4]. и М. van den Akker [5]., охарактеризовав ее как сочетанность нескольких хронических заболеваний у одного больного. Они также предложили первую классификацию коморбидности. Факторы, влияющие на развитие коморбидности, многочисленны и могут являться результатом наличия хронических инфекций, воспаления, системных метаболических изменений, ятрогении [6].

В практике дерматолога могут наблюдаться сочетания различных заболеваний [7, 8]. При склеродермии наблюдаются иммуноопосредованные воспалительные реакции на различные антигены и иммуногенетические нарушения в структуре соединительной ткани [9], что предрасполагает к ассоциации с другими аутоиммунными заболеваниями [10].

Наблюдаемые при склеродермии сосудистые нарушения с преимущественным поражением стенок мелких артерий, артериол, капилляров и характерным воспалением сосудистой стенки могут нарастать при интеркуррентной патологии с васкулярными поражениями различной этиологии, в частности эндокринной, сифилитической, псориатической.

При обследовании 70 пациентов, страдавших очаговой склеродермией, был выявлен выраженный иммунный дисбаланс, характерный для нарушения метаболизма соединительной ткани и изменений эндокринной системы. Полученные данные позволили обосновать необходимость комплексного обследования больных очаговой склеродермией, включающего консультацию эндокринолога, иммунологическое обследование [11].

На фоне резкого увеличения числа больных серорезистентностью в последние годы стали диагностироваться все новые случаи нейросифилиса. Изменения иммунной системы у пациентов с патологией соединительной ткани являются предрасполагающим фактором для развития серорезистентности. Описано развитие нейролюэса у пациентки со склеродермией [12].

При псориазе хроническое воспаление, гиперпролиферации лимфоцитов, макрофагов и кератиноцитов кожи, избыточный ангиогенез могут создавать предпосылки для последующего развития аутоиммунного процесса. Описано сочетание псориаза и склеродермии [13].

Целью настоящего исследования явилось изучение интеркуррентной патологии у пациентов с очаговой склеродермией.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 54 пациента, в том числе 6 мужчин, 48 женщин в возрасте от 16 до 74 лет. Диагностированы следующие клинические формы: у 41 пациента — бляшечная склеродермия, у 7 — идиопатическая атрофодермия Пазини — Пьерини, у 6 отмечено сочетание бляшечной склеродермии со склероатрофическим лихеном. Давность заболевания составляла от 1 месяца до 6 лет.

Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, включая консультацию терапевта, эндокринолога, хирурга и, при необходимости, других специалистов, проведен анализ результатов общих анализов крови, мочи, биохимического анализа крови.

Результаты

Интеркуррентная патология выявлена у 52 (96,3%) из 54 пациентов. У всех 52 пациентов помимо склеродермии имелось более 2 сопутствующих заболеваний. Выявленные сопутствующие заболевания представлены в табл. 1. Как видно из таблицы, у пациентов со склеродермией наиболее часто диагностировали гипертоническую болезнь, хроническую ишемическую болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, ожирение. Реже выявлялись хронический тонзиллит, хронический фарингит, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, тиреотоксикоз, узловой зоб. В единичных случаях диагностированы деформирующий острый остеоартроз, фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, псориаз, красный плоский лишай, бронхиальная астма.

Таблица 1. Сопутствующие заболевания у пациентов с очаговой склеродермией

Нозологическая форма	Количество пациентов
Сахарный диабет	15
Ожирение	15
Тиреотоксикоз	2
Узловой зоб	2
Гипертоническая болезнь	48
Хроническая ишемическая болезнь сердца	19
Атеросклеротический кардиосклероз	16
Хронический тонзиллит	9
Хронический фарингит	8
Хронический бронхит	6
Хронический пиелонефрит	3
Мочекаменная болезнь	3
Поллиноз	2
Деформирующий острый остеоартроз	1
Фиброзно-кистозная мастопатия	1
Миома матки	1
Псориаз	1
Красный плоский лишай	1
Бронхиальная астма	1

Обсуждение

Согласно анамнестическим данным, дебют склеродермии у 25 (46,3%) произошел на пятом десятилетии жизни, что отражает тенденцию к увеличению возраста пациентов, наблюдаемую в последние 30 лет [14]. С увеличением возраста, по-видимому, связано и значительное распространение кардиоваскулярной патологии (48 пациентов, что составляет 88,9%). Эндокринные заболевания наблюдались у 34 пациентов (63%), что подтверждает существующее мнение о значительном распространении патологических изменений со стороны желез внутренней секреции при очаговой склеродермии [11]. Кроме того, выявлены хроническая патология ЛОР-органов, дыхания, почек, поражения суставов, не связанные с основным заболеванием, аллергические заболевания, доброкачественные новообразования, хронические дерматозы.

Выявленные сопутствующие заболевания могут влиять как на течение патологического процесса при склеродермии, так и осложнять проводимую терапию.

Заключение

Представленные нами данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения коморбидности при склеродермии.

Литература

1. Верткин А. Л., Зайратьянц О. В., Вовк Е. И. Окончательный диагноз. М.: Геотар Медиа, 2009. 576.
2. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease *Journal Chronic Disease*. 1970; 23 (7): 455—468.
3. Лазебник Л. Б. Полиморбидность и старение. *Новости медицины и фармации*. 2007, 1, 205.
4. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity. *Stat Med*. 1995; 14: 721—723.
5. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J. A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature. *Eur J Gen Pract*. 1996; 2 (2): 65—70.
6. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A., Ntetu A. L., Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004, 2: 51.
7. Кудлинская Г. С., Хамаганова И. В., Померанцев О. Н., Новожилова О. Л., Нефедова Е. Д., Красникова В. Н. Клинические случаи сочетанных заболеваний. Псориаз и атопический дерматит // *Клиническая дерматология и венерология* 2014, 4:22—26.
8. Кочергин Н., Смирнова Л., Биалова У., Потехаев Н. Псориаз: коморбидности и комедикации. *Врач*, 2009, 5:15—20.
9. Кряжева С. С., Прокофьев А. А., Бобров М. А. Атрофодермия идиопатическая Пазини-Пьерини, локализованная на нижних конечностях // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2010, № 1: 16—19.
10. Молочков В. А., Снарская Е. С., Ромашкина А. С. Очаговая склеродермия, ассоциированная с другими аутоиммунными заболеваниями и спектром различных аутоантител // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011. № 4:33—36.
11. Хамаганова И.В., Дворников А. С. Эндокринные нарушения при ограниченной склеродермии // *Терапевтический архив*, 2005. Т. 77, № 10: 39—44.
12. Скрипкин Ю. К., Шостак Н. А., Хамаганова И. В., Дворников А. С., Кошина М. В. Нейросифилис у больной склеродермией // *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 2005, 2:56—58.
13. Хамаганова И. В. Сочетание псориаза и склеродермии. *Вестник дерматологии и венерологии*, 1986, 6: 66—68.
14. Хамаганова И. В. Склеродермия в пожилом и старческом возрасте. *Вестник дерматологии и венерологии*, 1987, 12: 44—46.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АКТИВИРОВАННЫХ ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ НА ФОНЕ МЕСТНОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ КИСЛОГО ПЕПТИДОГЛИКАНА

С. Вилсон, А. Л. Тищенко, В. С. Горский

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Резюме.

Актуальность. В современной дерматовенерологии проблема акне остаётся актуальной, несмотря на многочисленные подходы и способы лечения.

Цель: оценить изменения уровня активированных лимфоцитов у пациентов с папуло-пустулёзной формой акне на фоне местного инъекционного введения кислого пептидогликана.

Материал и методы. Объектом исследования являлись пациенты мужского пола, с верифицированным диагнозом папуло-пустулёзной формы акне, которым производились инъекции малых доз исследуемого препарата в очаги поражения.

Основные результаты. На фоне включения в стандартную терапию местного инъекционного введения кислого пептидогликана отмечено увеличение доли активированных лимфоцитов.

Заключение. Предложенная методика лечения обладает достаточным терапевтическим эффектом и безопасностью, простотой применения.

Ключевые слова: акне, кислый пептидогликан, лимфоциты, клиническая эффективность, инъекционные методики.

Summary. **Relevance.** In modern dermatology acne problem remains relevant, despite numerous approaches and methods of treatment.

Purpose: to evaluate changes in the level of activated lymphocytes in patients with papules-pustular form of acne on the background of local injection of acid peptidoglycan.

Material and methods. The object of the study was male patients with verified diagnosis papules-pustular acne that was used injections of small doses of study drug in the lesions.

Main results. On the background of the inclusion in the standard therapy, local infection of acid peptidoglycan marked increase in the proportion of activated lymphocytes.

Conclusion. The proposed method of treatment has sufficient therapeutic effect and safety, ease of use.

Key words: acne, acid peptidoglycan, lymphocytes, clinical effectiveness, injection techniques.

Введение. Проблема акне на сегодняшний день является одной из самых актуальных в современной дерматовенерологии. Распространённость данного заболевания у лиц до 30-летнего возраста по данным различных источников литературы составляет до 85% [1].

Одной из основных причин обращения за медицинской помощью является психологический дискомфорт, возникающий у пациентов в связи с локализацией процесса в основном на лице и открытых участках тела. Выраженность дисморфофобии при данном заболевании может в некоторых случаях приводить к суицидальным попыткам [2].

У многих пациентов с угревой болезнью наступает самопроизвольный регресс основных элементов акне. У 10—12% лиц высыпания сохраняются до 35-летнего возраста, заболевание может иметь персистирующий характер. В 3—5% случаев высыпания могут сохраняться до 40-летнего возраста [3—6].

В этиологии акне большое значение отводится *P. asnes* [7], которая вырабатывает ряд биологически активных веществ, ответственных за поддержание воспалительной реакции и формирование соответствующей клинической картины [8].

Островоспалительная реакция, комедоногенез, формирование лимфогистиоцитарных инфильтратов в перифолликулярной области являются основными компонентами клиники акне. Именно поэтому поиск средств, способных воздействовать на эти компоненты патогенеза, является обоснованным. По этой причине важным является и поиск местных средств и методик терапии, обладающей как симптоматическим, так и патогенетическим действием. Вышеописанные компоненты патогенеза препятствуют проникновению ряда местных лекарственных средств непосредственно в очаги патологического процесса.

В связи с этим важным является изучение местных инъекционных методик терапии акне.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 лиц мужского пола. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой) в зависимости от применяемого метода терапии. Основная группа получала в комплексе со стандартной терапией (клинические рекомендации РОДВК) местное инъекционное введение кислого пептидогликана. Контрольная группа получала только стандартную терапию.

Критериями включения в исследование являлись: возраст 17—24 года, мужской пол, папуло-пустулёзная форма акне, наличие информированного согласия на исследования. Критериями исключения являлись: комедональная форма или тяжёлые формы акне, женский пол, наличие хронических заболеваний в фазе обострения или декомпенсации, эндокринные или психические заболевания, а также другие состояния, не позволяющие войти в группу исследования.

Препаратом, дополнявшим лечение пациентов основной группы исследования, являлся кислый пептидогликан, который вводился внутривенно-поверхностным способом в объёме 0,05 мл. Расстояние между точками введения 1—4 мм. Инъекции проводились исключая образование папулы, на поверхности оставались капли вводимого препарата.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.0 for Windows, электронных таблиц MS Excel 2010. Значимость полученных данных оценивалась с помощью следующих показателей: среднее арифметическое (*M*), ошибка среднего (*m*), коэффициент достоверности (*p*) по таблице Стьюдента (*t*-критерий) и Манна-Уитни (*U*-критерий). Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В соответствии с целями и задачами исследования проведена оценка уровня зрелых активированных активированных Т-лимфоцитов (CD3+HLA-DR+) (табл. 1).

Таблица 1. Содержание зрелых активированных Т-лимфоцитов

Зрелые активированные Т-лимфоциты (CD3+HLA-DR+) до лечения, %	Зрелые активированные Т-лимфоциты (CD3+HLA-DR+) после стандартной терапии, %	Зрелые активированные Т-лимфоциты (CD3+HLA-DR+) на фоне включения в стандартную терапию кислого пептидогликана, %	Норма, %
3,9 ± 0,83	4,9 ± 1,32	10,1 ± 4,29	2—20

Таблица 2. Оценка количества активированных ЕК-клеток

Активированные ЕК-клетки (CD3-HLA-DR+) до лечения		Активированные ЕК-клетки (CD3-HLA-DR+) после стандартной терапии		Активированные ЕК-клетки (CD3-HLA-DR+) на фоне включения в стандартную терапию кислого пептидогликана		Норма	
%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.
6,6±2,61	61,8±20,1	7,9±2,06	96,9±36,86	12,6±4,92	347,5±90,07	7—21	100—640

В табл. 1 показано, что значение содержания зрелых активированных Т-лимфоцитов по отношению к общему количеству Т-лимфоцитов было на уровне минимальной границы нормальных показателей. На фоне стандартной терапии акне отмечается повышение данного показателя в 1,2 раза (25,6%), что не является статистически значимым ($p>0,05$). На фоне включения в стандартную терапию местного инъекционного введения кислого пептидогликана отмечается повышение содержания зрелых активированных Т-лимфоцитов в 2,5 раза (158,9%) ($p\leq 0,05$).

Изучено изменение процентного содержания активированных ЕК-клеток от общего числа лимфоцитов (CD3-HLA-DR+) (табл. 2).

В табл. 2 показано, что относительное и абсолютное содержание ЕК-клеток у пациентов с акне было ниже нормы до лечения. На фоне стандартной терапии акне отмечается повышение относительного содержания ЕК-клеток в 1,1 раза (19,7%) и абсолютного количества в 1,5 раза (56,8%), что не является статистически достоверным ($p>0,05$). На фоне включения в стандартную терапию местного инъекционного введения кислого пептидогликана отмечается повышение относительного содержания ЕК-клеток в 1,9 раза (90,9%) и абсолютного количества в 5,6 раза ($p\leq 0,01$).

Обсуждение и заключение. Увеличение абсолютного и относительного содержания зрелых активированных Т-лимфоцитов и ЕК-клеток происходит более активно на фоне включения в стандартную терапию местного инъекционного введения кислого пептидогликана. Увеличение этих показателей способствует более активной элиминации бактериальных агентов,

участвующих в поддержании воспалительного процесса при акне. Кроме того, несмотря на небольшие дозы вводимого препарата отмечается, в какой-то степени, системный эффект. В процессе исследования не было выявлено каких-либо осложнений предложенного способа терапии.

Литература

1. Аравийская Е. Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности. Лечащий врач. 2003; 4., 4—6 с. [Aravijkskaja E. R. A modern view of the acne treatment: challenges and opportunities. Lechashhij vrach. 2003; 4., 4—6 s.].
2. Thiboutot D. New treatment and therapeutic strategies for acne. Arch. Fam. Med. — 2000. — 9. — P. 179—187.
3. Адаскевич В. П. Акне и розацеа. Санкт-Петербург., 2000. — С. 13. [Adaskevich V. P. Acne and rosacea. Sankt-Peterburg., 2000. — S. 13].
4. Brown S. K., Shalita A. R. Acne vulgaris. The Lancet. — 1998. — Vol. 351. — Iss. 9119. — P. 1871—1876.
5. Ustutin R. P., Quan M. A., Strick R. Hosp. Pract. 1998. — Feb. — P. 111—127.
6. Webster G. F. Acne vulgaris. British Medical Journal. — 325. — 31 August. — 2002. — P. 475—487.
7. Бакстон П. Дерматология. — М.: «Издательство БИНОМ», 2005. С. 69—73. [Bakston P. Dermatology. — М.: «Izdatel'stvo BINOM», 2005. S. 69—73].
8. Coquette A., Berna N., Vandenbosch A. Analysis of interleukin-1a and interleukin-8 expression and release in vitro reconstructed human epidermis for the prediction of in vitro skin irritation and/or sensitization. Toxicol. In Vitro. — 2003. — 17. — P. 311—321.

ПУТИ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ В РОССИИ И СССР (1980—1989)

Л. В. Белова-Рахимова, Н. В. Баткаева

Кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, г. Москва

Закат советской эпохи пришёлся на 1980-е годы. Страна простилась с Л. И. Брежневым, К. У. Черненко, Ю. В. Андроповым. Затаянная с 1985 г. М. С. Горбачёвым перестройка не дала результатов. В 1989 г. стало очевидным, что глубокий экономический и политический кризис в СССР усугубляется.

Состоялись IV Съезд дерматовенерологов Украинской ССР (Запорожье, 17.10.1980), I съезд дерматологов и венерологов Белорусской ССР (Минск, 17—18.11.1982) [6]. Высокую оценку ВОЗ получил

международный семинар по лейшманиозам (Москва—Баку—Самарканд, 1980).

На совместном заседании (05.1980) обществ дерматологов и генетиков обсуждался доклад зам. директора (1980—1993) ЦКВИ по научной работе проф. Владимира Николаевича Мордовцева (1938—2006) с соавторами «Генетика псориаза». Успешно работал в отделе дерматологии ЦКВИ к. м. н., впоследствии профессор Геннадий Иванович Суколин, большой знаток редких и тропических дерматозов.

В. Н. Гребенюк занимался вопросами детской дерматологии.

Тёплые воспоминания о себе оставил с. н. с., зав. лабораторией поверхностно-активных веществ (ПАВ) ЦКВИ к. м. н. Л. В. Алчангян. Родом из Карабаха, он приехал в ЦКВИ в ординатуру, а остался в Москве на всю жизнь. Работал в отделении дерматологии, а затем в лаборатории ПАВ. Невысокий, с семяющей походкой, общительный, приветливый. С сыном Арсеном спасли тонущую девушку, о чём была заметка в газете.

В лаборатории ПАВ проводилась работа по предупреждению возможного неблагоприятного влияния на кожу химических раздражителей, экспертной оценке действия на кожу новых защитных и отмывочных средств. В 1980-е гг. было изучено более 1 000 препаратов, а более 900 рекомендовано к внедрению в практику. Для оценки смесей ПАВ Л. В. Алчангян с соавт. (1982) использовали математический метод планирования эксперимента.

Юбилейная научно-практическая конференция «Новые методы лечения, диагностики и профилактики кожных и венерических заболеваний» (ЦКВИ, 20—21.12.1982) была посвящена 60-летию образования СССР. Целевой докторант ЦКВИ (с 1989 г.) из Киргизской ССР Татьяна Вениаминовна Соколова 1951 г. р. продолжала при поддержке кафедры энтомологии МГУ (проф. А. Б. Ланге) научную работу по чесотке. Был предложен метод её лабораторной диагностики с применением молочной кислоты.

Прошёл первый в истории кафедры кожных и венерических болезней I ММИ им. И. М. Сеченова международный симпозиум «Обмен опытом лечения больных кожными болезнями методом ПУВА (фотохимиотерапии)» (М., 13—14.04.1981). Гемосорбционную терапию при аллергических васкулитах кожи проводили О. Л. Иванов и соавт. (I ММИ, 1981).

Для лечения псориаза в 1980-е гг. стали шире применять ароматические ретиноиды. В отделе по изучению репаративных процессов в коже ЦНИЛ (зав. — проф. И. Я. Шахтмейстер) I ММИ было изучено состояние кожи при ПУВА-терапии псориаза, лечения тигазоном в сочетании с ПУВА. Иммунологические показатели у больных псориазом при фотохимиотерапии изучали Р. С. Бабаянц, В. В. Владимиров (I ММИ, 1983). Селективную фототерапию больных псориазом проводил Владимир Владимирович Владимиров (1985).

Скончался на 46-м году жизни главный дерматовенеролог (1979—1981) Главного управления здравоохранения Мосгориспокома доцент I ММИ Альберт Васильевич Константинов (1937—1982). Умер на 57-м году жизни от саркомы бедра зав. кафедрой проф. Роберт Сергеевич Бабаянц (1927—1983) (I ММИ).

Прошёл V Всероссийский съезд дерматологов и венерологов (Суздаль, 1—2.11.1983) [3]. Новый состав Московского научного медицинского общества дерматологов и венерологов им. А. И. Пospelова был избран 8.12.1983 г. Председателем общества вновь

стал проф. А. А. Каламкарян, секретарями избраны Е. И. Абрамова, Г. И. Суколин. Организационно-методическую секцию возглавил главный специалист — дерматовенеролог к. м. н. М. В. Яцуха.

Зав. кафедрой (1984—1989) кожных и венерических болезней I ММИ стал проф. Николай Сергеевич Потеев. Сразу же в 1984 г. организовал конференции памяти своего учителя чл.-корр. АМН СССР проф. В. А. Рахманова. «Рахмановские чтения» проводятся с тех пор ежегодно 5 февраля в день рождения учёного и получили всероссийское признание. Конференция 5.02.1986 г. была посвящена гемобластозам кожи. За разработку методов лечения герпесвирусных заболеваний в 1984 г. А. А. Каламкаряну, В. Н. Гребенюку, Н. С. Потееву, М. А. Самгину присуждена премия Совета Министров СССР.

Первым опытом применения экстракорпоральной детоксикации у больных диффузным нейродермитом поделились Г. Я. Шарапова, Н. Г. Короткий с соавт. (II ММИ, 1982). И. Н. Ведрова (II ММИ), дочь чл.-корр. АМН СССР проф. Н. С. Ведрова, работала в области детской дерматологии. В конце 1984 г. на базе клиники кожных болезней МОНИКИ была создана лаборатория дерматоонкологии.

Проводил эндолимфатическую антибиотикотерапию больных аллергическими васкулитами, разрабатывал вопросы иглорефлексотерапии дерматозов Э. А. Баткаев (ЦОЛИУВ), в будущем профессор, зав. кафедрой в ЦОЛИУВ, РУДН и главный редактор журнала «Вестник последипломного медицинского образования». В Э. А. Баткаеве удачно соединились так редко одновременно сочетающиеся таланты исследователя, педагога, организатора.

Зав. кафедрой кожных и венерических болезней Университета дружбы народов им. П. Лумумбы проф. Леонид Дмитриевич Тищенко (1930—2011) изучал эффективность и содержание коферментных витаминных препаратов (кокарбоксилаза, пиридоксальфосфат, кобамамид и др.), при дерматозах.

С помощью операционного микроскопа изучал очаги поражения кожи, преимущественно с различными новообразованиями, д. м. н. Юрий Яковлевич Ашмарин (1923—1987) (Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко, М., 1981). В ряде случаев удавалось рассмотреть так называемые «жемчужины» при базалиоме. Были отчётливо видны те проявления заболеваний, наличие которых без использования микроскопа представлялось сомнительным. Ю. Я. Ашмарин скоропостижно скончался на 64-м году жизни.

Главный дерматовенеролог МО СССР, начальник кафедры (1968—1987) кожных и венерических болезней ВМА им. С. М. Кирова, чл.-корр. (1982) АМН СССР проф. Олег Константинович Шапошников (1920—1990) внёс существенный вклад в организацию дерматовенерологической помощи военнослужащим в мирное и военное время. Под его руководством разрабатывали вопросы иммунологии аллергических васкулитов кожи, иммунопатологии

ряда дерматозов, переходных (предсистемных) форм красной волчанки.

В клинике ВМА при участии сотрудников Института цитологии АМН СССР (Ленинград) проводилось изучение лимфом кожи. Были выделены их основные клинические формы, разработаны критерии ранней диагностики некоторых лимфом кожи. Особое внимание уделялось наиболее трудно диагностируемым лимфомам с низкой степенью злокачественности.

Было показано, что использование проточной ДНК-цитометрии лимфоидных клеток кожи, лимфатических узлов и клеток периферической крови оказывает существенную помощь в ранней диагностике опухолевого характера эритродермий (1986). Проф. О. К. Шапошников с сотрудниками (1980—1987) получили стойкий положительный эффект от цитомедина тимуса тималина при некоторых дерматозах. Позже начальником (1987—1996) кафедры кожных и венерических болезней ВМА стал Анатолий Николаевич Родионов, а его заместителем — проф. Алексей Викторович Самцов.

Так называемые капошиформные дерматозы, поражения кожи при саркоидозе описал зав. кафедрой (1971—1983) кожных и венерических болезней I ЛМИ проф. Е. А. Досычев с соавт. (1981, 1983). Дифференциальную диагностику буллёзных дерматозов разработали В. И. Самцов, И. И. Подвысоцкая с соавт. (ЛенГИДУВ, 1982). А. П. Монахова (ЛенГИДУВ, 1982) составила методические рекомендации «Обследование больных очаговыми формами склеродермии». Успешно разрабатывали методы лечения дерматозов у детей зав. кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского педиатрического МИ проф. Фаина Александровна Зверькова с сотрудниками.

После инсульта, не приходя в сознание, умерла проф. Антонина Сергеевна Чубарова (1907—1983). Инсульт развился на 2—3-й день после блестящего выступления при обсуждении доклада аспирантки проф. Е. А. Досычева на заседании Ленинградского общества дерматовенерологов им. В. М. Тарновского в I ЛМИ. В то время А. С. Чубарова уже не работала.

Похоронена в посёлке Вырица Ленинградской области. Сын поставил ей белый мраморный памятник в виде тома раскрытой книги. Там же похоронены проф. П. В. Кожевников с женой. Кладбище без правильных рядов, там трудно ориентироваться. Дочь проф. П. В. Кожевиной А. П. Монахова только после неоднократных попыток нашла участок Чубаровых. На 102-м году жизни умер проф. Сергей Петрович Архангельский (1887—1988). Прожил долгую, насыщенную жизнь длиною в век. Писал стихи. Похоронен на Богословском кладбище.

Умерла от рака ученица проф. П. В. Кожевиной к. м. н. Лейли Хусаиновна Акбулатова (1926—1983). Оперирована в Ленинграде, но болезнь была уже запущена, имелись метастазы. Родилась на Дальнем Востоке, в г. Свободном, позже переехали в г. Коканд. По национальности татарка. Закончила Самарканд-

ский МИ. Пользовалась популярностью среди населения. По характеру серьёзная, властная, боевая, хороший организатор, участвовала во всех конференциях дерматовенерологов в Ташкенте. Любила яркие платья и косынки. Каждый день одевала новую косынку, их у неё имелось около 50 штук.

В Кокандском ГорКВД было около 170 сотрудников, большая лаборатория, много микроскопов. Усилиями, хлопотами главврача Л. Х. Акбулатовой было построено новое типовое здание ГорКВД. Вместе с руководителями партийной и общественных организаций Л. Х. Акбулатова торжественно открыла с разрезанием ленточки новый ГорКВД. Однако болезнь прогрессирующая и тяжелообильная Л. Х. Акбулатова была в новом здании только несколько раз перед кончиной в декабре 1983 г. К сожалению, в трагический год развала СССР ГорКВД выселили из нового здания.

Сын Алишер Акбулатов, дерматовенеролог Кокандского ГорКВД, бережно хранит незаконченную докторскую диссертацию матери по интересной, редкой теме узловатой трихоспории (пиедры). Эту диссертацию у него неоднократно пытались забрать, но получали отказ.

Защитили докторские диссертации: по парасориазам Брока и их отношениям к лимфомам кожи — И. М. Разнатовский (1982); по лечению хронической пиодермии — дочь проф. М. Н. Бухаровича А. М. Бухарович (Полтавский медицинский стоматологический институт) (1984); по нейродермиту — В. А. Самсонов (1984); по ангиитам кожи — О. Л. Иванов (1984); по псориазу — К. К. Борисенко (1984); по фотохимиотерапии псориаза — В. В. Владимиров (1985); по дерматозам в различных климато-географических зонах — Г. И. Суколин (1986); по истинной экземе — А. А. Кубанова (1986), по эритродермическим лимфомам кожи — А. Н. Родионов (ВМА, 1986); по фотодерматозам — В. Г. Акимов (1987); по псориазу — Н. Г. Короткий (1988); по ранней диагностике аллергических дерматозов, скринингу металлов-аллергенов — В. И. Прохоренков (1988); по псориазическому артриту — Н. К. Никулин (1989); по патогенезу и лечению витилиго — Ю. Н. Кошевенко (1989).

Кандидатская диссертация Н. А. Машкиллейсона (1981) посвящена вульгарной пузырчатке; А. В. Самцова (1982) — угревидным сыпям лица; Ю. В. Сергеева (1982) — доброкачественной лимфоплазии кожи; Т. А. Корчевой (1982) — угрям; Ю. Э. Русака (Караганда) (1982) — фотохимиотерапии псориаза; И. М. Романенко (Барнаул) (1984) — кожной форме узелкового периартериита; Т. В. Соколовой (1985) — чесотке; В. Н. Антипова (Барнаул) (1986) — васкулитам кожи; В. П. Адакевича (1988) — нейродермиту и экземе.

Под руководством чл.-корр. АМН СССР, крупного историка медицины проф. Б. Д. Петрова защитила кандидатскую диссертацию соискатель учёной степени врач КВД № 4 г. Ташкента Любовь Владимировна Белова-Рахимова (М., 1987). Проведён сравнительный анализ вопросов кожных, венерических болезней, лепры в трудах Абу Али Ибн Сины (Авиценны),

Абу-л-Касима аз-Захрави, Абу Бакра Рази, Джибраила ибн Бахтишо, Абу Закарийа ибн Масавайха, Йуханна бин Сераби, Абу Мансура ал-Хирави, Абу Мансура ал-Кумри Бухари, Абу Бакра ал-Ахавайни ал-Бухари, Хакима Майсари, Али Ибн Аббаса Ахвази, Абу Сахла Масихи ал-Джурджаний, Абу Райхана Беруни, Феофраста, Антония Музы, Авла Корнелия Цельса, Плиния Старшего, Квинта Серена Самоника, Гаргилия Марциала, Бенедикта Криспа, Валафрида Страбона, Вандальберта Прюмского и других учёных.

По архивным материалам Л. В. Белова-Рахимова (1985) проанализировала вопросы борьбы с заразными кожными болезнями, лепрой, сифилисом в Туркестане (1867—1916), открыла неизвестные ранее страницы истории этой борьбы в период от присоединения Туркестана к России до октябрьской революции 1917 г. [1]. В это время Л. В. Белова-Рахимова задумала и поставила цель написать полную историю дерматологии, венерологии, лепрологии России и СССР, начиная со времени их зарождения и до наших дней. Клинические работы Л. В. Белова-Рахимова выполняла под руководством зав. кафедрой дерматовенерологии ЦОЛИУВ проф. А. А. Антоньева.

Изданы монографии Д. И. Головина «Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей» (Л., 1982); Н. Ф. Родякина «Кожный лейшманиоз» (Ашхабад, 1982); И. М. Разнатовского «Лимфомы кожи» (1987); О. К. Шапошникова, А. Я. Браиловского, И. М. Разнатовского, В. И. Самцова «Ошибки в дерматовенерологии» (1987); В. В. Кулаги, И. М. Романенко «Лечение заболеваний кожи» (1988); А. А. Каламкаряна, В. Н. Мордовцева, Л. Я. Трофимовой «Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы» (1989); Т. В. Соколовой, Р. Ф. Федоровской, А. Б. Ланге «Чесотка» (1989) и др.

Выпущены руководства по кожным и венерическим болезням В. И. Самцова (Л., 1982); «Дифференциальная диагностика кожных болезней» (1983) под редакцией Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина; «Руководство по детской дерматовенерологии» (1983) Ю. К. Скрипкина, Ф. А. Зверьковой, Г. Я. Шарাপовой и соавт.; «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» (1986) Г. М. Цветковой, В. Н. Мордовцева; «Справочник по детской дерматологии» (Киев, 1988) И. В. Шуцкого; атлас «Кожные и венерические болезни» (1980) В. В. Владимирова, Б. И. Зудина.

Методические рекомендации «Рефлексотерапия в дерматологической практике», «Применение лекарственных растений в дерматологической практике», «Использование художественной литературы в преподавании дерматовенерологии», «Кожные и венерические болезни в трудах учёных средневекового Востока», «Воззрения Ибн Сины (Авиценны) в области кожных и венерических болезней» и другие составлены Л. В. Беловой-Рахимовой (1985); информационно-методическое письмо «Комплексное лечение больных витилиго» — Ю. Н. Кошевенко (1989).

Советскими микологами в 1980-х гг. были проведены на ультраструктурном уровне оригинальные ис-

следования взаимоотношений *Trichophyton rubrum* с культурами тканей, подтвердившие возможность лимфогематогенной диссеминации гриба в организме и целесообразность использования интерферонов в терапии рубромикоза. Вследствие иммунодефицита Т-системы в лечении этих больных, особенно при множественном поражении ногтей, применялись иммуномодуляторы. Разрабатывались схемы специфической гипосенсибилизации больных микозами стоп биопрепаратами из дерматофитов. Были получены первый стандартный отечественный аллерген из *T.interdigitale*, а также *Candida albicans*, *T.rubrum*.

Обнаружена новая группа антимикотиков — литическая группа ферментов. Предложены новые хирургические методы лечения хромомикоза, споротрихоза, актиномикоза, в том числе с использованием одномоментной аутопластики кожей из очага поражения, что было признано изобретением. Совершенствовались методы микологической и иммунологической диагностики глубоких микозов, идентификации их возбудителей во внешней среде. Было показано, что грибковая сенсибилизация создаёт благоприятный фон для развития профессиональных дерматозов, утяжеляет их течение, повышает резистентность к лечению. Для оценки степени активности антимикотических свойств новых препаратов стали применять морфометрический метод. При микозах волосистой части головы использовали гризеофульвин, а с 1985 г. — ещё и кетоконазол (низорал).

Молекулярные механизмы патогенеза и иммунитета при кандидозе обобщили К. П. Кашкин, В. Г. Кубась (ЛенГИДУВ, НИИ иммунологии АМН СССР, М., 1982). Под руководством зав. лабораторией (с 1975 г.) экспериментальной микологии научно-исследовательского технологического института антибиотиков и ферментов медицинского назначения (ВНИТИАФ) Роальда Александровича Аравийского (1940—2012) в 1980-х гг. были разработаны оригинальный метод цитоспектрометрического определения полиеновых антибиотиков в тканях организма, исследована динамика амфотерицина в клетках инфекционного очага, изучен «лекарственный полиморфизм».

Состоялся Симпозиум, посвящённый 80-летию проф. П. Н. Кашкина (СПб, 4.01.1982). Трансформированный из микологической лаборатории кафедры микробиологии ЛенГИДУВ, научно-исследовательский отдел глубоких микозов (НИО, 1966) был реорганизован во Всесоюзный центр по глубоким микозам МЗ СССР (1983). В Москве работа проводилась в лаборатории изучения глубоких микозов и производства актинолизата Института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского.

Докторская диссертация Т. Г. Робустовой (1982) посвящена актиномикозу челюстно-лицевой области; В. П. Федотова (1983) — микозу, обусловленному красным трихофитом; В. Г. Корнищевой (СПб, 1988) — микозам кожи и подкожной клетчатки; Ж. В. Степановой (1988) — хроническому гранулематозному

кандидозу. Кандидатские диссертации по микологии защитили А. Я. Рубинс (Рига) (1981), О. А. Голодова (1982), В. Ю. Бормотов (1983) и др.

Вышли «Практическое руководство по медицинской микологии» (Л., 1983) П. Н. Кашкина, В. В. Лисина; «Лабораторная диагностика грибковых заболеваний» (1982) В. М. Лещенко. Микозам в условиях тропиков Социалистической Республики Вьетнам посвящена статья к. м. н. Василия Степановича Смирнова (ВМА, 1983).

Основными возбудителями трихофитии и микроспории (более 99%) в 1980-х гг. стали зоофильные грибы. Были созданы вакцины ТФ-130 и «Ментавак» для животных. Вакцинация крупного рогатого скота в первой половине 1980-х гг. позволила резко снизить заболеваемость среди животных. Научная конференция по ветеринарной микологии и антибиотикам (М., Всесоюзный НИИ экспериментальной ветеринарии, 5—6.07.1982) прошла под руководством проф. П. Н. Кашкина, проф. Н. Д. Шеклакова. Состоялся международный симпозиум «Актуальные вопросы медицинской микологии: заболевания, вызванные условно-патогенными грибами» (Л., 14—18.09.1987).

Скончались директор Свердловского КВИ дерматомиколог Александра Васильевна Бахирева (1906—1980), крупный дерматомиколог проф. Александр Николаевич Аравийский (1897—1983). Видный московский дерматомиколог проф. А. М. Ариевич умер 3.12.1988 г. в Боткинской больнице на 93-м году жизни, 25.11.1988 г. ему исполнилось 92 года. З. Г. Степанищева простилась с ним за день до смерти. Она уже давно не работала. Могла бы остаться и в ЦКВИ, и в НИИ медицинской паразитологии, но после того, как проф. А. М. Ариевича уволили, уходила вместе с ним, оставаясь преданной своему учителю и соратнику.

По характеру проф. А. М. Ариевич был сложным, противоречивым. Его идеальная жена поняла, что путь к сердцу преданного науке мужа лежит через медицинскую микологию. И весь распорядок дома был выстроен так, чтобы создать Абраму Михайловичу оптимальные условия для работы. Детей у них не было. Проф. А. М. Ариевич продолжал работать в созданном им по совету проф. З. Г. Степанищевой Микологическом центре (1983) при ГорКВД до 90 лет. В молодые и зрелые годы постоянно генерировал новые идеи, был требовательным к сотрудникам, с ним было интересно работать [2].

А на излёте лет проф. А. М. Ариевич стал совсем другим: придирчивым, перестал доверять Зинаиде Гавриловне Степанищевой, отстранил её как биолога от преподавания лабораторной микологии врачам и т. п. Поразительно, но именно проф. А. М. Ариевич вынудил проф. З. Г. Степанищеву только в 61 год уйти на пенсию и очень страдать из-за этого. Ведь для истинного учёного проф. З. Г. Степанищевой работа была смыслом и единственной отдушиной в её очень тяжёлой жизни. А 30 последних лет прошли вне работы в одиночестве и переживаниях. И тем не менее

З. Г. Степанищева благородно сохранила доброе отношение к проф. А. М. Ариевичу.

На этапе 1980-х гг. оценивали значение аутоаллергии в патогенезе химических дерматозов, изучали вопросы перекрёстной сенсibilизации. Влияние малых концентраций химических веществ (в связи с улучшением условий труда) привело к преобладанию вяло текущих форм заболевания. В области профессиональной дерматологии активно работали зав. отделом дерматологии НИИ гигиены труда и профзаболеваний Б. А. Сомов, Леонтий Павлович Цыркунов (Киевский институт гигиены труда и профзаболеваний), А. А. Антоньев (ЦОЛИУВ), В. И. Тартаковский, И. Е. Сизов (Фрунзе) и др.

Ультраструктуру, аутосенсibilизацию при витилиго изучал Ю. Н. Кошевенко (Московский НИИ косметологии МЗ РСФСР, 1983, 1986). Было показано наличие в депигментированной коже больных витилиго клеточных иммунных реакций с привлечением С3-комплемента, способных вызывать повреждение меланоцитов.

Отделение пластической хирургии Московского НИИ косметологии МЗ РСФСР в 1980 г. было расширено до 50-коечного. Легендарный пластический хирург НИИ косметологии Александр Сергеевич Шмелёв являлся консультантом иностранного отдела 4-го Главного управления МЗ СССР. В числе его пациентов были и разведчики. А. С. Шмелёв произвёл (1982—1983) 3 пластические операции по кардинальному изменению внешности чилийскому революционеру Луису Корвалану (товарищу Лучо). Работа проводилась в обстановке глубокой секретности в процессе скрытой операции «Доминго» в палате инфекционного отделения одной из больниц и на закрытых подмосковных спецдачах. 23.08.1983 г. Л. Корвалан возвратился в Чили. Признавался, что его не узнала даже его секретарь!

Последние годы жизни А. С. Шмелёва прошли трагически. В начале 1980-х гг. в автокатастрофе погиб сын, затем последовал развод с женой. Особенно с 1985 г. усилилось злоупотребление спиртными напитками. 3.02.1986 г. А. С. Шмелёв выехал на дачу брата в Подмосковье, в Томилино, предположительно на встречу с кем-то. Через день лежавшего на полу, мучительно умиравшего А. С. Шмелёва обнаружил брат. По мнению знакомых был избит и убит, а его таинственная гибель, возможно, была связана с нарушением обета молчания. Незадолго до того при странных обстоятельствах скончался ассистент А. С. Шмелёва. Заменял (1989) в НИИ косметологии талантливого коллегу известный «звёздный» пластический хирург Евгений Борисович Лапутин. Умерла на 65-м году жизни косметолог, д. м. н., зав. отделением (1976—1984) электрохирургии НИИ косметологии Елена Ивановна Рыжкова (1925—1989).

Состоялся VIII Всесоюзный съезд дерматовенерологов (Ставрополь, 11—13.09.1985). Присутствовал 481 делегат. Председателем съезда был избран акад. АМН СССР проф. О. К. Шапошников. Подводный



Фото. Группа преподавателей и курсантов кафедры дерматовенерологии ЦОЛИУВ. Москва, 1984 г. Сидят слева направо: проф. К. Н. Суворова, доц. В. Н. Шеварова, зав. кафедрой проф. А. А. Антоньев, асс. к. м. н. М. В. Шапаренко. Стоит 1-я справа к. м. н. Л. В. Белова-Рахимова

душ-массаж при псориазе рекомендовал Е. А. Досычев (I ЛенМИ). О диспансеризации больных склеродермией доложила А. П. Монахова (ЛенГИДУВ). Разработал способ определения сенсibilизации больных профессиональными аллергическими дерматитами и экземой к химическим веществам Е. А. Банников (Новокузнецк). Л. В. Белова (Ташкент) поделилась опытом применения новокаиновых блокад в точки акупунктуры; провела сравнительную оценку эффективности иглотерапии и точечного массажа при дерматозах. Среди основных задач VIII Всесоюзный съезд дермато-венерологов определил совершенствование профилактики, диспансеризации,

расширение участия дерматологов в изучении фундаментальных проблем молекулярной биологии, иммунологии, генетики [5].

Состоялся V Съезд дермато-венерологов Украинской ССР (Харьков, 11.1986). В. Н. Гребенюк (ЦКВИ) отметил: «В заданиях на XII пятилетку Минздрав СССР, АМН СССР намечают осуществить коренное улучшение амбулаторно-поликлинической помощи детям...». Было узаконено (1987) создание стационаров на дому и дневных стационаров.

Прошёл VI Всероссийский съезд дерматологов и венерологов (Челябинск, 25—26.09. 1989). О синдроме псевдолимфомы доложил Н. С. Потеев; о лечении лимфом — И. М. Разнатовский; о влиянии средовых факторов на дерматозы — Г. И. Суколин; о противогрибковой активности производных хлораля — В. М. Лещенко; о саркоидозе — А. В. Самцов, о диуцифоне — Н. М. Голощапов [4].

Профилактическая направленность дерматологии 1980-х и диспансерный метод работы позволили в последние советские годы добиться значительных успехов. Так, регистрировались лишь единичные случаи заболевания фавусом, снизилась заболеваемость дерматомикозами.

Литература

1. Белова Л. В. К истории борьбы с заразными кожными болезнями и сифилисом в Туркестане (1867—1916). *Вестн дерматол.* 1985; 8: 75—78.
2. Белова-Рахимова Л.В., Прохоренков В. И. История венерологии, дерматологии, лепрологии России и СССР (1900—1959 гг.). Красноярск, 2013: 491.
3. Всесоюзный съезд дерматологов и венерологов (Суздаль, 1—2.11. 1983). V. Труды. Владимир, 1983.
4. Всероссийский съезд дерматологов и венерологов (Челябинск, 25—26.09. 1989). VI. Тезисы докладов. Ч. I, II. М., 1989: 496.
5. Всесоюзный съезд дерматовенерологов (Ставрополь, 11—13.09.1985). VIII. Тезисы докладов. Ч. I, II. М., 1985.
6. Съезд дерматологов и венерологов Белорусской ССР (Минск, 17—18.11.1982). I. Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний. Минск, 1982: 222.

OVERLAP-СИНДРОМ: СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Э. А. Баткаев, И. А. Чистякова, А. А. Устьян
Российский Университет Дружбы Народов

Резюме. Наблюдали пациентку 62 лет с распространенными высыпаниями на коже очагов красной волчанки с общими симптомами — снижением показателей крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ускоренная СОЭ) и относительно удовлетворительным общим состоянием. Одновременно на верхних конечностях и в полости рта имелись элементы красного плоского лишая. Наличие обоих дерматозов, подтверждено гистологическим исследованием. Несмотря на продолжительное лечение преднизолоном по 40 мг/сутки, плаквенилом терапевтического эффекта не наблюдалось. Ревматологом нашей больницы был поставлен предварительный диагноз СКВ — наличие бабочки, кожный васкулит, артралгии, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, СОЭ 56 мм/час на фоне лечения ГКС, вторичный остеопороз, осложненный переломом голени и металлосинтезом. Больная направлена в московский городской ревматологический центр для углубленного обследования.

Ключевые слова: оверлап-синдром, красная волчанка, красный плоский лишай.

Summary. Observed patient 62 years with widespread lesions on the skin lesions of lupus erythematosus with common symptoms — decreased blood counts (anemia, leukopenia, thrombocytopenia, accelerated ESR) and relatively satisfactory General condition. At the same time in the upper extremities and in the mouth there were elements of lichen planus. The presence of both dermatitis confirmed by histological examination. Despite prolonged treatment with prednisolone 40 mg/day, plaquenil therapeutic effect were observed, which appeared to suggest systemic lupus erythematosus and recommend a more in-depth examination by a rheumatologist.

Key words: overlap-syndrome, lupus erythematosus, lichen ruber planus.

Overlap — английское слово, которое переводится как перекрывание, наложение, частичное совпадение. Термин Overlap-синдром (ОС), «перекрестный синдром» означает одновременное наличие у одного больного клинических, биохимических, серологических, гистологических признаков нескольких заболеваний аутоиммунного генеза. В научной литературе ОС определяется как две болезни одного органа или разных органов, причем обе носят аутоиммунный характер или одна из них может иметь вирусный или иной генез (U. Leischner, 2005). ОС описывается у больных ХОБЛ и бронхиальной астмой; аутоиммунным гепатитом и аутоиммунным холангитом; при патологии щитовидной железы (Базедова болезнь, аутоиммунный тиреоидит).

Чаще всего ОС встречается у больных, страдающих заболеваниями соединительной ткани, при которых у одного пациента выявляются признаки ревматоидного артрита, системной красной волчанки (СКВ), системной склеродермии, дермато/полимиозита, болезни Шегрена. При сочетании двух или более ревматических заболеваний хотя бы одно должно соответствовать диагностическим критериям, характерным для него.

В 2008 г. мы наблюдали смешанное заболевание соединительной ткани с признаками дерматомиозита и СКВ у женщины 50 лет с подтвержденными клинически и лабораторно признаками обоих заболеваний

(проксимальная мышечная слабость, гелиотропный периорбитальный отек, распространенная эритематозно-папулезная сыпь, диффузная алопеция, иммунологические нарушения (Нер — 2 АНФ), синдром Рейно, интерстициальное поражение легких) [1]. Заболевание длительно (с 2000 г.) не было распознано и трактовалось как многоформная экссудативная эритема, пеллагроидный токсикоаллергический дерматит, аллергический васкулит кожи.

А. А. Прокофьев и соавт. пациентку с системной красной волчанкой и линейной склеродермией [2]. Женщина 23 лет заболела в 2001 г. Высыпания носили распространенный характер с типичными пятнистыми элементами, местами очаговой атрофией. Одновременно на коже лба имелась линейная склеродермия типа «удар саблей». Авторы приводят известные факты о том, что при аутоиммунных процессах синтезируются как органспецифические, так и органнеспецифические аутоантитела, способствующие развитию разнообразных перекрестных синдромов, сочетанию органоспецифических и системных аутоиммунных болезней, предрасположенности к развитию злокачественных новообразований [3].

В. А. Молочков и соавт. [4] сообщили о двух случаях ОС, характеризующегося сочетанием красного плоского лишая и красной волчанки (в одном случае системной, в другом дискоидной). Подобным наблюдением располагаем и мы.

Больная С., 62 лет, находилась на стационарном лечении в филиале клиники им. В. Г. Короленко (МНПЦДК ДЗМ) дважды: в декабре 2014 и в январе 2015 г. Поступила с жалобами на распространенные высыпания на коже лица, туловища и конечностей. Считает себя больной с сентября 2012 г, когда появились указанные высыпания, не связанные с инсоляцией. До декабря наблюдалась у дерматолога по месту жительства. Об установленном диагнозе и проводимой терапии не знает. В связи с отсутствием эффекта направлена на лечение в наше учреждение.

Больная астенического телосложения, нормального питания, на пенсии, замужем, не курит, злоупотребляет алкоголем.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст.; 3 степ. ХСН I; Хронический холецистит; Хронический панкреатит; Анемия, Перелом левой голени — металлосинтез (2014 г.); Тромбоз глубоких вен левой голени (стадия ремиссии).

Общее состояние удовлетворительное. Температура не повышена.

Локальный статус: процесс распространенный, хронический в стадии обострения. Эритематозные пятна располагаются на коже лица в виде «бабочки» — на щеках, носу, а также височных областях, на передней, так и на задней поверхности туловища, на верхних и нижних конечностях. Патологические элементы местами сливающиеся, в центре некоторых — телеангиэктазии и рубцовая атрофия. Кроме того, на коже запястий и голеней имеются полигональные и плоские папулы застойно-розового цвета с фиолетовым оттенком. На слизистой оболочке полости рта на левой щеке визуализируются папулы с фиолетовым оттенком. Волосы редкие, тусклые. Ногти не изменены.

В клиническом анализе крови — анемия (эритроциты — $3,17 \times 10^{12}$, гемоглобин 113 г/л), лейкоциты — $2,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 156×10^9 /л, СОЭ 84 мм/час. Биохимические показатели крови (содержание сахара, белка, иммуноглобулинов, уровень печеночных ферментов, мочевины) в пределах нормы. ЛЕ-клетки не обнаружены, ревматоидный фактор не увеличен.

Проведено гистологическое исследование кожи с очага на руке 25.12.2014 года. Эпидермис с ортогиперкератозом, гипергранулезом, акантозом в виде «зубьев пилы», апоптозом отдельных кератиноцитов, вакуолизацией цитоплазмы клеток базального слоя. На одном из участков определяется отслойка эпидермиса с образованием щелевидного пространства, заполненного эритроцитами. В верхних отделах дермы отек, ангиоматоз, немногочисленные коллоидные тельца, в ретикулярной дерме — периваскулярные и периаднексальные преимущественно лимфоцитарные инфильтраты.

Заключение: В биоптате присутствуют гистологические признаки дискоидной красной волчанки и красного плоского лишая (overlap-синдром).

Обследование специалистов. ЭКГ — ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС. Замедление атри-

оventрикулярной проводимости. Изменение миокарда левого желудочка.

Рентгенограмма грудной клетки — очаговых изменений в легких нет. Легочный рисунок обогащен за счет перибронхиального склероза, особенно в прикорневых отделах. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма и органы средостения обычно расположены.

УЗИ органов брюшной полости и почек — признаки деформации желчного пузыря, хронического холецистита, диффузных изменений поджелудочной железы.

На основании типичных кожных проявлений (эритема, атрофия, симптом «бабочки», типичных папул красного плоского лишая на коже и слизистой рта), данных гистологического исследования установлен диагноз дискоидная красная волчанка и красный плоский лишай — Оверлап-синдром.

Пациентке было назначено лечение: преднизолон по 40 мг в сутки, далагил 250 мг дважды в день, феназепам по 1 мг на ночь, сорбифер дурулес, наружно — кортикостероидные мази. Выписана после 21 дня пребывания с незначительным улучшением — уменьшением интенсивности эритемы, улучшением показателей крови с рекомендацией продолжить прием преднизолона с медленным снижением. Уже во время пребывания было обращено внимание на универсальность поражения, нарушения показателей крови и необходимости консультации ревматолога для исключения СКВ, однако пациентка этого не сделала.

После амбулаторной консультации в начале 2015 г. была вновь госпитализирована, т. к. усилилась эритема, повысилась СОЭ до 56 мм в час. Находилась в стационаре в течение 21 дня. В этот период была проконсультирована ревматологом нашей больницы, который поставил предварительный диагноз СКВ — наличие бабочки, кожный васкулит, артралгии, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, СОЭ 56 мм/час на фоне лечения ГКС. Вторичный остеопороз, осложненный переломом голени и металлосинтезом. Было рекомендовано направить пациентку в Московский городской ревматологический центр или НИИ ревматологии для углубленного исследования и проведения пульс-терапии высокими дозами преднизолона и циклофосфаном.

Таким образом, мы наблюдали у пациентки 62 лет, с пристрастием к алкоголю, типичные распространенные высыпания красной волчанки (не исключено, что системной) и папулы красного плоского лишая на тыле предплечий и во рту. Наличие одновременно двух заболеваний подтверждено клиническими исследованиями, в том числе гистологическим.

Это дает основание для постановки диагноза: Оверлап синдром (наличие аутоиммунного заболевания — красной волчанки и иммуноопосредованного — красного плоского лишая). Невнимание к своему здоровью, отрицание общих симптомов (температура, недомогание боли в суставах) можно, очевидно, объяснить пристрастием к употреблению алкоголя,

от которого она не могла отказаться в начале пребывания в стационаре. Не исключено, что рекомендуемые лекарственные препараты амбулаторно она принимала нерегулярно или не принимала вовсе. На что косвенно указывает отсутствие явления кушингоида, хотя общая назначаемых таблеток преднизолона была значительна.

Наличие ОС в настоящее время встречается нередко, поэтому нам хотелось бы обратить на это внимание врачей различного профиля на эту проблему.

Литература

1. Чистякова И. А., Мовсарова Э. С., Антелава О. А. Смешанное заболевание соединительной ткани с признаками дер-

матомиозита и системной красной волчанки // Трудный пациент, 2008, № 12. С. 59—61.

2. Прокофьев А. А., Овсянникова Г. В., Грознова А. А. Overlap-синдром: системная красная волчанка и линейная склеродермия (синдром перекрытия) // Росс. журнал кожных и венерических болезней, 2008, № 3. С. 16—18.
3. Ревматические болезни: Руководство по внутренним болезням / под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука, М., 1997. С. 210—212.
4. Молочков А. В., Хлебникова А. Н., Снарская Е. С., Молочкова Ю. В., Селезнева Е. В. // Вестник последиplomного медиц. образцов, 2012, № 3—4. С. 9—12.



Фото. Overlap-синдром: системная красная волчанка и красный плоский лишай

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПРИ СМЕШАННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН

С. С. Хромова, Х. Б. Ахмедов

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Резюме. Целью исследования было изучение влияния терапии на микрофлору уретры у мужчин, страдающих смешанной урогенитальной инфекцией. **Дизайн исследования** включал клиническое и микробиологическое обследование пациентов со смешанной урогенитальной инфекцией. **Материал и методы:** обследовано 36 мужчин с хламидийно-микоплазменной инфекцией, использованы микробиологические методы для выявления *Bifidobacterium*, *Gardnerella*, энтеробактерий, стафилококков, *Candida*. **Результаты:** при сравнении эффективности монотерапии азитромицином и комплексной терапии с использованием антибиотика и комплекса цитокинов и антимикробных пептидов показаны преимущества комплексной терапии. **Заключение:** при смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции показана комплексная терапия с использованием азитромицина и комплекса цитокинов и антимикробных пептидов

Ключевые слова: смешанные урогенитальные инфекции, азитромицин, комплекс природных цитокинов и антимикробных пептидов

Summary. **The objective of the research** was to investigate the influence of treatment on urethra microbiome in men suffering from mixed urogenital infections. **The design of the research** included clinical & microbiological examination of patients with infection caused by Chlamydia & Mycoplasma. **Material & methods:** 36 men with mixed infection were examined? Microbiological method revealing *Bifidobacterium*, *Gardnerella*, Enterobacteriaceae, Staphylococci, *Candida* were used. **Results:** The advantage of complex therapy which included antibiotic and complex of cytokines and antimicrobial peptides in comparison with monotherapy by antibiotic was shown. **Conclusion:** The complex therapy which included antibiotic and complex of cytokines and antimicrobial peptides is recommended in mixed infection caused by Chlamydia & Mycoplasma.

Key words: mixed urogenital infections, azithromycin, complex of natural cytokines and antimicrobial peptides.

Введение

Смешанные хламидийно-микоплазменные инфекции характеризуются нарушением состава микробиоценоза органов мочеполовой системы и развитием иммунологической недостаточности. Дисбиоз органов урогенитальной системы определяется не только присутствием таких инфекционных агентов как *C. trachomatis* или генитальные микоплазмы, но и составом и степенью диссеминации условно-патогенной микрофлоры. Кроме того, от процесса взаимодействия иммунной системы с возбудителем во многом зависят течение и исход инфекций [1]. В настоящее время предложены разные подходы к терапии урогенитальных инфекций [2, 3]. Клинические наблюдения показали, что течение урогенитальных инфекций нередко приобретает персистирующий характер и сопровождается развитием рецидивов, что явилось обоснованием для применения иммуотропных препаратов в комплексной терапии [3, 4].

Целью настоящего исследования явилось сравнение влияния монотерапии азитромицином и комплексной терапии, включавшей назначение стандартизированного комплекса цитокинов и про-

тивомикробных пептидов одновременно с курсовым лечением азитромицином.

Материалы и методы

Диагноз смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции 36 мужчинам в возрасте от 22 до 57 лет был поставлен на основании обследования, включавшего клиническое обследование, микроскопический, бактериологический методы исследования, а также метод мультиплексной полимеразной цепной реакции. [5].

Для выделения представителей рода *Bifidobacterium* исследуемый материал высевали из разведений 10^3 и 10^5 на *Bifidobacterium* agar (Himedia Labs Inc., Mumbai, India).

Для выделения представителей рода *Gardnerella* материал высевали из 10^5 и 10^7 разведений на Columbia-agar (Oxoid, Ltd., Hampshire, UK) с добавлением 5% крови. Чашки Петри инкубировали в микроанаэроостатах, заполненных газовой смесью ($85\%N_2$, $10\%H_2$, $5\%CO_2$), при $37^\circ C$ в течение 48 часов. Колонии исследовали макроскопически, а затем делали пересев в анаэробных условиях на соответствующие селективные среды для подтверждения их

принадлежности к строгим анаэробам. Первичный скрининг штаммов осуществляли на основании изучения морфологических свойств выросших колоний и окраски мазков по Граму.

Энтеробактерии выделяли на среде Endo-agar (Serva) из разведений 10^1 и инкубировали в течение 48 часов. При учете результатов отмечали лактозонегативные и лактозопозитивные колонии. Для предварительной идентификации делали пересев на дифференциально-диагностическую среду Клиглера (Serva).

Стафилококки выделяли на среде Staphylococcus agar 110 (Himedia) при разведении исследуемого материала в 10^2 . Высокая концентрация NaCl (7,5%) характерна для селективной среды, предназначенной для идентификации стафилококков. Кроме того, в эту среду входят маннит (в качестве источника углеводов) и желатин. Патогенные стафилококки, относящиеся к виду *S.aureus*, дают на этой среде колонии с желтой пигментацией.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* выделяли на среде Sabouraud Dextrose Agar (Serva) с добавлением хлорамфеникола (400 мг/мл). Посев производили из разведений 10^1 и инкубировали при 37° в течение 48 часов. *Candida* выявляли на чашках Петри по наличию белых матовых колоний и морфологическим свойствам (грамположительные, крупные, округлые, несколько удлиненные по форме клетки).

Результаты представлены в КОЕ/мл клинического материала и в Log_{10} .

В первую группу пациентов вошли 18 человек, они получали лечение азитромицином 1 раз в сутки: в 1-й день — по 500 мг, следующие 4 дня — по 250 мг внутрь.

В таблице 1 представлено распределение пациентов первой группы по характеру выделенной микрофлоры.

Таблица 1. Распределение пациентов первой группы по характеру выделенной микрофлоры

Выявленные микроорганизмы	Число пациентов
<i>C.trachomatis</i> + <i>M.genitalium</i>	4
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i>	4
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.parvum</i>	2
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>U.parvum</i>	3
<i>C.trachomatis</i> + <i>M.hominis</i>	5

Во вторую группу пациентов вошли 18 человек, получавшие азитромицин по той же схеме, что и пациенты первой группы, одновременно назначали стандартизированный комплекс природных цитокинов и противомикробных пептидов (суперлимф) в виде свечей по 25 мкг, вводимых per rectum.

В таблице 2 представлено распределение пациентов второй группы по характеру выделенной микрофлоры.

Таблица 2. Распределение пациентов второй группы по характеру выделенной микрофлоры

Выявленные микроорганизмы	Число пациентов
<i>C.trachomatis</i> + <i>M.genitalium</i>	4
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i>	4
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.parvum</i>	2
<i>C.trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>U.parvum</i>	2
<i>C.trachomatis</i> + <i>M.hominis</i>	6

Результаты

Элиминация *C.trachomatis* достигнута у 16 (88,9%) из 18 пациентов первой группы, *M. genitalium* у 4 (100%) пациентов, *U.urealyticum* у 5 (71,4%) из 7 (у 2 пациентов — уменьшение уровня *U.urealyticum* ниже 10⁴), *U.parvum* — у 2 (66,7%) из 3, *M.hominis* — у 3 (60%) из 5 пациентов.

Элиминация *C.trachomatis* достигнута у 17 (94,4%) пациентов из 18 пациентов второй группы, *M.genitalium* у 2 (100%) пациентов, *U.urealyticum* у 3 (50%) из 6, *U.parvum* — у 3 (75%) из 4, *M.hominis* — у 3 (50%) из 6 пациентов. По сравнению с пациентами первой группы у пациентов, получавших комплексную терапию, показатели роста микробиоты органов мочеполовой системы снижались до значений нормофлоры. Результаты представлены в таблице 3.

Клиническая эффективность констатирована у 88,9% пациентов первой группы. В отдельных случаях для достижения клинического излечения не требовалось элиминации *U.parvum*, *M.hominis*, *U.urealyticum* при уменьшении их количественного содержания.

В графе «после комплексной терапии» и «после монотерапии» указан % случаев с выявленными изменениями уровня роста микробиоты, в остальных случаях уровень соответствовал норме

Таблица 3. Показатели состава микрофлоры (Log_{10}) при исследовании материала из уретры

Микроорганизмы	До терапии	После комплексной терапии	После монотерапии	Норма
стафилококки	6,5 ± 1,0	3,30 ± 0,70	1,0 ± 0,70	3—4
стрептококки	6,65 ± 0,56	2,45 ± 0,50	1,25 ± 0,50	2—3
пептострептококки	6,8 ± 1,0	3,6 ± 0,6	1,2 ± 0,6	2—3
гарднереллы	6,9 ± 0,8	2,54 ± 0,9	1,6 ± 0,9	2—3
дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	5,38 ± 0,7	1,93 ± 0,13	0,50 ± 0,01	2
коринебактерии	6,0 ± 1,9	2,6 ± 0,3	1,0 ± 0,2	2—3
бактероиды	5,4 ± 1,9	3,1 ± 0,5	1,4 ± 0,2	2
энтерококки	7,3 ± 0,58	4,07 ± 0,53	2,2 ± 0,3	2—4

Клиническая эффективность констатирована у 94,4% пациентов второй группы, при этом элиминация *U. parvum*, *M. hominis*, *U. urealyticum* отмечена не у всех пациентов. Кроме того, после проведения комплексной терапии отмечено снижение количественного содержания условно-патогенной микрофлоры и нормализация состояния микробиоценоза органов мочеполовой системы.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о целесообразности практического применения терапии, включающей азитромицин и комплекс природных цитокинов и противомикробных пептидов при смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции.

Литература

1. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. под ред. В. А. Молочкова, О. И. Иванова, В. В. Чеботарева. М., 2006.
2. Карамова А. Э., Поляков А. В., Комарова Н. В., Хамаганова И. В. Цервицит и *Ureaplasma urealyticum*. Российский журнал кожных и венерических болезней 2005; 6: 69—71.
3. Урпин М. В., Атауллаханов Р. И., Пичугин А. В., Баткаев Э. А. Совершенствование лечения урогенитального хламидиоза, осложненного хроническим простатитом, путем включения в комплекс лечебных мероприятий иммуномодулятора «Иммуномакс». Вестник последипломного медицинского образования», 2011, № 2—3: 32—36.
4. Хамаганова И. В., Кашеваров Д. Ф. Комплексное лечение урогенитального хламидиоза. Вестник дерматологии и венерологии. 2005, 5: 62—65.
5. Хамаганова И. В., Карамова А. Э., Поляков А. В., Комарова Н. В. Применение метода мультиплексной полимеразной цепной реакции для диагностики инфекций, передаваемых половым путем. Альманах клинической медицины. 2007, 15: 113—115.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ КИНЕМАТИЧЕСКОГО ВЫРАВНИВАНИЯ РОТАЦИИ ТИБИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА

С. В. Безверхий, Н. В. Загородний, Н. Г. Захарян, А. Т. Такиев, И. Д. Евсюкова, И. А. Садков
ГБУЗ ГKB № 31, г. Москва; Кафедра травматологии и ортопедии. Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва

- Резюме.** **Цель исследования.** Определить клинико-функциональные результаты после тотального эндопротезирования коленного сустава с кинематическим выравниванием тибияльного компонента стандартным инструментарием.
Дизайн исследования. Неконтролируемое обсервационное ретроспективное исследование серии случаев.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-функциональных результатов тотального эндопротезирования коленного сустава с кинематическим выравниванием тибияльного компонента у 32 пациентов в период с октября 2014 по январь 2015 гг. Для оценки и сравнения результатов использовали показатели, полученные по шкалам клиническая и функциональная шкалы AKSS и SF-12. Рентгенологическое исследование коленного сустава. Статистический анализ данных проводился с использованием Portable IBM SPSS Statistics v19. Период наблюдения составил 3 месяца. Средний возраст на момент операции составил 70 лет (от 51 до 82 лет).
Результаты. В послеоперационном периоде пациенты оценивают свои результаты как хорошие или отличные. В среднем по шкале AKSS-TCS 72,2, AKSS-TFS 68,0, SF-12 (физ) 44,2, SF-12 (пс) 56,3 ($p < 0,01$). Разница является статистически значимой. Средняя величина сгибания в коленном суставе в послеоперационном периоде составила 107 градусов. Ранних послеоперационных осложнений нами замечено не было.
Заключение. Ранние результаты применения кинематического выравнивания при эндопротезировании коленного сустава — расценены как удовлетворительные. Кинематическое выравнивание тибияльного компонента стандартным инструментарием позволяет значительно увеличить объем движений коленного сустава, улучшить клинико-функциональные результаты в раннем послеоперационном периоде.
- Ключевые слова:** коленный сустав, эндопротезирование коленного сустава, ориентация тибияльного компонента.
- Summary.** **Purpose.** To determine functional outcomes of kinematically aligned TKA.
Design. Retrospective study of case series.
Patients and Methods. We prospectively followed all patients who underwent TKA for primary osteoarthritis between Oct 2014 and Jan 2015 (32 patients). Each underwent kinematically aligned TKA with manual instruments. The average age was 70 years. All were preoperatively and postoperatively assessed using AKSS and SF-12 scores.
Results. All patients show high rate of patient satisfaction. The average AKSS-TCS 72,2, AKSS-TFS 68,0, SF-12 (func) 44,2, SF-12 (ps) 56,3 ($p < 0,01$) points after TKA. We also found an overall improvement in active forward flexion to 107°.
Conclusion. Kinematically aligned TKA with manual instruments fixed-bearing tibial component that can not adjust for malrotation reliably limited rotational mismatch to within the $0^\circ \pm 10^\circ$ range, which has been associated with better function and kinematics. Further reduction of the range of malrotation in the kinematically aligned TKA with manual instruments will require a more reliable way to set the rotation of the tibial component on the tibia.
- Key words:** Outcomes; total knee arthroplasty; kinematically aligned TKA.

Введение. Эндопротезирование коленного сустава является эффективным и часто единственным способом восстановления утраченной функции конечности. Успех эндопротезирования зависит от многих факторов, в том числе и ротационного соответствия бедренного и большеберцового компонентов [1]. Неправильная ротационная соотность приводит к болям, тугоподвижности сустава, ранней нестабильности компонентов эндопротеза, высокому уровню износа полиэтилена [2—6]. Работы многих авторов, в которых проводили исследования ротационного соответствия на примере эндопро-

тезов коленного сустава с подвижной платформой и сохранением крестообразной связки, показывают, что в 15% случаев нарушение ротационной соосности в положении полного разгибания находится в диапазоне $0 \pm 10^\circ$, а показатели, выходящие за рамки диапазона, приводят к снижению функциональных результатов.

В последнее время понятие кинематическое выравнивание компонентов эндопротеза получило интерес среди хирургов. Рандомизированные исследования кинематически выравненного эндопротеза коленного сустава, имплантированного по индивидуальным выполненным шаблонам, сообщили о большей удовлетворенности пациентов, лучшей функции, низкого уровня износа полиэтилена, и лучшей кинематики контакта, чем при механическом соответствии [8—11].

Стандартная техника установки ротации большеберцового компонента остается спорной. В настоящее время используют несколько экстраартикулярных ориентиров в том числе ось между лодыжками или ось 2-й плюсневой кости; медиальная часть или средняя треть бугристости и место прикрепления ЗКС к заднему краю б/берцовой кости. К сожалению эти ориентиры варьируются у разных пациентов и поэтому не всегда остаются точными. Интраартикулярные ориентиры, такие как задняя тибильная линия, межмышечковая ось б/берцового плато или линия вдоль межмышечкового возвышения не всегда представляется визуализировать при выраженной степени артроза [16].

Исходя из этого Lütznier с соавт. предположили, что хирургическая техника, которая позволит установить компоненты эндопротеза в кинематически правильном ротационном соответствии, используя обычный хирургический инструментарий, может обеспечить лучшую функцию и более физиологичную кинематику [1, 7].

В октябре 2009 года была разработана методика выполнения кинематического выравнивания эндопротезов коленного сустава стандартным инструментарием, что позволяет избежать дополнительных затрат на изготовление индивидуальных опилочных блоков [12—14].

При мануальном способе определения ротационного (наружное/внутреннее) положения тибильного компонента эндопротеза сопоставляют переднезаднюю ось тибильного компонента с линией, проведенной в переднезаднем направлении и делящей на две равные части овал заднего края суставной поверхности наружного мыщелка тибильного плато.

Целью данного метода является выравнивание большеберцового компонента: переднезадняя ось тибильного компонента перпендикулярно поперечной оси бедра, как в сгибании так и разгибании [8, 12, 13, 15].

В нашей работе, на примере установки ЭКС с фиксированной платформой при помощи стандартной хирургической техники, мы постарались определить

клинико-функциональные результаты в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Наша работа основана на анализе клинического материала и изучении ближайших послеоперационных результатов лечения пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава, оперированных в ортопедическом отделении ГКБ 31 г. Москвы.

В период с октября 2014 по январь 2015 гг. эндопротезирование коленного сустава с кинематическим методом выравнивания ротации тибильного компонента было выполнено 32 пациентам.

Среди 32 операций 29 (91%) произведено женщинам, 3 (9%) — мужчинам. Средний возраст пациентов составил 70 лет (от 51 до 82 лет).

Показаниями для выполнения ТЭКС были (1) выраженный болевой синдром с нарушением функции, неэффективность консервативного лечения (2) рентгенографические признаки выраженных артрозных изменений и (3) не выраженная варусная/вальгусная деформация.

При установке бедренного компонента использовалась стандартная хирургическая техника. Бедренный компонент устанавливали в положение 3° наружной ротации по отношению к задней мыщелковой линии или в нейтральном положении по отношению к трансэпикондиллярной линии при помощи интрамедуллярного направителя.

Однако перед резекцией большеберцовой кости на суставной поверхности большеберцовой кости очерчивался овал латерального мыщелка, через центр которого проводили продольную линию в переднезаднем направлении. Вдоль этой линии просверливали 2 отверстия в толще большеберцовой кости. После резекции проксимальной части большеберцовой кости, которую производили по экстрамедуллярному направителю, в просверленные отверстия вставляли пины, по которым восстанавливали линию, она же и являлась ориентиром для установки ротации тибильного компонента (рис. 1).

Среди установленных имплантов коленного сустава нами были использованы заднестабилизированные без сохранения задней крестообразной связки (ЗКС). Все эндопротезы были фиксированы на цемент.

Статистика. Все полученные в цифровом выражении результаты обрабатывались на персональном компьютере с помощью программы Portable IBM SPSS Statistics v19.

Результаты. До операции для оценки исходных данных нами были использованы две оценочные шкалы. Первая, SF-12 (The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey) — короткая форма состояния физического и психологического здоровья, которая оценивает качество жизни в общем виде, без указания на конкретное заболевание и возраст (Kreibich DN, 1996). Вторая, шкала оценки АКСС (American Knee Society Score), которая разделена на АКСС-TCS (клиническая шкала АКСС) и АКСС-TFS

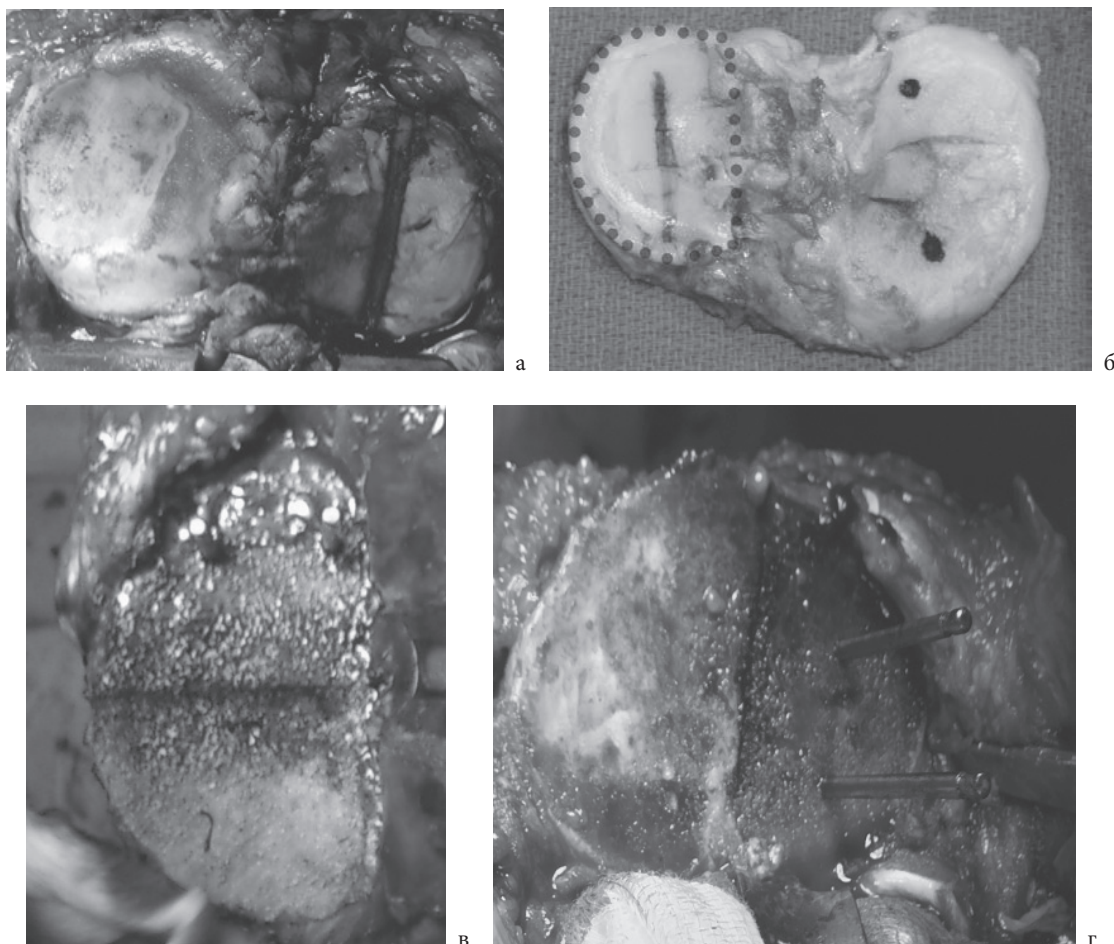


Рис. 1. Фотографии правого коленного сустава, показывающие шаги выравнивания ротации большеберцового компонента эндопротеза коленного сустава.

На суставной поверхности большеберцовой кости, очерчивались границы овальной формы. Через центр эллипса в передне-заднем направлении проводилась линия (полуось эллипса). По этой линии сверлом 3,2 мм просверливали два отверстия (а, б).

После резекции проксимального отдела большеберцового компонента в просверленные отверстия вводились пины, по которым в передне-заднем направлении проводилась линия. Эта линия являлась ориентиром по которому устанавливали ротацию большеберцового компонента (в, г)

(функциональная шкала AKSS) (Insall JN, 1989). Клинические результаты до операции отражены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, разница показателей AKSS-TCS, AKSS-TFS, SF-12 (физический), SF-12 (психический) до эндопротезирования коленного сустава не является статистически значимой ($p > 0,05$).

В послеоперационном периоде результаты улучшились. В среднем по шкале AKSS-TCS 72,2, AKSS-TFS 68,0, SF-12 (физ) 44,2, SF-12 (пс) 56,3.

Определение объема движений производилось с использованием гониометра по стандартным ориентирам, в сидячем положении пациента. До операции в среднем объем движений (сгибание/разгибание) составлял 99/0 градусов. Надо отметить, что оценку объема движений мы проводили дважды. Первично через 3—5 дней после операции и через месяц, после спадения отека и снижения болевого синдрома. Нами замечено, что уже при первом измерении средний объем движений составил 92 градуса. При

повторном измерении, через месяц после операции, в среднем объем движений (сгибание/разгибание) составил 107/0 градусов. Клинические результаты отражены в таблице 2

Заключение. Кинематическое выравнивание тиббиального компонента стандартным инструментарием позволяет значительно увеличить объем движений коленного сустава в раннем послеоперационном периоде.

Среднее время наблюдения за пациентами (3 месяца) — это небольшой период наблюдения, особенно для эндопротезирования. Поэтому невозможно сделать объективные выводы о долгосрочных клинико-функциональных результатах данного эндопротеза. Тем не менее, ранние результаты применения данного метода установки тиббиального компонента — расценены как удовлетворительные.

Планируется проведение дальнейшей работы по обследованию пациентов с целью изучения отдаленных результатов.

Таблица 1. Результаты сравнения медианных значений отдаленных результатов (количественные показатели) при эндопротезировании коленного сустава с подвижной и фиксированной платформой с помощью критерия Манна — Уитни

Название показателя	До операции (медианное значение)	Уровень значимости p	После операции (медианное значение)	Уровень значимости p
AKSS-TCS	42,0	0,064	72,2	0,890
AKSS-TFS	42,5	0,947	68,0	0,075
SF-12(физич)	34,0	0,752	44,2	0,032
SF-12(психич)	52,0	0,153	56,3	0,250

Таблица 2. Результаты сравнения медианных значений клинических результатов (количественные показатели) до и после эндопротезирования коленного сустава с помощью критерия Манна — Уитни

Название показателя	Медианное значение до операции	Медианное значение после операции	U статистика	Уровень значимости p
Объем движений (разгибание)	0	0	1302,0	0,498
Объем движений (сгибание)	99	107	0	0

Литература

- Lützner J, Krummenauer F, Gunther KP, Kirschner S. Rotational alignment of the tibial component in total knee arthroplasty is better at the medial third of tibial tuberosity than at the medial border. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010; 11:57.
- Barrack RL, Schrader T, Bertot AJ, Wolfe MW, Myers L. Component rotation and anterior knee pain after total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2001; 392(392): 46—55.
- Hofmann S, Romero J, Roth-Schiffel E, Albrecht T. Rotational malalignment of the components may cause chronic pain or early failure in total knee arthroplasty [in German]. *Orthopade.* 2003; 32(6):469—476.
- Wasielewski RC, Galante JO, Leighty RM, Natarajan RN, Rosenberg AG. Wear patterns on retrieved polyethylene tibial inserts and their relationship to technical considerations during total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 1994; 299:31—43.
- Bedard M, Vince KG, Redfern J, Collen SR. Internal rotation of the tibial component is frequent in stiff total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469(8):2346—2355.
- Nicoll D, Rowley DI. Internal rotational error of the tibial component is a major cause of pain after total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 2010; 92(9):1238—1244.
- Lützner J, Kirschner S, Günther KP, Harman M. Patients with no functional improvement after total knee arthroplasty show different kinematics. *Int Orthop.* 2012; 36(9):1841—1847.
- Dossett HG, Swartz GJ, Estrada NA, LeFevre GW, Kwasman BG. Kinematically versus mechanically aligned total knee arthroplasty. *Orthopedics.* 2012; 35(2): e160—e169.
- Howell SM, Hodapp EE, Kuznik K, Hull ML. In vivo adduction and reverse axial rotation (external) of the tibial component can be minimized. *Orthopedics.* 2009; 32(5):319.
- Howell SM, Hodapp EE, Vernace JV, Meade TD, Hull ML. Are undesirable contact kinematics minimized after kinematically-aligned total knee arthroplasty? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2012; 21(10):2281—2287.
- Howell SM, Howell SJ, Kuznik KT, Cohen J, Hull ML. Does a kinematically aligned total knee arthroplasty restore function without failure regardless of alignment category? *Clin Orthop Relat Res.* 2012; 471(3):1000—1007.
- Howell SM, Hull ML. Principles of kinematic alignment in total knee arthroplasty with and without patient-specific cutting blocks (OtisKnee). In: Scott S, ed. *Insall and Scott Surgery of the Knee.* Vol 1. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2012:1255—1268.
- Howell SM, Hull ML. Kinematic alignment in total knee arthroplasty: definition, surgical technique, and challenging cases. *Orthopedic Knowledge Online.* 2012; 10(7).
- Howell SM, Hull ML. Kinematically aligned TKA with MRI-based cutting guides. In: Thienpont E, ed. *Improving Accuracy in Knee Arthroplasty.* New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2012:207—232.
- Howell SM, Howell SJ, Hull ML. Assessment of the radii of the medial and lateral femoral condyles in varus and valgus knees with osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am.* 2010; 92(1):98—104.
- Akagi M, Matsusue Y, Mata T et al. Effect of rotational alignment on patellar tracking in total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 1999; 366: 155—163.

ОЦЕНКА РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕВЕРСИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ АРТРОПАТИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ

Н. В. Загородний, А. В. Николаев, О. С. Алексева, С. В. Безверхий

РУДН, кафедра травматологии и ортопедии

Резюме. **Цель исследования.** Определить функциональные результаты пожилых пациентов после реверсивного эндопротезирования плечевого сустава при артропатии на фоне повреждения вращательной манжеты.

Дизайн исследования. Неконтролируемое обсервационное ретроспективное исследование серии случаев.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ функциональных результатов реверсивного эндопротезирования плечевого сустава у 46 пациентов в период с 2010 по 2014 г. Для оценки и сравнения результатов использовали показатели, полученные по шкалам Constant, UCLA, рентгенологическое исследование плечевого сустава. Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программ STATISTICA (StatSoft, USA). Средний период наблюдения составил 28 месяцев (от 12 до 48 месяцев). Средний возраст на момент операции составил 76 лет (от 58 до 82 лет). Основным показанием к операции являлась артропатия плечевого сустава на фоне повреждения вращательной манжеты (стадия 1B и 2A по классификации Seebauer).

Результаты. Всего 73% (33 пациента) пациентов оценивают свои результаты как хорошие или отличные. Средний показатель по шкале Constant увеличился с 34 баллов до операции до 66 после операции, показатель по шкале UCLA — с 10 до 22. Разница является статистически значимой. Средняя величина переднего активного сгибания в плечевом суставе в послеоперационном периоде составила 115 градусов (от 75 до 180 градусов), отведения — 105 градусов (от 83 до 168). Средняя величина наружной ротации 18 градусов (от 5 до 32 градусов). Таким образом, статистически достоверно увеличился объем переднего сгибания и отведения конечности. Послеоперационные осложнения возникли у 13 пациентов (28%). Импинджмент в области нижнего края лопатки («нотчинг») был отмечен у 20 пациентов (43%). С течением времени, рентгенологические проявления «нотчинга» прогрессировали.

Заключение. Ранние результаты применения реверсивного эндопротеза при артропатии плечевого сустава на фоне повреждения вращательной манжеты — расценены как удовлетворительные. Тем не менее, в связи с высокой вероятностью осложнений, реверсивное эндопротезирование плечевого сустава не рекомендуется выполнять у пациентов моложе 65 лет, или пациентам с высокими функциональными требованиями.

Ключевые слова: функциональные результаты; артропатия плечевого сустава; реверсивное эндопротезирование.

Summary. Purpose. To determine functional outcomes of reverse shoulder arthroplasty in arthropathies with cuff tear.

Design. Retrospective study of case series.

Patients and Methods. We retrospectively reviewed functional results of reverse shoulder arthroplasties (RTSA) performed between 2010 and 2014. Clinical and radiographic assessment was performed in 46 patients with a average followup of 28 months (range 12—48 months). The average age was 76 years (range, 58—82 years). All were preoperatively and postoperatively assessed using Constant-Murley and UCLA scores. We identified complications and examined radiographs for notching. The indication for reverse shoulder arthroplasty was — cuff tear arthropathy, stage 1B or 2A (Seebauer).

Results. 73% patients show high rate of patient satisfaction. The average Constant score improved from 34 points to 66 points after RTSA. We also found an overall improvement in active forward flexion to 115° (75 to 180), in active abduction from to 105° (83 to 168), and in external rotation to 18° (5 to 32). The overall complication rate was 28%. Twenty of the 46 shoulders (43%) showed radiographic notching. There were no instances of loosening.

Conclusion. Reversed prosthetic replacement is a suitable method for restoring function and attaining pain relief in severe arthropathies. We determine high complication rate after RTSA, caution must be exercised when recommending reverse shoulder arthroplasty, especially in younger patients.

Key words: Outcomes; reverse shoulder arthroplasty; cuff tear arthropathy.

Введение

Артроз плечевого сустава, сопровождающийся дегенеративным повреждением вращательной манжеты — наиболее сложное патологическое состояние в хирургии плечевого сустава. Особенностью является выраженное повреждение не только костной ткани, но и окружающих сустав мягких тканей. Массивное повреждение сухожилий вращательной манжеты приводит к дестабилизации плечевого сустава с последующим верхним смещением головки плечевой кости, в итоге происходит выраженное повреждение как внутрисуставных, так и внесуставных элементов [2]. Артропатия плечевого сустава вследствие повреждения ротационной манжеты, как правило, является конечной стадией ряда дегенеративных процессов и воспалительных заболеваний мягких тканей плечевого сустава (первичного повреждения ротационной манжеты; воспалительных артритов с вторичным повреждением ротационной манжеты (ревматоидный артрит); деструктивных артритов, в том числе кристаллоидных (синдром плеча Milwaukee), а также первичного остеоартроза плечевого сустава с повреждением вращательной манжеты) [3].

Реверсивное эндопротезирование плечевого сустава, в разработке Grammont — значительно улучшило функциональные возможности пациентов, страдающих артропатией плечевого сустава на фоне повреждения вращательной манжеты [4]. Неанатомический дизайн протеза позволяет медиализировать центр ротации, увеличивая рычаг действия дельтовидной мышцы, что, в свою очередь, позволяет сохранить объем движений при отсутствии функции вращательной манжеты. К основным показаниям к реверсивному эндопротезированию плечевого сустава относятся — артропатия плечевого сустава на фоне разрыва вращательной манжеты, массивное невосстановимое повреждение вращательной манжеты, оскольчатые переломы проксимального отдела плечевой кости, ревизионные вмешательства по поводу несостоятельной гемиартропластики или тотального эндопротезирования плечевого сустава [5].

Частота осложнений реверсивного эндопротезирования плечевого сустава значительно выше, чем анатомического эндопротезирования. Выживаемость реверсивных эндопротезов также недостаточна изучена. При этом, многие авторы сходятся во мнении, что реверсивные эндопротезы должны применяться с особой осторожностью у молодых пациентов и у пациентов с повышенными функциональными требо-

ваниями. Использование реверсивного эндопротеза не рекомендуют у пациентов младше 65 лет [6—8].

Материалы и методы

В период с 2010 по 2013 гг. реверсивное эндопротезирование плечевого сустава по поводу артропатии, сопровождающейся повреждением вращательной манжеты, было выполнено 50 пациентам. Основные клинические проявления — болевой синдром, псевдопаралич плечевого сустава (невозможность активного отведения, переднего сгибания конечности выше 90 градусов, при сохраненном объеме пассивных движений) в результате повреждения вращательной манжеты.

Средний период наблюдения составил 28 месяцев (от 12 до 36 месяцев). За это время потеряна связь с 4 пациентами. В итоге, данные доступны для 46 пациентов.

Среди пациентов было 14 (30%) мужчин и 32 женщины (70%). Средний возраст составил 76 лет (от 58 до 82 лет) на момент операции.

Основным показанием к операции служила стадия артропатии 1B и 2A по классификации Seebauer. При стадии 1A и выраженной клинической картине, дополнительно выполняли КТ плечевого сустава с целью оценки состояния вращательной манжеты. Поражение вращательной манжеты признавали невосстановимым при сужении субакромиального пространства на передне-задних рентгенограммах менее 6 мм, а также при наличии жировой инфильтрации надостной и подостной мышц более 2 стадии по Goutallier.

Распределение пациентов в зависимости от стадии артропатии плечевого сустава по Seebauer представлено в таблице 1.

Техника операции. Всем пациентам оперативное вмешательство проводилось с применением дельтопекторального доступа, в положении «пляжное кресло». Хирургическая техника соответствовала стандартной методике. Всем пациентам был установлен эндопротез фирмы «DePuy» Delta Xtend. Метаглен располагали по нижнему краю гленоида, фиксировали по стандартной методике без использования цемента. В 13 случаях (28%) использовали цементную, а в 33 случаях (72%) — бесцементную фиксацию ножки эндопротеза.

Пациенты начинали пассивную разработку движений с 1 дня с момента операции. В течение 4 недель конечность находилась на косыночной повязке. Наружная ротация, внутренняя ротация ограничива-

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от стадии артропатии плечевого сустава по классификации Seebauer

Стадия артропатии плечевого сустава по Seebauer	Кол-во пациентов	%
1A	3	7%
1B	28	60%
2A	15	33%
2B	0	0
Всего:	46	100%

лись в течение 2 недель для защиты сухожилия подлопаточной мышцы.

Стандартный клинический осмотр пациентов проводился до и после оперативного вмешательства. На каждом осмотре проводилось клиническое и рентгенологическое исследование. Контрольные осмотры пациентов проводились через 6 недель, 3 месяца, 6 месяцев и далее 1 раз в год с момента операции. Во время клинического осмотра определяли объем движений. Результаты оценивались согласно шкале Constant, шкале UCLA, визуальной аналоговой шкале боли. Проводилось стандартное рентгенографическое исследование плечевого сустава в передне-задней и аксиальной проекциях. По данным рентгенограмм оценивали наличие признаков «нотчинга» и/или нестабильности в области установки эндопротеза. Выраженность «нотчинга» оценивали согласно классификации Nerot, описанной Sirveaux.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программ STATISTICA (StatSoft, USA). Доверительный интервал (ДИ) определяли с использованием коэффициента доверительной вероятности 95%. Сравнение относительных частот осложнений внутри одной и в нескольких группах проводили на основе сравнения ДИ. Если ДИ двух групп не перекрывались, то различия частот считали статистически значимыми (с уровнем значимости 0,05, анализировали 95% ДИ). Соответственно, если интервалы перекрывались, то различия считали статистически незначимыми.

Результаты

Результаты за период наблюдения до 1 года, за период 1—3 года после операции представлены в таблице 2. Всего 73% (33 пациента) пациентов оценивают свои результаты как хорошие или отличные. 39 пациентов (85%) на время наблюдения не имели болевого синдрома или имели минимальный болевой синдром.

Функциональные результаты в послеоперационном периоде статистически достоверно превосходят изначальные показатели (таблица 2). Средний показатель по шкале Constant увеличился с 34 баллов до операции до 66 после операции, показатель по шкале UCLA — с 10 до 22. Разница является статистически значимой. Результаты по шкалам Constant, UCLA Shoulder rating scale незначительно разли-

чались в зависимости от пола, возраста, несмотря на небольшую выборку в каждой группе. Средняя величина переднего активного сгибания в плечевом суставе в послеоперационном периоде составила 115 градуса (от 75 до 180 градусов), отведения — 105 градусов (от 83 до 168). Активная наружная ротация — не изменилась — 18 и 23 градуса после установки эндопротеза. Средняя величина наружной ротации 18 градусов (от 5 до 32 градусов). У всех пациентов внутренняя ротация не превышала уровень ягоды. Таким образом, статистически достоверно увеличился объем переднего сгибания и отведения конечности. Объем наружной и внутренней ротации не изменился.

Был проведен сравнительный анализ функциональных результатов пациентов через год и через 1—3 года после эндопротезирования плечевого сустава. При оценке результатов с течением времени, статистически значимого снижения показателей отмечено не было. Между группами не было найдено статистически значимой разницы. Объем активных движений в плечевом суставе через год и через 1—3 года достоверно не отличались.

Осложнения. Послеоперационные осложнения возникли у 13 пациентов (28%). Перечень осложнений представлен в таблице 3.

Вывихи эндопротеза произошли у 7 пациентов (54%). 2 из них — ранние, менее 6 недель после операции. В обоих случаях выполнено ревизионное вмешательство по замене вкладыша на больший по высоте. В последствии — вывихи не повторялись. В 5 случаях — вывихи эндопротеза произошли в позднем послеоперационном периоде. В 2 случаях лечение заключалось в закрытой репозиции и иммобилизации конечности с удовлетворительным последующим результатом. У 3 пациентов, в связи с повторными вывихами, потребовалось ревизионное вмешательство по замене вкладыша.

Инфекционные осложнения возникли у 3 пациентов (23%). В 2 случаях потребовалось удаление эндопротеза с установкой спейсера. Через полгода реверсивный эндопротез был установлен повторно. В 1 случае проводилась замена вкладыша, дебридемент послеоперационной раны.

У 1 пациента (8%) в послеоперационном периоде произошел перипротезный перелом плечевой кости

Таблица 2. Функциональные результаты пациентов через 1 год, через 1—3 года после реверсивного эндопротезирования плечевого сустава

	До операции	После операции (1 год)	После операции (1—3 года)	Среднее улучшение (1—3 года)	P
Шкала Constant (8—100)	34±16	68±24	66±19	32	<0,005
Шкала UCLA (2—35)	10±4	28±6	22±10	12	<0,005
Переднее сгибание	72±38	119±34	115±37	43	<0,005
Отведение	57±20	112±39	105±28	48	<0,005
Наружная ротация	18±14	23±10	18±10	0	<0,005
Болевой синдром (0—10)	7,4	1,8	3,2	4,2	<0,005
Удовлетворение пациента (1—5)	1,2	3,9	4,1	2,9	<0,005

в связи с травмой, была выполнена открытая репозиция, остеосинтез пластиной.

У 2 пациентов (15%) отмечены признаки нейропатии лучевого нерва в раннем послеоперационном периоде. Проводилось консервативное лечение. Явления нейропатии регрессировали через 6 и 8 месяцев, соответственно.

Всего было выполнено 10 ревизионных операций. Из них 6 по замене вкладыша, 2 — удаления компонентов эндопротеза и установка спейсера, 2 вмешательства по повторной установке реверсивного эндопротеза.

Наиболее частым осложнением в данных наблюдениях является вывих эндопротеза. При оценке результатов пациентов не было выявлено значимого снижения функциональных показателей.

Рентгенологическая оценка. При рентгенологической оценке результатов не было выявлено признаков нестабильности компонентов эндопротеза ни в одном случае.

Импинджмент в области нижнего края лопатки был отмечен у 20 пациентов (43%). Во всех случаях область костного разряжения не превышала 5 мм и не достигала нижнего винта. Классификация осуществлялась по схеме Nerot. С течением времени, явления «нотчинга» прогрессировали. Средние показатели функциональных результатов были ниже у пациентов с признаками импинджмента, но статистически значимой разницы выявлено не было (таблица 4).

Заключение

Реверсивное эндопротезирование плечевого сустава позволяет восстановить движения в плечевом суставе при дегенеративных заболеваниях и травмах, сопровождающихся повреждением вращательной манжеты.

Реверсивное эндопротезирование позволяет значительно увеличить объем переднего сгибания и отведения в плечевом суставе. При этом величина наружной и внутренней ротации — ограничена в связи с особенностями эндопротеза.

В предоперационном периоде у всех пациентов выявлены низкие функциональные показатели и ограниченный объем движений. Установка реверсивного эндопротеза позволила в среднем улучшить функциональные показатели пациентов на 40%.

При этом необходимо отметить, что в послеоперационном периоде после установки РТЭПС выявлено высокое количество осложнений — 28%. Из них 8 — потребовало ревизионного вмешательства. Наиболее частым осложнением является вывих эндопротеза. В большинстве случаев ранних вывихов — потребовалась ревизионная операция по замене вкладыша на больший, при вывихах в отсроченном послеоперационном периоде проводилось консервативное лечение с хорошим функциональным результатом.

В данных наблюдениях признаки «нотчинга» отмечены в 43% случаев. Прослеживается его влияние на снижение функциональных результатов. Поскольку «нотчинг» может приводить к нестабильности гленоидного компонента, необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами. На настоящий момент, признаков нестабильности не выявлено ни у одного пациента.

Полученные показатели сравнимы с результатам других исследователей, опубликованными в доступной научной литературе [9—12].

Среднее время наблюдения за пациентами (28 месяцев) — это небольшой период наблюдения, особенно для эндопротезирования. Поэтому невозможно сделать объективные выводы о долгосрочных функ-

Таблица 3. Осложнения после реверсивного эндопротезирования плечевого сустава

Осложнение	Количество пациентов
Вывих эндопротеза	
—ранний (< 6 недель)	2
—поздний	5
	всего 7 (54%)
Инфекционные осложнения	3 (23%)
Перипротезный перелом плечевой кости	1 (8%)
Нейропатия лучевого нерва	2 (15%)
Всего:	13

Таблица 4. Средние показатели функциональных результатов в зависимости от признаков «нотчинга»

	«Нотчинг» (20 пациентов)	Нет признаков «нотчинга» (26 пациентов)	p
Шкала Constant (8—100)	68,4	72,0	0,49
Шкала UCLA (2—35)	27,1	28,4	0,26
Переднее сгибание	113	125	0,30
Отведение	105	114	0,41
Наружная ротация	23	18	0,30
Болевой синдром (0—10)	2,4	2,1	0,32
Удовлетворение пациента (1—5)	3,5	3,8	0,27

циональных результатах и выживаемости данного эндопротеза. Тем не менее, ранние результаты применения реверсивного эндопротеза при артропатии вращательной манжеты — расценены как удовлетворительные.

Реверсивное эндопротезирование плечевого сустава обеспечивает значительное улучшение функциональных результатов пациентов в раннем послеоперационном периоде. Несмотря на высокую частоту послеоперационных осложнений, большая часть из них не оказывает влияния на функциональные результаты пациентов. Тем не менее, реверсивное эндопротезирование не рекомендуется выполнять у пациентов моложе 65 лет или пациентов с высокими функциональными требованиями. Высокую вероятность послеоперационных осложнений необходимо обсуждать с пациентом.

Литература

1. Boileau P, Watkinson D, Hatzidakis AM, Hovorka I. Neer Award 2005: The Grammont reverse shoulder prosthesis: results in cuff tear arthritis, fracture sequelae, and revision arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15:527—540.
2. Frankle M, Siegal S, Pupello D, Saleem A, Mighell M, Vasey M. The reverse shoulder prosthesis for glenohumeral arthritis associated with severe rotator cuff deficiency: a minimum two-year follow-up study of sixty patients. *J Bone Joint Surg Am.* 2005; 87:1697—1705.
3. Sirveaux F, Favard L, Oudet D, Huguet D, Walch G, Mole D. Grammont inverted total shoulder arthroplasty in the treatment of glenohumeral osteoarthritis with massive rupture of the cuff: results of a multicentre study of 80 shoulders. *J Bone Joint Surg Br.* 2004;86:388—395.
4. Franklin JL, Barrett WP, Jackins SE, Matsen FA 3rd. Glenoid loosening in total shoulder arthroplasty: association with rotator cuff deficiency. *J Arthroplasty.* 1988;3:39—46.
5. Goutallier D, Postel JM, Bernageau J, Lavau L, Voisin MC. Fatty muscle degeneration in cuff ruptures: pre- and postoperative evaluation by CT scan. *Clin Orthop Relat Res.* 1994;304: 78—83.
6. Guery J, Favard L, Sirveaux F, Oudet D, Mole D, Walch G. Reverse total shoulder arthroplasty: survivorship analysis of eighty replacements followed for five to ten years. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:1742—1747.
7. Levigne C, Boileau P, Favard L, Garaud P, Mole D, Sirveaux F, Walch G. Scapular notching in reverse shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2008;17:925—935.
8. Nyffeler RW, Werner CM, Gerber C. Biomechanical relevance of glenoid component positioning in the reverse Delta III total shoulder prosthesis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005;14:524—528.
9. Rittmeister M, Kerschbaumer F. Grammont reverse total shoulder arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis and non reconstructible rotator cuff lesions. *J Shoulder Elbow Surg.* 2001;10: 17—22.
10. Seebauer L, Walter W, Keyl W. Reverse total shoulder arthroplasty for the treatment of defect arthropathy. *Oper Orthop Traumatol.* 2005;17:1—24.
11. Simovitch RW, Zumstein MA, Lohri E, Helmy N, Gerber C. Predictors of scapular notching in patients managed with the Delta III reverse total shoulder replacement. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:588—600.
12. Werner CM, Steinmann PA, Gilbert M, Gerber C. Treatment of painful pseudoparesis due to irreparable rotator cuff dysfunction with the Delta III reverse-ball-and-socket total shoulder prosthesis. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:1476—1486.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

*А. В. Бутров, М. В. Петрова, Ш. Д. Бихарри (Викки), Н. Н. Пулина**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии медицинского института РУДН; *ГКБ № 64, Москва*

Резюме.

В последние годы проблема формирования белково-энергетической недостаточности (БЭН) и ее коррекция у больных в отделениях интенсивной терапии является актуальной. Особый интерес представляет проблема коррекции БЭН у пациентов с острым ишемическим инсультом (ОИИ), находящихся на ИВЛ. Однако в настоящее время остаются нерешенными вопросы целевой нутритивной терапии.

Цель. Улучшение результатов лечения больных ишемическим инсультом, находящихся на ИВЛ, путем адекватной коррекции белково-энергетической недостаточности.

Материал и методы. Обследовано 105 пожилых пациентов с ОИИ, находящихся на ИВЛ с 2011—2014 г., выделены 3 группы. Группа А: коррекция БЭН с помощью уравнения Харриса-Бенедикта, группа В: с использованием данных аппарата непрямой калориметрии, группа С: коррекция БЭН проводилась согласно данным непрямой калориметрии и потерям азота в суточной моче. Во всех группах были измерены нутритивный статус (НС): антропологическими и лабораторными методами, уровень сывороточного общего белка, альбумина и трансферрина, энергопотребности и потери азота в суточной моче. Результаты были обработаны в SPSS statistics v21.

Результаты. При обследовании через 15 дней после поступления в ОРИТ отмечали значительное ухудшение НС у всех пациентов в группе А, тогда как в группе В и С, НС оставался почти без изменения. Через 30 дней ухудшение НС наблюдалось в группе В у 75% больных тогда как в группе С НС не изменился. 30-дневная летальность в группе А составляла 88%, в группе В — 57% и в группе С — 46%. Концентрация сывороточного белка снижалась в группе А и В, тогда как в группе С показатели оставались на нормальной допустимой уровне. Также отмечено достоверное превышение суточных потерь азота с мочой у больных группы А и В по сравнению с группой С.

Вывод. БЭН является одной из причин летальности у пациентов с ОИИ находящихся на ИВЛ. Адекватная коррекция существующей БЭН позволяет уменьшить проявления гиперкатаболизма у больных острой стадии ишемического инсульта и снизить 30-дневную летальность.

Ключевые слова: нутритивный статус, острый ишемический инсульт, белково-энергетическая недостаточность, непрямая калориметрия.

Summary.

In recent years the problem of protein-energy malnutrition (PEM) and its correction in critically ill patients in the intensive care units (ICU) remains a challenge. However, there is little information about the correction of PEM in patients with the acute ischemic stroke (AIS) under mechanical ventilation.

Aim. To improve the treatment of patients suffering from ischemic stroke under mechanical ventilation by adequate correction of PEM.

Material and methods. 105 elderly patients suffering from AIS under mechanical ventilation were examined from 2011—2014 and were divided into 3 groups. Group A: correction of PEM using the Harris-Benedict's equation, group B: using the indirect calorimetry and group C: correction of PEM was carried out according to data from indirect calorimetry and loss of protein in 24hr-urine nitrogen. Nutritional status (NS) in all the groups by anthropological and laboratory methods, as well as, the level of serum protein, albumin and transferrin, the daily resting required energy and nitrogen loss in 24hr-urine nitrogen were measured. Results were processed in SPSS statistics v21.

Results. A considerable deterioration of NS was noted among all patients in group A, whereas in group B and C NS had little changes. After 30 days, the mortality rate in group A was 88%, in group B — 57% and in group C — 46%. Deterioration of NS was then observed in group B up to 75% of patients, whereas in group C NS was not affected. Serum protein decreased in group A and B, whereas in group C these indicators remained normal. Considerable losses of proteins in 24hr-urine nitrogen were also noted in group A and B, in comparison with group C.

Conclusion. PEM is one of the causes of high mortality rate in mechanically ventilated patients suffering from AIS. Adequate correction of the existing PEM allows to reduce hyper-catabolic

syndrome among patients in acute phase of ischemic stroke and thus lowers the 30-day mortality rate.

Key words: nutritional status, acute ischemic stroke, protein-energy malnutrition, indirect calorimeter.

Введение. В последнее десятилетие число больных с ишемическим инсультом головного мозга увеличилось в полтора раза в связи с демографическим старением населения. Ежегодно 795 000 человек переносят инсульт, из них 610 000 впервые. Большинство пациентов — люди пожилого и старческого возраста [1—5].

Инсульт является второй по частоте причиной смертности во всем мире. В России инсульт также занимает второе место в структуре летальности после кардиоваскулярной патологии. Несмотря на существование и грамотное исполнение «Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», зарегистрированного в Минюсте РФ 27 февраля 2013 г. (регистрационный № 27353), сохраняется высокая 30-дневная летальность — 35—44% [9].

Особенностью метаболического ответа у больного ишемическим инсультом является наличие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма: повышение расхода энергетических субстратов в сочетании с толерантностью тканей к их усвоению. В то же время, при тяжелом течении инсульта имеет место неадекватное поступление питательных веществ, причинами которого являются дисфагия, когнитивные и другие неврологические нарушения [6—8].

Нарастающая нутритивная недостаточность в острой фазе гиперметаболизма приводит к истощению функциональных резервов организма [7].

Проспективное когортное исследование демонстрирует снижение массы тела с преобладанием потери мышечной массы у больных острой фазы инсульта головного мозга. Присутствие признаков белково-энергетической недостаточности (БЭН) у данного контингента пациентов связано с повышенным риском неблагоприятного функционального исхода, возникновением ранней нозокомиальной пневмонии и других инфекций, появлением острых стрессорных язв и желудочно-кишечного кровотечения и пролежней [6, 8, 9].

БЭН не только увеличивает срок пребывания пациентов в стационаре, но и уменьшает шансы больного на отлучение от респиратора. Известно, что 25—30% пациентов с ишемическим инсультом нуждаются в искусственной вентиляции легких в связи с изменением центральной регуляции паттерна дыхания. У данной категории больных отмечается более высокая летальность, чем в целом при ишемическом инсульте (67—81%) [10, 15—17].

Таким образом, белково-энергетическая недостаточность (БЭН) в различной степени развивается практически у каждого больного в острой фазе ишемического инсульта. Следовательно, главная цель нутритивной поддержки в острой фазе ишемического инсульта состоит в том, чтобы предотвратить или уменьшить осложнения от БЭН [11]. Учитывая особенности метаболизма при критических состояниях,

физиологичность энтерального пути введения нутриентов, в последнее время разработаны эффективные программы нутритивной поддержки на основе сочетания парентерального питания (ПП) и энтерального питания (ЭП) [6, 12].

В мировой литературе существует достаточно доказательств о положительном эффекте энтерального питания на пациентов в критических состояниях, но и также имеется несколько исследований, ставящих под сомнение назначение энтерального питания в катаболическую фазу постагрессивного периода [18—21]. Так например, рандомизированные, контролируемые исследования не показали различий в изменениях в массе тела, толщине кожно-жировой складки трицепса (ТЖКСт) или окружности мышц плеча после назначения дополнительной питательной добавки методом сиппинга по сравнению с установленным лечебном питанием [12—14].

Таким образом, одним из важнейших компонентов интенсивной терапии тяжелых поражений головного мозга, повышающим эффективность лечения больного в остром периоде, является нутритивно-метаболическая терапия. Однако, принимая во внимание неоднозначные результаты исследований эффективности нутритивной терапии, программы коррекции метаболических расстройств при лечении инсульта головного мозга нуждаются в дальнейшей оптимизации.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения больных ишемическим инсультом, находящихся на ИВЛ, путем адекватной коррекции белково-энергетической недостаточности.

Материалы и методы.

Исследование проводилось с 2011 по 2014 год в отделении реанимации для неврологических больных ГКБ № 64, г. Москва. В исследование включено 105 больных ишемическим инсультом, находящихся на ИВЛ (диагноз верифицирован при КТ или ЯМР).

Критерии включения: ишемический инсульт в первые 6 часов заболевания, возраст — старше 60 лет, отсутствие адекватного самостоятельного дыхания, гиперкапния ($p\text{CO}_2$ больше 55 мм рт. ст.) и гипоксемия ($p\text{O}_2$ меньше 80 мм рт. ст. при инфуляции O_2 до 10 л/мин), уровень сознания по шкале Глазго от 5 до 8 баллов, перевод на ИВЛ в первые 24 часа от поступления в стационар, возможность проведения нутритивной поддержки в течение минимум 7 дней.

Критерии исключения: уровень сознания по шкале Глазго менее 5 и более 8 баллов, наличие у пациента почечной недостаточности, диареи (невозможность корректной оценки потерь азота), гемодинамическая нестабильность (невозможность адекватного проведения нутритивной поддержки), необходимость использования высоких концентраций O_2 ($\text{FiO}_2 > 0,6$) при проведении ИВЛ.

Группы исследования:

- группа А: ретроспективная группа за 2011—2012 гг. Все больные ишемическим инсультом, находящиеся на ИВЛ (нутритивная терапия проводилась согласно расчетным энергопотребностям по уравнению Харриса-Бенедикта) $n = 35$;
- группа В: проспективная группа, больные на ИВЛ (нутритивная терапия проводилась согласно данным непрямой калометрии) $n = 35$;
- группа С: проспективная группа, больные на ИВЛ (нутритивная терапия проводилась согласно данным непрямой калометрии и потерям азота в суточной моче) $n = 35$.

Группы были сравнимы по диагнозу, срокам начала лечения (первые 6 часов от начала заболевания), по возрасту (средний возраст в группах: А — $73,5 \pm 7,4$, В — $76,9 \pm 6,5$, С — $75,7 \pm 8,1$ лет, достоверных различий нет), по наличию коморбидной сопутствующей патологии, по неврологическому статусу.

Различия в группах — по схемам назначения нутритивной поддержки: всем пациентам раннее энтеральное питание назначали в период от 24 до 48 часов от поступления в стационар в соответствии с принятым в клинике протоколом. Больным группы С осуществляли таргетную персинифицированную нутритивную терапию (по данным мониторинга энергопотребностей и потерь азота).

При проведении исследования использовали блок непрямой калометрии аппарата ИВЛ «Engtrom Carestation» (измеряли VO_2 и VCO_2 , RQ, REE (ккал/сутки), проводили определение азота в суточной моче и расчет азотистого баланса, исследование общепринятых лабораторных показателей (гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов и лимфоцитов, АЛТ, АСТ, глюкоза крови), определение общего белка, альбумина, трансферрина в сыворотке крови, определение антропометрических данных пациентов (ОМП, ТКЖК трицепса и индекс массы тела) каждые 6 дней. Массу тела больного определяли взвешиванием в помощью многофункциональной кровати со встроенными весами (Hill Rom, США). Антропометрические и лабораторные критерии оценки питательного статуса у исследуемых больных представлены в таблице 1.

При определении энергопотребностей расчетным методом использовали уравнение Харриса-Бенедикта $BMR = 66 + 13,8 W + 5 H + 6,8 A$ (ккал/сут) (муж.) $BMR = 655 + 9,6 W + 1,8 H - 4,7 A$ (ккал/сут) (жен.), где W — вес (кг), H — рост (см), A — возраст (лет). Из поправочных коэффициентов использовали: фактор активности — постельный режим 1,1; фактор стресса (заболевания) 1,2; температурный фактор 1,0.

С целью поддержания оптимального термобаланса головного мозга проводили краниоцеребральную гипотермию с помощью аппарата АТТ-01 отечественного производства.

Статистическую обработку данных осуществляли при помощи программы SPSS Statistics. Проводили анализ сравнения средних по Т-критерию для неза-

висимых выборок, корреляционный анализ путем оценки коэффициента корреляции Спирмана.

Таблица 1. Антропометрические и лабораторные критерии оценки питательного статуса

Параметры	Норма	Недостаточность питания		
		легкая	средняя	тяжелая
Баллы	3	2	1	0
ИМТ, кг/м ²	25—19	19—17,5	17,5—15,5	< 15,5
Окружность плеча, см				
мужчины	29—26	26—23	23—20	< 20
женщины	28—25	25—22,5	22,5—19,5	< 19,5
Толщина кожно-жировой складки трицепса, см				
мужчины	10,5—9,5	9,5—8,4	8,4—7,4	< 7,4
женщины	14,5—13	13—11,6	11,6—10,1	< 10,1
Окружность мышц плеча, см				
мужчины	25,7—23	23—20,5	20,5—18	< 18
женщины	23,5—21	21—18,8	18,8—16,5	< 16,5
альбумин, г/л	> 35	35—30	30—25	< 25
трансферрин, г/л	> 2,0	2,0—1,8	1,8—1,6	< 1,6
лимфоциты $\times 1000$	> 1,8	1,8—1,5	1,5—0,9	< 0,9
Сумма	21	20—14	13—7	< 7

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе питательного статуса больных в острой стадии ишемического инсульта показано, что при поступлении доля больных с недостаточностью питания составила в группе А — 57%, в группе В — 51%, в группе С — 51%. Достоверных различий по данному параметру в исследовательских группах не выявлено (таблица 2).

При анализе питательного статуса на 15 день показано, что доля больных с недостаточностью питания выросла в группе А до 100%, в группе В доля больных с ухудшением питательного статуса увеличилась до 58%; в группе С показатели остались практически прежними (54%). Летальность при этом в группе А составила 49%, в группе В — 11%, в группе С 15-дневной летальности не отмечено.

Анализ питательного статуса и летальности на 30 день наблюдения: группа А — 88% летальности, группа В — доля больных с недостаточностью питания возросла до 75%, летальность при этом составила 54%, группа С — доля больных с ухудшением питательного статуса осталась прежней (53%) при 30-дневной летальности 46%.

При проведении корреляционного анализа выявлен коэффициент корреляции 0,997 при $p < 0,05$, что указывает на наличие сильной корреляционной связи между состоянием питательного статуса и уровнем летальности у больных острой фазой ишемического инсульта. Отсутствие ухудшения питательного статуса у больных группы С во время 30-дневного наблюдения рассматривалось нами как результат адекватной коррекции белково-энергетической недостаточности в острой фазе ишемического инсульта.

При анализе энергопотребностей у больных в острой фазе ишемического инсульта выявлено, что в группе А потребность в энергии, вычисленная по формуле Харриса-Бенедикта, при

поступлении составила 2088 ± 223 ккал/сутки ($28,9 \pm 5,4$ ккал/кг/сутки). В группе В энергопотребность (по формуле Харриса-Бенедикта) была сравнима с результатами больных из группы А и составила 2067 ± 212 ккал/сутки ($27,8 \pm 5,3$ ккал/кг/сутки) тогда как по данным непрямого калориметрии в группе В REE составляла 1716 ± 152 ккал/сутки ($22,9 \pm 3,2$ ккал/кг/сутки). Различия достоверны ($p < 0,05$). В группе С энергопотребность по формуле Харриса-Бенедикта (Х-Б) составила 2089 ± 206 ккал/сутки ($27,5 \pm 4,7$ ккал/кг/сутки), а по результатам непрямого калориметрии $1780 \pm 175,8$ ккал/сутки ($23,3 \pm 3,4$ ккал/кг/сутки). Различия также достоверны ($p < 0,05$) Мониторинг энергопотребностей по данным непрямого калориметрии в период наблюдения до 30 дней показал, что снижение энергопотребностей у больных группы С наступило после 10 дней лечения, тогда как в группе В на 20 сутки (таблица 3).

При исследовании уровня сывороточного альбумина выявлено, что данный показатель при поступлении в стационар был сравним во всех 3 группах (таблица 4). В первые 10 суток отмечено достоверное снижение уровня альбумина во всех группах: до $28,83 \pm 1,61$ г/л в группе А, до $29,00 \pm 1,33$ г/л и $29,00 \pm 2,82$ г/л в группе В и С соответственно. С 12 суток в группе С отмечалась тенденция к росту (между 1 и 15 сут. различия достоверны), тогда как в группах А и В уровень сывороточного альбумина продолжал снижаться. Данный факт мы также связываем с применением таргетной нутритивной поддержки у больных группы С (таблица 4).

Известно, что маркером катаболизма белков является экскреция азота мочевины мочи. При исследовании потерь азота в суточной моче выявлено: через 48 ч после госпитализации потери азота в суточной моче были в группе А — $12,81 \pm 2,01$ г; в группе В — $13,09 \pm 2,12$ г; в группе С — $13,24 \pm 2,07$ г. Различия не-

Таблица 2. Питательный статус и летальность у больных в острой фазе ишемического инсульта при поступлении, на 15 и 30 день наблюдения

Группы	Нутритивный статус	При поступлении (количество больных)	После 15 суток (количество больных)	После 30 суток (количество больных)
А	Норма	15	0	0
	Нарушение	20	18	4
	Летальность	0	19 (54%)	31 (88%)
В	Норма	17	13	4
	Нарушение	18	18	11
	Летальность	0	4 (11%)	20 (57%)
С	Норма	17	16	11
	Нарушение	18	19	8
	Летальность	0	0	16 (46%)

Таблица 3. Определение энергопотребностей у больных исследуемых групп расчетным методом (Х-Б) и по данным непрямого калориметрии (REE)

Группа	Х-Б	REE 1 день	REE 5 день	REE 10 день	REE 15 день	REE 20 день	REE 25 день	REE 30 день	Р
А	2088 ± 223								
В	2067 ± 212	$1716^* \pm 152$	$2103^* \pm 128$	$1958^* \pm 91$	1862 ± 79	1756 ± 76	1659 ± 85	$1573^* \pm 70$	$< 0,05$
С	2089 ± 206	$1780^* \pm 179$	1987 ± 196	1749 ± 145	1649 ± 163	1647 ± 128	1642 ± 119	$1633,7 \pm 107$	$< 0,05$

* — различия достоверны ($< 0,05$) между данными, полученными расчетным методом и методом непрямого калориметрии

Таблица 4. Динамика показателей сывороточного альбумина у больных в острой фазе ишемического инсульта

Альбумин (г/л) Группа	День 1	День 5	День 10	День 15	День 20	День 25	День 30
А	$36,06 \pm 2,41$	$30,86^* \pm 1,64$	$28,83 \pm 1,61$	$27,44 \pm 1,46$	$26,50 \pm 1,18$	$26,33 \pm 0,94$	$25,50 \pm 0,50$
В	$35,91 \pm 1,96$	$30,83^* \pm 1,46$	$29,00 \pm 1,33$	$27,87 \pm 1,41$	$26,93 \pm 1,44$	$26,94 \pm 1,51$	$26,14 \pm 1,30$
С	$35,27 \pm 3,13$	$29,00^* \pm 2,65$	$29,00 \pm 2,82$	$33,45^* \pm 2,54$	$33,78 \pm 1,99$	$33,50 \pm 2,23$	$33,65 \pm 2,19$

* — различия достоверны ($< 0,05$)

Таблица 5. Динамика потерь азота с суточной мочой у больных в острой фазе ишемического инсульта

Потери азота г/л Группа	День 1	День 4	День 8	День 12	День 16	День 22	День 28
А	12,81	16,87*	18,07*	18,35	18,45	17,0	
В	13,19	16,76*	17,50	17,86	18,20	17,82	17,59
С	13,24	16,51*	15,88	12,83*	11,83	11,0	9,69*

* $p < 0,05$

достоверны. На 4-й день госпитализации отмечено увеличение потерь азота во всех трех группах; группа А — $16,87 \pm 1,47$ г, группа В — $16,76 \pm 1,43$ г и группа С — $16,51 \pm 1,77$ г, что соответствует представлениям о гиперметаболизме у больных в критических состояниях, находящихся на ИВЛ.

При дальнейшем мониторинге потерь азота отмечено дальнейшее увеличение азота суточной мочи у больных групп А и В, тогда как у больных группы С выявлено достоверное снижение данного показателя с 12 суток с последующей достоверной регрессии до нормальной величины — $9,69 \pm 1,56$ г (таблица 5). Данные результаты подтверждают положение об уменьшении уровня катаболической реакции при адекватном поступлении протеинов и других нутриентов. При отсутствии адекватной коррекции белково-энергетической недостаточности происходит дальнейшее нарастание процессов катаболизма.

Заключение. Больные в острой стадии ишемического инсульта с неадекватным самостоятельным дыханием — контингент больных с крайне высоким уровнем летальности, одной из причин которой является белково-энергетическая недостаточность различной степени выраженности. Результаты нашего исследования показали, что адекватная коррекция существующей БЭН позволяет уменьшить проявления гиперкатаболизма у больных острой стадии ишемического инсульта и снизить 30-дневную летальность. Планирование нутритивно-метаболической терапии по показателям уравнения Харриса-Бенедикта приводит к гипералиментации, так как истинные энергопотребности больных с инсультом, находящихся на ИВЛ, достоверно ниже измеренных расчетным путем.

Таким образом, таргетная персонифицированная нутритивная поддержка может быть обеспечена только путем строго мониторинга потерь азота и определением энергопотребностей с помощью метода непрямой калометрии.

Литература.

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1): e2-e220.
2. National Stroke Association website. Stroke 101. http://www.stroke.org/site/DocServer/STROKE_101_Fact_Sheet.pdf?docID=4541. Accessed March 22, 2013.
3. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2009, With Special Feature on Medical Technology. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2010.
4. <http://www.cdc.gov/nchs/data/has/has09.pdf>. Accessed October 29, 2012.
5. Liao Y, Greenlund KJ, Croft JB, Keenan NL, Giles WH. Factors explaining excess stroke prevalence in the US Stroke Belt. *Stroke*. 2009 Oct;40(10):3336—3341.
6. Jonsson AC, Lindgren I, Norrving B, Lindgren A. Weight loss after stroke: a population-based study from the Lund Stroke Register. *Stroke*. 2008;39(3):918—923.
7. Brynningsen PK, Damsgaard EM, Husted SE. Improved nutritional status in elderly patients 6 months after stroke. *J Nutr Health Aging*. 2007;11(1):75—79.
8. FOOD Trial Collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. *Stroke*. 2003;34(6):1450—1456.
9. Yoo SH, Kim JS, Kwon SU, Yun SC, Koh JY, Kang DW. Undernutrition as a predictor of poor clinical outcomes in acute ischemic stroke patients. *Arch Neurol*. 2008;65(1):39—43.
10. Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin North Am*. 2006;90:887—907.
11. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z. DGEM (German Society for Nutritional Medicine); Lenzen-Grossimlinghaus R, Krysz U, Pirlich M, Herbst B, Schutz T, Schroer W, Weinreb W, Ockenga J, Lochs H. ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr*. 2006;25(2):330—360.
12. Rabadi MH, Coar PL, Lukin M, Lesser M, Blass JP. Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. *Neurology*. 2008;71(23):1856—1861.
13. Dennis M, Lewis S, Cranswick G, Forbes J. FOOD Trial Collaboration. FOOD: a multicentre randomised trial evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke. *Health Technol Assess*. 2006 Jan;10(2): III-IV, IX-X, 1—120.
14. Dennis MS, Lewis SC, Warlow C; FOOD Trial Collaboration. Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005 Feb 26-Mar 4;365(9461):755—63.
15. Berrouschot JI, Rössler A, Köster J, Schneider D. Mechanical ventilation in patients with hemispheric ischemic stroke. *Crit Care Med*. 2000 Aug;28(8):2956—61.
16. Mei-Chuan Hung, Hsin-Ming Lu, Likwang Chen, Fu-Chang Hu, Soa-Yu Chan, Yuan-Horng Yan, Po-Sheng Fan, Ming-Shian Lin, Cheng-Ren Chen, Lu-Cheng Kuo, Chong-Jen Yu, and Jung-Der Wang corresponding. Life expectancies and incidence rates of patients under prolonged mechanical ventilation: a population-based study during 1998 to 2007 in Taiwan. *Crit Care*. 2011; 15(2): R107.
17. Thorsten Steiner, Gabriel Mendoza, Michael De Georgia, Peter Schellinger, Rolf Holle, Werner Hacke. Prognosis of Stroke Patients Requiring Mechanical Ventilation in a Neurological Critical Care Unit. *Stroke*. 1997; 28: 711—715.
18. Gamze Akbulut. New perspective for nutritional support of cancer patients: Enteral/parenteral nutrition. *Exp Ther Med*. 2011 Jul-Aug; 2(4): 675—684.
19. Bozzetti F1, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition. *Clin Nutr*. 2009 Aug;28(4):445—54.
20. Alpers DH, Stenson WF, Bier DM. Enteral Nutrition Therapy. In: Manual of Nutritional Therapeutics (Fourth Edn). Lippincott Williams and Wilkins., 2002;309—46.
21. Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust Nutrition Support Team. Parenteral Nutrition Guidelines (Adults). Parenteral Nutrition Guidelines Ver. 2.7, 2004;1—30.

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ТРОПИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ: LARVA MIGRANS, ГНАТОСТОМОЗ, КОЖНЫЙ АМЕБИАЗ И ТРОМБИКУЛЁЗ

TROPICAL DERMATOLOGY: CUTANEOUS LARVA MIGRANS, GNATHOSTOMIASIS, CUTANEOUS AMEBIASIS AND TROMBICULIASIS

Eichelmann K, Tomecki KJ, Martínez JD. Semin Cutan Med Surg. 2014 Sep;33(3):133—5.

В современном мире люди имеют возможность легко и быстро путешествовать по всему миру. Наиболее часто в путешествиях встречаются такие расстройства, как лихорадка, диарея и различные дерматозы, проявления которых редко сохраняются до возвращения из поездки. В статье рассмотрены четыре наиболее распространенных в Америке инфекционных поражения кожи, имеющих важное значение для практикующего дерматолога, перечислены клинические проявления и варианты лечения Larva

migrans, гнатостомоза, кожного амёбиоза и тромбикулёза.

In today's world, many people can travel easily and quickly around the globe. Most travel-related illnesses include fever, diarrhea, and skin disease, which are relatively uncommon in returning travelers. We review four of the most common emerging infestations and skin infections in the Americas, which are important to the clinical dermatologist, focusing on the clinical presentation and treatment of cutaneous larva migrans, gnathostomiasis, cutaneous amebiasis, and trombiculiasis.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕОРИИ СЕТЕЙ

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF TOPICAL DRUGS IN DERMATOLOGIC PRIORITY DISEASES: GEOMETRY OF RANDOMIZED TRIAL NETWORKS

Karimkhani C¹, Dellavalle RP². J Invest Dermatol. 2015 Jan;135(1):16—7. doi: 10.1038/jid.2014.380.

Информация об авторах:

¹ Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, New York, USA.

² [1] Department of Dermatology, Colorado School of Public Health, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado, USA [2] Department of Epidemiology, Colorado School of Public Health, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado, USA [3] Department of Dermatology, Denver Veterans Administration Hospital, Denver, Colorado, USA.

В статье рассматриваются основы теории сетей, одной из ветвей прикладной математики, имеющей большое прикладное значение в различных областях. Маруани и соавт. (2014) использовали теорию сетей для анализа структуры доказательной базы при лечении различных дерматозов. Это яркий пример новаторского характера теории сетей: отображение слож-

ной системы в абстрактной проекции для облегчения анализа предмета. Данная интерпретация опирается на две концепции: разнообразие и схожесть. В статье представлено математическое обоснование этих понятий в виде краткого обзора. Кроме того, разобраны примеры применения теории сетей в других дерматологических аспектах, также как в других областях науки и техники.

This commentary explores the fundamentals of network theory, a branch of applied mathematics that has numerous applications in many fields. Maruani et al. (2014) used network theory to analyze the geometry of the evidence base for dermatologic treatments. This is a prime example of the innovative nature of network theory: the mapping of a complex system into an abstract geometry for easier analysis. The interpretation rests upon the two concepts of diversity and co-occurrence. The mathematical foundation of these concepts is briefly reviewed. In addition, examples of the application of network geometry in other dermatologic settings as well as in science and technology are presented.

БОЛЬШЕ ЧЕМ ПРОСТО ФИЛЛЕР — РОЛЬ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПОДДЕРЖАНИИ КОЖНОГО ГОМЕОСТАЗА

MORE THAN JUST A FILLER — THE ROLE OF HYALURONAN FOR SKIN HOMEOSTASIS

Andereg U¹, Simon JC, Averbeck M. Exp Dermatol. 2014 May;23(5):295—303.

Информация об авторах:

¹ Department of Dermatology, Venerology and Allergology, University of Leipzig, Leipzig, Germany.

В последние годы гиалуроновая кислота (ГК) становится все более привлекательной, как вещество с неиммуногенными свойствами используемое в качестве филлера в косметологии. Несмотря на широкое использование ГК для восстановления и омо-

ложения кожи немного известно о различиях в её молекулярной структуре и взаимодействующих белках в нормальной и патологически изменённой коже. Для дальнейшего развития препаратов на основе ГК необходимо полное понимание её влияния на кожный гомеостаз. В обзоре приводится новая информация о структурах кожи основанных на ГК, её метаболизме и его регуляции, свойствах и фармакологической адресности ГК.

Ключевые слова: филлеры; гиалуроновая кислота; метаболизм; кожа; регенерация кожи.

In recent years, hyaluronan (HA) has become an increasingly attractive substance as a non-immunogenic

filler and scaffolding material in cosmetic dermatology. Despite its wide use for skin augmentation and rejuvenation, relatively little is known about the molecular structures and interacting proteins of HA in normal and diseased skin. However, a comprehensive understanding of cutaneous HA homeostasis is required for future the development of HA-based applications for skin regeneration. This review provides an update on HA-based structures, expression, metabolism and its regulation, function and pharmacological targeting of HA in skin.

Key words: fillers; hyaluronan; metabolism; skin; skin regeneration

КОЖНЫЙ БАРЬЕР ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ SKIN BARRIER IN ATOPIC DERMATITIS

Kezic S¹, Novak N², Jakasa I³, Jungersted JM⁴, Simon M⁵, Brandner JM⁶, Middelkamp-Hup MA⁷, Weidinger S⁸.
Front Biosci (Landmark Ed). 2014 Jan 1;19:542—56.

Информация об авторах:

¹ Coronel Institute of Occupational Health, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

² Department of Dermatology and Allergy, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn, Germany.

³ Laboratory for Analytical Chemistry, Department of Chemistry and Biochemistry, Faculty of Food Technology and Biotechnology, University of Zagreb, Pierottijeva 6, 10000 Zagreb, Croatia.

⁴ Department of Dermatology, Roskilde Hospital, University of Copenhagen Køgevej 7—13, 4000 Roskilde, Denmark.

⁵ CNRS-INSERM-University of Toulouse, UMR5165, CHU Purpan, Place du Dr. Baylac, TSA40031, 31059, Toulouse, Cedex 9, France.

⁶ Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Martinistrasse 52, 20246 Hamburg, Germany.

⁷ Department of Dermatology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, PO Box 22700, 1100 DE Amsterdam, The Netherlands.

⁸ Department of Dermatology, Allergology, and Venerology, University Hospital Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Schittenhelmstrasse 7, 24105 Kiel, Germany.

Кожа является самым крупным органом тела человека, выполняя жизненно важную функцию со-общения организма с окружающей средой. Наследственные и приобретенные изменения структурных белков и липидов рогового слоя, ослабление межклеточных связей в эпидермисе ведут к снижению барьерной функции кожи и являются основными причинными факторами для ряда кожных заболеваний, и в частности атопического дерматита (АД). В обзоре представлены современные аспекты роли кожного барьера в отношении патогенеза и лечения АД, данные о взаимосвязи между нарушениями кожного барьера и иммунитета, а также приведены возможные методы лечения, направленные на восстановление кожного барьера. Кроме того, приводятся последние достижения в области генетики и возможности их применения в лечении АД.

The skin represents the largest organ of the body and provides a vital interface between the body and the environment. Hereditary and acquired alterations of structural proteins and lipids of the stratum corneum and epidermal tight junctions leading to a diminished skin barrier function are major causative factors for a number of skin diseases, in particular atopic dermatitis (AD). This review summarizes current knowledge on the role of the skin barrier in AD with regard to pathogenesis and treatment, on the relationship between skin barrier abnormalities and immune aberrations, and on potential therapies aimed at repair of the skin barrier. Furthermore recent advances in the genetics of AD will be addressed.

МИКОЛОГИЯ

ПОДКОЖНЫЕ (ГЛУБОКИЕ) МИКОЗЫ SUBCUTANEOUS (DEEP) FUNGAL INFECTIONS

Elgart GW¹.

Semin Cutan Med Surg. 2014 Sep;33(3):146—50.

Информация об авторах:

¹ Department of Dermatology, University of Miami Miller School of Medicine, FL, USA. elgart@med.miami.edu

Грибковые инфекции — частая проблема на приёме врача-дерматолога. В то время как в большинстве случаев в практике встречаются поверхностные инфекции, важно уметь вовремя распознать и начать лечение глубоких микозов, являющихся причиной

длительной нетрудоспособности и высокой смертности. Глубокие микозы имеют определённую симптоматику и, кроме того, выявляются при помощи лабораторной диагностики (гистологическое, серологическое или культуральное исследования). При определении культуры гриба необходимо различать кожную инфекцию и инфекцию с первичной лёгочной локализацией, что важно для выбора дальнейшей тактики ведения и лечения таких больных. Этот обзор поможет определить ключевые моменты в обследовании и лечении глубоких микозов.

Fungal infection is a common clinical problem in dermatology. While most cases in practice are superficial

infections, invasive subcutaneous mycoses are important to recognize and treat, as these conditions often have significant morbidity and mortality. Deep fungi demonstrate species-specific syndromes and may be identified by clinical and histological features in addition to serological evaluation and culture. Identification of the common inoculation subcutaneous mycoses, as well as those associated with pulmonary primary infection and dissemination to the skin is important, as treatments vary by organism and clinical setting. This overview will help to identify the key dermatological presentations of subcutaneous fungal infection, and the clues they give to cause.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОФИТИЙ

WHAT'S NEW IN THE TREATMENT AND DIAGNOSIS OF DERMATOPHYTOSIS?

Laniosz V¹, Wetter DA.

Semin Cutan Med Surg. 2014 Sep;33(3):136—9.

Информация об авторах:

¹ Department of Dermatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

Поверхностные грибковые инфекции кожи и ногтей достаточно распространены и обычно доставляют пациентам существенные неудобства. Кроме того, пациентов беспокоят внешние проявления этого заболевания. Эволюция грибов развивалась в направлении паразитирования на коже людей, однако, прогресс их лечения и диагностики не столь стремителен. Тем не менее, в последнее время появляются новые открытия в лечении и диагностике дерматофитий. Разработаны методы наружного лечения, основанные на облучении, также был проведен первый метаанализ противогрибкового лечения. С появлением

молекулярных методов диагностики выявление дерматофитов вышло на новый уровень, стало более качественным и специфическим.

Superficial fungal infections of the skin and nails are common in humans and can cause patients substantial discomfort. Additionally, patients may find the physical appearance of these infections to be distressing. Although the infectious fungi have evolved to parasitize humans, the ability to treat and diagnose fungal infections has been slower to progress. Nevertheless, there are promising new advancements in the treatment and diagnosis of dermatophyte infection. New topical and light-based treatments for dermatophytoses are available, and the first meta-analysis of topical antifungal treatments has been performed. Diagnostic improvements are forthcoming for dermatophytoses with the advent of molecular techniques for rapid identification and speciation of dermatophytes.

ВЕНЕРОЛОГИЯ

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Fuchs W¹, Brockmeyer NH.

J Dtsch Dermatol Ges. 2014 Jun;12(6):451—63.

Информация об авторах:

¹ Ruhr-Universität Bochum, Clinic for Dermatology, Venerology and Allergology.

Ни в каких других областях медицины редкие инфекции 1980—90-х не проявляются вновь также часто, как это происходит в венерологии, что может быть связано с мобильностью населения. Повышение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), в Европе, а также увеличение антибиотикорезистентности бросают специалистам здравоохранения новые вызовы. По оценкам ВОЗ, во всем мире каждый год регистрируется более 340 миллионов случаев заболеваний. Заболеваниями, вызванными ИППП, в строгом смысле являются сифилис, гонорея, паховый лимфогранулематоз и мя-

кий шанкр. В более широком смысле, все болезни, путем передачи которых является сексуальный контакт, можно отнести к заболеваниям, передаваемым половым путём. Термин «сексуальный контакт» следует рассматривать широко, начиная с близкого физического контакта до всех вариантов полового акта. В этой статье даётся обзор наиболее распространенных ИППП. Также, наравне с базовыми аспектами будут рассмотрены новые веяния в диагностике и лечении.

In no other medical field former rare infections of the 1980(th) and 1990(th) occur again as this is seen in the field of venerology which is as well based on the mobility of the population. Increasing rates of infections in Europe, and increasing bacteriological resistances face health professionals with new challenges. The WHO estimates more than 340 million cases of illnesses

worldwide every year. Diseases caused by sexually transmitted infections (STI) in a strict sense are syphilis, gonorrhoea, lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale, and chancroid. In a wider sense, all illnesses are included which can mainly be transmitted through sexual contact. The term «sexual contact» has to be seen

widely, from close physical contact to all variants of sexual behavior. This CME article is an overview of the most common occurring sexually transmitted infections in clinical practice. Both, basic knowledge as well as recent developments are discussed below.

УРОЛОГИЯ

ВЫБОР РАДИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ЛУЧШЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТАТЫ WHAT IS THE BEST RADIOLOGICAL METHOD TO PREDICT THE ACTUAL WEIGHT OF THE PROSTATE?

Kiliç M¹, Ozdemir AT, Altinova S, Atmaca AF, Canda AE, Balbay MD.

Turk J Med Sci. 2014;44(1):31—5.

Информация об авторах:

¹ Department of Urology, Yozgat State Hospital, Turkey.

Сравнение веса простаты после радикальной простатэктомии с весом простаты перед операцией, определённым при помощи различных методов визуализации.

Материалы и методы: Вес простаты оценивался перед операцией радикальной простатэктомии методами абдоминальной ультрасонографии (ТАУС), трансректального УЗИ (ТРУЗИ) и компьютерной томографии (КТ). Простату взвешивали после операции и рассчитывали фактический вес простаты.

Результаты. В исследование включили 163 пациентов, средний возраст которых составил $64,2 \pm 6,4$ (диапазон: от 45 до 76) лет. Средний послеоперационный вес простаты $54,7 \pm 27,9$ г. Предоперационные объёмы простаты, рассчитанные ТАУС, ТРУЗИ и КТ, составили $50,2 \pm 24,1$, $50,7 \pm 24,6$ и $62,7 \pm 28,2$ мл ($P < 0,001$). Фактический вес простаты измерялся с помощью электронных весов и коррелировал с массой простаты, рассчитанной каждым из 3 методов, лучшим из которых стало ТРУЗИ.

Заключение. Фактический вес простаты лучше всего оценивается при помощи ТРУЗИ. Тем не менее, врачи должны учитывать, что при использовании пе-

речисленных методов визуализации могут возникать некоторые ошибки и отклонения.

We compared the weight of the prostate specimen extracted after radical prostatectomy with preoperatively estimated weights of the prostate by different imaging techniques.

Materials and methods. Prostate weights were estimated by transabdominal ultrasonography (TAUS), transrectal ultrasonography (TRUS), and computed tomography (CT) preoperatively before radical prostatectomy. Prostatectomy specimens were weighed postoperatively and the actual prostate weights were calculated. Statistical analyses were done using 95% confidence intervals with repeated measurement analysis of variance and intraclass correlation coefficients.

Results. Of the 163 patients enrolled in the study, the mean age was 64.2 ± 6.4 (range: 45 to 76) years. The mean postoperative prostate weight was 54.7 ± 27.9 g. Preoperative mean prostate volumes calculated by TAUS, TRUS, and CT were 50.2 ± 24.1 , 50.7 ± 24.6 , and 62.7 ± 28.2 mL, respectively ($P < 0.001$). The actual prostate weight measured using an electronic scale was correlated with the estimated prostate weight in each of 3 methods, the best of which was that of TRUS.

Conclusion. The actual prostate weight is best estimated by measurements done with TRUS. However, clinicians should consider that some errors and deviations may occur with these imaging techniques.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОДТИПОВ КАЛЬЦИФИКАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ АССОЦИАЦИЯ С РАКОМ ПРОСТАТЫ

PREVALENCE OF PROSTATIC CALCIFICATION SUBTYPES AND ASSOCIATION WITH PROSTATE CANCER

Smolski M¹, Turo R², Whiteside S³, Bromage S², Collins GN².
Urology. 2015 Jan;85(1):178—81.

Информация об авторах:

¹ Department of Urology, Stepping Hill Hospital, Stockport, United Kingdom..

² Department of Urology, Stepping Hill Hospital, Stockport, United Kingdom.

³ Medical Statistic Department, The University of Manchester, Wythenshawe Hospital, Manchester, United Kingdom.

Цель. Для оценки распространенности и классификации процесса кальцификации предстательной

железы проводилось трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и сопоставление его результатов с результатами гистологического исследования.

Методы. Проспективное слепое исследование мужчин, перенесших ТРУЗИ и биопсию предстательной железы. В воспроизводимой стандартизированной методике были использованы мультипланарные зонды 7,5—12,5 МГц. Применялись характерные изображения кальцификации в сагиттальной и поперечной плоскостях. Результаты ТРУЗИ были сопоставлены с данными гистологического исследования и соответствующим образом классифицированы.

Результаты. У 274 пациентов (58,8%) выявлен рак простаты, у 88 пациентов (18,9%) воспаление простаты, 104 пациента (22,3%) имели доброкачественную патологию. Явления кальцификации присутствовали у 42,3% больных. Необычная локализация кальцификации периферической или переходной зоны была выявлена у 6,8% и 9,0% соответственно. Среди больных с кальцификацией в периферической зоне 78,1% больных имели гистологически подтвержденный рак простаты ($P = 0,020$).

Заключение. В статье описаны особенности явления кальцификации предстательной железы, её распространённость, а также дана практически значимая классификация. Хотя явления кальцификации являются общими и не связаны с какой-либо конкретной патологией, кальцификация в периферической зоне предстательной железы, возможно, связана с раком простаты.

Objective. To evaluate the prevalence and to classify prostatic calcification on transrectal ultrasonography (TRUS) and correlate the findings with histology.

Methods. A prospective, blinded study of men undergoing TRUS and prostatic biopsy was designed. A standardized reproducible technique was used with a BK 7.5 to 12.5 MHz multiplanar probe. Representative images of the calcification in the sagittal and transverse planes were captured. Blind analysis by an experienced observer was performed. TRUS findings were categorized using a novel classification and correlated with histologic data.

Results. A total of 274 patients (58.8%) had prostate cancer, 88 patients (18.9%) inflammation, and 104 patients (22.3%) had benign pathology. Interface calcification was present in 42.3% of patients. Peripheral or transitional zone calcification was unusual (6.8% and 9.0%, respectively). Of the peripheral zone calcification group patients, 78.1% had cancer on histology examination ($P = .020$).

Conclusion. Prevalence and characteristics of prostatic calcification have been described using this novel and practical classification. Although interface calcification is common and not associated with any particular pathology, peripheral zone calcification appears to be strongly associated with prostate cancer.

ТЕРАПИЯ

ТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА (ТТП) ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA (TTP) FOLLOWING CORONARY ARTERY BYPASS: CASE SERIES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Jubelirer SJ, Ratliff HL, Cotes DJ, Riley MA, Welch CA. *W V Med J.* 2015 Jan-Feb;111(1):10—4.

Представлены 10 случаев тромботической тромбocyтопенической пурпуры (ТТП), последовавших за операцией на сердце, начиная с ноября 1998. Объектом исследования стало определение вероятности возникновения ТТП после аорто-коронарного шунтирования (АКШ), а также определение возможной терапии. Всем пациентам было проведено АКШ, четверым также была проведена замена аортального клапана, шестерым — митрального клапана. Восемь пациентов имели определённые изменения психического состояния и/или необъяснимую лихорадку. Всем пациентам проводилась процедура плазмафереза в течение 5—24 дней, девяти пациентам потребовался гемодиализ или постоянная заместительная почечная терапия. У всех больных при выписке нормализовалось количество тромбоцитов, ЛДГ, функция почек и психическое состояние. Ни у одного из пяти выживших пациентов не отмечалось реци-

дива в промежутке от 8 месяцев до 6 лет. Ранняя диагностика указанного синдрома и скорейшее начало применения плазмафереза имеют важное значение для благоприятного исхода.

We reviewed 10 cases of thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) following cardiac surgery since November 1998. The object of the study was to define the natural history of post-CABG-TTP and to assess response to therapy. All patients underwent CABG; four also underwent aortic valve replacement and six mitral valve replacement. Eight patients had mental status changes and/or unexplained fever. All patients received plasmapheresis ranging from 5 to 24 days and nine required hemodialysis or continuous renal replacement therapy. All had significant improvement in their platelet count, LDH, renal function, and mental status changes at discharge. None of the five surviving patients has relapsed at follow-up ranging from 8 months to 6 years. Early recognition of this syndrome and early institution of plasmapheresis are important for a favorable outcome.

**СИНДРОМ ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ
CYCLIC VOMITING SYNDROME**

Adamiak TR, Jensen MJ.

S D Med. 2015 Jan;68(1):9–11, 13.

Синдром циклической рвоты (СЦР) характеризуется однотипными эпизодами интенсивной рвоты, разделенными периодами хорошего самочувствия. Показана тесная связь между СЦР и мигренью, проявляющаяся множеством сходных симптомов и одинаковым лечением. Существуют определённые критерии для постановки диагноза СЦР, однако до сих пор не разработаны специфические методы диагностики, что может привести к задержке постановки диагноза. Разработанный шаблон обследования и лечения направлен на облегчение скорейшей постановки правильного диагноза и на подбор адекватного

лечения, что приведёт к значительному улучшению качества жизни больных с СЦР.

Cyclic vomiting syndrome (CVS) is characterized by stereotypical episodes of intense vomiting separated by periods where the individual feels completely well. There is a strong link between CVS and migraine headaches, with many overlapping symptoms and similarities in treatment. There are consensus criteria for CVS diagnosis, but there is no specific diagnostic test, and there is often a delay in diagnosis resulting in a high degree of morbidity. Recognizing the CVS vomiting pattern can facilitate earlier diagnosis and treatment, which can greatly improve the quality of life for CVS patients.

ТЕЗИСЫ ВЕСЕННЕЙ СЕССИИ XXI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИМПОЗИУМА «НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ: НАУКА И ПРАКТИКА»

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ С УЧЕТОМ СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА В МИКОЛОГИИ

Е. В. Герасимчук, В. В. Гладько, М. Ю. Герасимчук

ФГБУ «З ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ», ФГБОУ МГУПП МИУВ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, г. Москва

Актуальность: учитывая очевидность взаимосвязи психической составляющей и кожных заболеваний, на современном этапе особо актуальной становится проблема диагностики психосоматической патологии.

Цель: оценить состояние психоэмоциональной сферы микологических больных, проанализировать актуальность включения в протоколы ведения психотропных препаратов (седативных и антидепрессантов) с учетом социальных, возрастных, гендерных и соматических особенностей.

Материалы и методы. Катамнез амбулаторных медицинских карт, скрининг-анкетирование 38 больных в возрасте от 49 до 89 лет с медианой 74,5 года, из которых женщины составили 17 человек (44,7%), мужчины — 21 (55,3%). В целях верификации соматического и психического состояний и стандартизации результатов была проведена психопатологическая и психометрическая оценка с применением МКБ-10, шкал, рекомендованных для эпидемиологических исследований (шкала оценки тревоги (А) и депрессии (D) — HADS, дерматологический индекс качества жизни — ДИКЖ (DLQI) и индекса КИОТОС, для оценки тяжести инфекционного процесса. У всех больных цитологически верифицирован диагноз дерматофитии ногтей и стоп [B35.1] и дерматофитии кожи стоп [B35.3] с поражением от 1 до 10 ногтевых пластинок, от 16 до 30 баллов (КИОТОС). Сочетанные дерматозы были распределены следующим образом: красный плоский лишай — 1, атопический дерматит — 4, псориаз — 4, себорейный дерматит — 7, розацеа — 7. Сопутствующая соматическая патология: заболевания сердечно-сосудистой системы — у 19 больных, мочеполовой — у 8, эндокринной — у 10 (СД, заболевания ЩЖ: аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз), органов ЖКТ — у 16 (ЯБЖ, холецистит), злокачественные новообразования — у 11. По социальному статусу все пациенты — пенсионеры МО РФ и члены их семей. Согласно классификации ВОЗ, все больные были разделены по возрасту на: людей среднего возраста (n=5)

(от 49 до 59 лет), пожилых людей (n=17) (от 60 до 74), старых (n=16) от 75 до 89 лет.

Результаты: у людей среднего возраста средний уровень тревоги (А) составил 6 баллов, средний уровень депрессии (D) =7 баллов; у пожилых А=5,2, D=6; у старых А=6,4, D=7. Распределение по гендерному признаку: женщины А=7, D=8; мужчины А=5, D=6. По данным HADS, индивидуальные показатели тревоги колебались от 0 до 17 баллов, депрессии от 1 до 13 баллов, что достоверно соответствует клинически выраженным симптомам у конкретных больных. Субклиническая тревога (А>7) — при сочетанном псориазе (А=8, D=6), себорейном дерматите (А=8, D=6). Субклиническая депрессия (D>7) — при розацеа (А=7, D=8), тотальном онихомикозе (А=7, D=8). При нейродермите А=2, D=7. При сопутствующей онко-патологии была установлена клинически выраженная (А≥11) тревога и депрессия (А=12, D=11). Субклинически выраженная — при сердечно-сосудистой патологии (А=8, D=8). Субклиническая депрессия — при заболеваниях ЩЖ (А=4, D=8).

Субклиническая тревога — при заболеваниях органов ЖКТ (А=8, D=5), СД (А=9, D=5). Таким образом, суб- и клиническая тревога и депрессия была диагностирована при сочетанном псориазе, себорейном дерматите, розацеа, тотальном онихомикозе, сопутствующей онко- и соматической патологии.

Выводы: 1) В данном исследовании не прослеживалась корреляционная связь между возрастом и уровнями тревоги и депрессии. 2) В группе женщин, по сравнению с мужчинами, наблюдались субклинические уровни депрессии, требующие включения психофармакотерапии в протоколы ведения, средние показатели тревоги и депрессии были выше на 2,2 и 1,7 единицы, соответственно. 3) Эмоциональный статус больных зависел от сопутствующих дерматозов и соматической патологии, наиболее клинически выраженные признаки тревоги и депрессии наблюдались при злокачественных новообразованиях кожи и внутренних органов.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИППП, ОСЛОЖНЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА АЭЛТИС-СИНХРО-02

Э. А. Баткаев, М. В. Урпин

Российский Университет Дружбы Народов

Хронический простатит является актуальной междисциплинарной медицинской проблемой ввиду широкой распространенности и трудности лечения данного заболевания. Основным фактором в развитии ХП считают инфицирование каналикулярным путем микроорганизмами из уретры урогенитальными инфекциями и условно-патогенным микроорганизмам. Большую роль в поддержании воспаления играют конгестивные явления в простате.

Для лечения хронического бактериального простатита в настоящее время применяются антибиотики широкого спектра действия. Они достаточно эффективны, но нередко приводят лишь к уменьшению симптоматики и временному улучшению самочувствия больного. Связано это с тем, что вместе с воспалительными изменениями в простате развиваются нейротрофические изменения и микроциркуляторные нарушения, требующие дополнительного лечения, в частности различных методов физиотерапии.

Нами проводилось лечение 78 мужчин с обострением хронического простатита на фоне генитальных инфекций. При обследовании выявлены у 38,5% мужчин уреоплазмы, у 34,6% микоплазмы, у 20,5% пациентов хламидии, у 14,1% человек — трихомонады, у 3,9% человек — генитальный герпес, у 22% гарднереллы. Важно отметить, наиболее часто у 26,9% пациентов встречались миксты уреоплазм и микоплазм, у 8,9% пациентов миксты хламидий с уреамикоплазмами, у 2,6% трихомонады и хламидии. Гарднереллы и кандиды выступали в качестве сопутствующей инфекции, клинически это проявляясь в виде баланопостита реже протекало бессимптомно.

Пациенты были разделены на 2 группы. Обследование, лечение, клинико-лабораторный мониторинг

проходил в лечебно-консультативном медицинском центре кафедры клинической микологии и дерматовенерологии ГОУ РУДН. Возраст больных варьировал от 21 до 55 лет. Длительность заболевания: от 1 года до 15 лет. Большинство больных прошли ранее лечение ХП по стандартным методикам. Первой группе (42 чел) проводилась стандартная этиотропная и патогенетическая терапия параллельно с курсами комбинированной физиотерапии аппаратом АЭЛТИС-синхро-02, 10—12 процедур на курс. Второй группе (36 чел.) проводилось стандартное лечение с применением антибактериальных, ферментных, сосудистых препаратов и массажа предстательной железы.

Аппарат АЭЛТИС-синхро-02 ООО «Яровит», Россия предназначен для лечения больных простатитами, везикулитами, колликулитами, как с нарушением копулятивной и репродуктивной функции, так и без нее. Принцип работы аппарата основан на комбинации трехволновой лазерной терапии и трансректальной (трансуретральной) электронной-стимуляции.

Комплексное применение электростимуляции и лазеротерапии на аппарате АЭЛТИС-синхро-02 для лечения больных с обострением хронического простатита на фоне генитальных инфекций позволило повысить клиническую эффективность терапии до 88%, против 69% в группе контроля. В 1 группе санация от ИППП достигнута у 38 (91%) пациентов, во 2 группе этиологическое излечение наступило у 31 (86%) пациентов. Применение АЭЛТИС-синхро-02 позволяет добиться более раннего, к 6—7 дню лечения и стойкого исчезновения болевого и дизурического синдрома у пациентов с ХП по сравнению со стандартной терапией.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

А. Р. Абдрахманов, Е. В. Файзуллина, Р. М. Абдрахманов

ГБОУ ВПО Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань.

Существующие в настоящее время традиционные методы лечения различных инфекционных заболеваний репродуктивной системы с использованием этиотропной терапии применением химиотерапевтических препаратов малоэффективны.

Поэтому тактика ведения таких больных должна планироваться с учетом различных факторов и, особенно, характером различных воспалительно-структурных изменений тканей органов репродуктивной системы, в частности, предстательной железы. На ос-

новании характера и типа выявленных нарушений необходимо проводить комплексную терапию с использованием технологий, направленных на реконструкцию пораженных и измененных в ходе воспалительного процесса тканей.

В связи с этим нами апробирован метод дозированной вакуум-градиентной терапии в комплексном лечении 105 больных хроническим простатитом, ассоциированным с инфекциями, передаваемых половым путем. Для сравнения эффективности лечения была сформирована контрольная группа, в которой использовались только стандартные методы лечения.

Полученные результаты оказались следующими: по общей оценке эффективности лечения, оцениваемой как врачом, так и пациентом «эффективность в целом» в основной группе оценилось в 82,1% случаев, а в контрольной группе в 56,3%;

«Отличный» результат в основной группе отмечен в 24,2%, в контрольной — 7,1%, «хороший» результат в основной группе — в 42,8% случаев, в контрольной группе — в 25,0%.

«Удовлетворительный» результат в основной группе отмечен в 25,0% случаев, в контрольной в 32,0% случаев.

«Неудовлетворительный» результат определен в основной группе в 8,0% случаев, в контрольной группе в 35,9% случаев.

Таким образом, с появлением новых технологических возможностей восстановительной медицины, в частности, метода дозированной вакуум-градиентной терапии, появилась возможность повышения эффективности лечения больных инфекциями, передаваемыми половым путем.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

А. Р. Абдрахманов, Е. В. Файзуллина, Р. М. Абдрахманов
ГБОУ ВПО Казанский Государственный медицинский университет

Важнейшей задачей врача при клиническом обследовании больного с ИППП является установлении локализации, степени распространенности и выраженности патологического процесса (топическая диагностика). В соответствии с этим постулатом было проведено обследование, 120 больных с различными ИППП методом трансректального ультразвукового исследования.

Установлено, что только у 6 пациентов из 120 (5,0%) определена нормальная ультразвуковая картина. Наиболее часто встречались гиперэхогенные зоны — 51,7%, гипоэхогенные зоны — 12,5%, анэхогенные зоны — 1,7%, изоэхогенные зоны — 2,5%. Смешанная ультразвуковая картина определилась в 26,6% случаев.

Анэхогенные зоны — зоны, которые не отражают звук (различные полости, кисты, расширенные сосуды).

Гипоэхогенные зоны — инфильтративный отек, экссудативная форма воспаления, сгустки крови, опухоли

Гиперэхогенные зоны — фиброз, рубцы, соединительная ткань.

Изоэхогенные зоны — это ограниченные участки, по плотности равные плотности нормальных тканей (измененные в ходе инфекционно-воспалительного процесса ткани, альтеративная стадия воспаления)

В связи с полученными данными на основании характера и типа выявленных нарушений в комплексную терапию больных с ИППП целесообразно включать терапевтические технологии, направленные на реконструкцию пораженных и измененных в ходе воспалительного процесса тканей репродуктивной системы.

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОЙ ОСЕННЕЙ СЕССИИ XX МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИМПОЗИУМА «НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ, АНДРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ: НАУКА И ПРАКТИКА»

5 декабря 2014 года в городе Москва в Центральном Доме Ученых (ул. Пречистинка, дом 16) состоялась осенняя сессия XX междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, андрологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика».

В рамках конференции были рассмотрены такие актуальные темы как псориаз и хронические дерматозы. Подняты на обсуждение вопросы косметологической коррекции эстетических проблем кожи. Освещена эпидемиологическая обстановка по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и современные методы лечения данной патологии.

Организатором конференции была кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН по руководством заведующего кафедры, профессора Баткаева Эдуарда Алексеевича.

Открывала симпозиум секция, посвященная решению актуальных проблем диагностики и лечения псориаза, сопредседатели: Баткаев Э. А., Коротаяева Т. В., Чистякова И. А.

В секции «Хронические дерматозы» были освещены такие вопросы, как особенности терапии тяжелых форм атопического дерматита у детей, новые антигистаминные препараты, применение иммуномодулирующего топического препарата при аутоиммунных воспалительных заболеваниях кожи, комплексная терапия крупнобляшечного параспориоза, коррекция нарушенного микробиоценоза кожи у больных атопическим дерматитом, значение кератолитической терапии в лечении онихомикоза.

В косметологической секции рассмотрены проблемы диагностики и лечения розацеа и акне, ведение пациентов с диспластическими невусами, также — применение лазерных методик в эстетической коррекции кожных проблем криотерапия.

В завершении конференции была секция, посвященная вопросам венерологии: эпидемиология и современное лечение ИППП.

Каждому слушателю по окончании симпозиума был выдан сертификат участника.

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ ВЕСЕННЕЙ СЕССИИ XXI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИМПОЗИУМА «НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ, ГИНЕКОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ: НАУКА И ПРАКТИКА»

20 марта 2015 года в рамках VIII Международного форума дерматовенерологов и косметологов (IFDC 2015) проведена Весенняя сессия XXI междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии» в Москве (МВЦ Крокус Экспо). Форум был организован при активной поддержке Национального альянса дерматологов и косметологов (НАДК), Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (ЕААД) и Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI).

Весенняя сессия XXI междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии» проводилась кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН под руководством проф. Баткаева Э. А.

Научная тематика мероприятия охватывала области иммунологии, аллергологии, микологии, дерматологии, косметологии, гинекологии, ревматологии и вопросы взаимодействия дерматологов с врачами смежных специальностей.

В первой части симпозиума проф. Татаурщикова Н. С. (РУДН) раскрыла проблему неочевидных возможностей локального иммунитета в дерматологии, проф. Мачарадзе Д. Ш. (РУДН) осветила взгляд врача-аллерголога на проблему пищевой аллергии у боль-

ных атопическим дерматитом, врач-дерматовенеролог, к. м. н., доцент Баткаева Н. В. (РУДН) осветила проблему реабилитации больных диабетом, осложненным микотической инфекцией кожи, врач-дерматовенеролог Калинкина Е. С. (РУДН) доложила о факторах, усугубляющих клиническое течение варикозных язв и экземы, врач-дерматовенеролог, ассистент Попов И. В. (РУДН) представил сведения о бактериальных триггерах атопического дерматита, врач-акушер-гинеколог, к. м. н. Пермяков А. С. поделился новыми подходами к эстетической коррекции аногенитальной области, соблюдая правовые аспекты.

Вторая часть симпозиума (сопредседатели: проф. Баткаева Э.А., д. м. н. Коротаева Т. Н., проф. Жилаева Е.В.) была посвящена вопросам коморбидных состояний у больных псориазом и преобладанию врачей дерматологов и ревматологов в диагностике и лечении псориатического артрита (д. м. н. Коротаева Т. В., ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой», асп. Чамурлиева М. Н., РУДН), а также клиническому разнообразию ревматологических проявлений у больных псориазом (к. м. н. Логинова Е. Ю., ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой») и актуальными вопросами диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в практике дерматолога и ревматолога (д. м. н. Новикова Д. С., ФГБНУ «НИИР им. В. А. Насоновой»)

РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ «ИСТОРИЯ ВЕНЕРОЛОГИИ, ДЕРМАТОЛОГИИ, ЛЕПРОЛОГИИ РОССИИ И СССР (1900—1959 ГГ.)»

Л. В. Белова-Рахимова, В. И. Прохоренков «История венерологии, дерматологии, лепрологии России и СССР (1900—1959 гг.)». Красноярск, 2013. 491 с.

Несомненная ценность и достоинство монографии заключаются в том, что большой, насыщенный материал впервые анализируется последовательно за короткие десятилетние промежутки времени. Это позволяет быстро ориентироваться в ежегодном развитии данных разделов медицины, воссоздать крупномасштабную, взаимосвязанную, динамичную картину состояния венерологии, дерматологии, лепрологии в стране за любой год.

Показан вклад в венерологию, дерматологию, лепрологию учёных смежных специальностей. Найден забытые, малоизвестные и неизвестные широкому кругу врачей интересные сведения из жизни крупных учёных, врачей-новаторов и скромных врачей-тружеников. Большинство редких фотографий публикуются впервые, а по лепрологии — все впервые. Приведён сокращённый список литературы. В действительности использована вся доступная литература данного периода: журналы, сборники, монографии, руководства, учебники, газеты, архивные и музейные материалы.

Проведена большая поисковая работа. Так, найдены в личных архивах фото жившей в трёх веках к. м. н. доц. Н. В. Добротворской-Кожевниковой (1898—2000), жены проф. П. В. Кожевникова; единственные уцелевшие фото к. м. н. Э. Н. Черняк, автора совместно с проф. П. В. Кожевниковым кольцевого метода (удостоены правительственных наград); видного лепролога В. И. Кирюхина и др.

По архивным данным воссозданы неизвестные ранее обстоятельства жизни и творчества проф. А. И. Лебедева, проф. П. Ф. Боровского, первых русских дерматовенерологов, лепрологов в Туркеста-

не. Памятник из чёрного габбро основоположнику дерматовенерологии в Средней Азии проф. А. И. Лебедеву установлен 20.09.2013 на могильном участке Л. В. Беловой-Рахимовой на старинном христианском кладбище № 1 (1-й комплекс слева от церкви) в Ташкенте. Л. В. Белова-Рахимова с трудом разыскала заброшенную могилу основоположника научной медицины в Средней Азии, первооткрывателя возбудителя кожного лейшманиоза, проф. П. Ф. Боровского и начала уход за ней.

Некоторые малоизвестные сведения из жизни учёных сообщены авторам полковником медицинской службы, к. м. н., доцентом кафедры кожных и венерических болезней Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова (С.-Петербург) В. С. Смирновым и дочерью чл. — корр. АМН СССР проф. П. В. Кожевникова, к. м. н., доцентом С.-Петербургской МАПО А. П. Монаховой.

Приводятся неопубликованные ранее сведения из жизни лепрозориев, переданные авторам старейшим отечественным лепрологом, к. м. н., заслуженным врачом России, главным врачом Загорской лепрозной клиники (Сергиево-Посадский филиал ФГУ ГНЦД Росмедтехнологий) В. К. Стекловским (1915—2011).

С гордостью за отечественную науку авторы подчёркивают приоритеты, заслуги, достижения российских и советских учёных. Монография легко, с увлечением читается. Глубокий научный анализ плавно переходит в живой рассказ о помощи людям. Монография представляет значительный интерес для научных работников, врачей, студентов. Имеется во всех медицинских, универсальных научных библиотеках России, в крупных медицинских вузах.

к. м. н. доц. Н. В. Баткаева

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**. Не используйте автоматического форматирования заголовков, нумерации (нумерация должна быть сделана вручную).
4. Текст должен иметь поля следующих размеров: верхнее и нижнее — 20 мм, левое — 30 мм, правое — 10 мм
5. Страницы должны быть пронумерованы последовательно, начиная с титульной.
6. Для таблиц используйте только табличный редактор Winword'a, для диаграмм и графиков — Excel.
7. Фото, таблицы, графики, диаграммы не нужно встраивать в текст, а приложить их в виде отдельных файлов той программы, в которой они были созданы и распечатать на отдельных страницах. В тексте необходимо указать, где они должны располагаться (табл. 1, рис. 1 и т. д.).
8. Тщательно проверьте последнюю версию файла и ее соответствие распечатке.

Титульная страница

Титульная страница должна содержать название статьи, фамилию и инициалы каждого автора, название учреждения (института, 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; 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 и 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 подрисовочных 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 согласуйте с редакцией. Должны быть указаны имя, отчество, фамилия, телефон, почтовый адрес (факс, электронный адрес) автора, ответственного за ведение переписки. Необходимо наличие подписей всех соавторов и печати 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