

28. Ogasawara H., Hishikawa T., Sikiqawa I., e.a. Sequence analysis of human endogenous retrovirus clone 4 – 1 in systemic lupus erythematosus // Autoimmunity. – 2000. – Vol. 33, № 1. – P.21.
29. Piotrowski P.C., Duriaqin S., Jaqodzinski P.P., e.a. Expression of human endogenous retroviruses clone 4 – 1 may correlate with blood plasma concentration of anti - U1 RNP and anti - Sm nuclear antibodies // Clin. Rheumatol. – 2005. – Vol. 24, № 6. – P. 620 – 624.
30. Power C. Retroviral diseases of the nervous system: pathogenic host response or viral gene-mediated neurovirulence? // Trends Neurosci. – 2001. – Vol. 24, № 3. – P. 162–169.
31. Rakoff – Nahoum S., Kuebler P.J., Heymann J.J., e.a. Detection of T lymphocytes for human endogenous retrovirus K (HERV – K) in patients with seminoma // AIDS Res. Hum. Retr. – 2006. – Vol. 22, № 1. – P.52 – 56.
32. Sarasella M., Rolland A., Marventano T., e. a. Multiple sclerosis – associated retroviral agent (MSRV) – stimulated cytokine production in patients with relapsing – remitting multiple sclerosis // Mult. Scler. – 2009. – Vol.15, № 4. – P. 443 – 447.
33. Sibata M., Ikeda H., Katumata K., Takeuchi K., Wakasaki A., et al. Human endogenous retroviruses: expression in various organs in vivo and its regulation in vitro // Leukemia 1997. – Vol. 11. – P. 145–146.
34. Smagin A. A., Goldina I.A. Human endogenous retrovirus of class I λ 4-1 envelope gene expression in different types of blood mononuclear cells of multiple sclerosis patients. 14th International Congress of Immunology Kobe, Japan // International Immunology. – 2010. – Vol. 22, № 1. - PP – 038 – 30.
35. Trapp B.D., Nave K.A. Multiple sclerosis: an immune or neurodegenerative disorder? // Annu. Rev. Neurosci. – 2008. – Vol. 31. – P.247 – 269.
36. Tugnet N., Rylance P., Roden D., e.a. Human endogenous retroviruses (HERVs) and autoimmune rheumatic diseases: is there a link? // The Open Rheumatol. J. – 2013. – Vol. 7. – P.13 – 21.
37. Urnovitz H.B., Murphy W.H. Human endogenous Retroviruses: nature, occurrence, and clinical implications in human disease // Clin. Microbiol. Rev. – 1996. – Vol. 9, № 1. – P.72 – 99.
38. Voisset C., Weiss R., Griffiths J. Human RNA “Rumor” viruses: the search for novel human retroviruses in chronic disease // Microbiol. Mol. Biol. Rev. – 2008. – Vol. 72, № 1. – P.157 – 196.
39. Yi J.M., Kim H.S. Molecular phylogenetic analysis of the human endogenous retrovirus E (HERV – E) family in human tissues and human cancers // Genes Genet. – 2007. – Vol. 82, № 1. – P.89 – 98.

Кузнецова Ю.К.¹, Сирмай Н.С.²

¹аспирант, младший научный сотрудник, Научный исследовательский институт медицинской протозоологии и тропической медицины им. Е.И.Марциновского государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Федеральное государственное бюджетное учреждение поликлиника 5 Управления Делами Президента РФ; ²кандидат медицинских наук, ассистент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» России.

МИКСТ-ИНФЕКЦИИ КОЖИ С ТОНКИМ ЭПИДЕРМИСОМ И ДЕЛИКАТНЫЕ ТОПИЧЕСКИЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ СРЕДСТВА.

Аннотация

В рамках данного проспективного открытого когортного исследования, включавшего 40 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 22 до 58 лет с диагнозами: микозы крупных складок - 28 человек, дерматозы сочетанной этиологии участков кожи с тонким эпидермисом (лицо, уши, мошонка) - 12 человек. К этой группе мы отнесли импетиго области бороды (1 мужчина), микоз кожи ушных раковин, заушной области (2 человека), atopический дерматит век, осложненный вторичной инфекцией (4 человек), кандидозный хейлит (2 человека), микоз кожи мошонки (3 человека). Лечение осуществлялось пациентами самостоятельно в течение 10-30 дней. Оценка эффективности лечения основывалась на заключении врача о выраженности симптомов и мнении пациента касательно симптомов и собственных жалоб. В результате проведенного исследования установлена выраженная клиническая эффективность и безопасность комбинированного топического препарата (Кандидерм) при лечении дерматозов с присоединением вторичной флоры в складках и на деликатных участках кожи. Данное исследование доказывает, что крем Кандидерм является высоко эффективным и безопасным препаратом, не вызывает подавления коры надпочечников, хорошо переносится, а также удобен в применении.[1]

Ключевые слова: Дерматозы сочетанной этиологии, кожа с тонким эпидермисом, беклометазона дипропионат, гентамицин, клотримазол.

Kuznetsova Y.K.¹, Sirmai N.S.²

¹postgraduate student, junior scientist, Martsinovsky Institute of Medical Parasitology and Tropical Medicine, clinic 5 administration of President RF; ²PhD in Medicine, assistant, Institute of Improvement of professional skill of Federal Medico-Biological Agency of Russia.

MIXED-INFECTIONS OF THE SKIN WHERE THE EPIDERMIS IS THIN AND DELICATE TOPICAL COMBINED MEDICATIONS.

Abstract

The study population included 40 male and female patients from Russia 22-58 years old. The patients were asked to grade treatments for different manifestations, including mycosis large folds - 28 patients, combined skin diseases where the epidermis is thin (face, ears, scrotum) – 12 patients. Patients were given strong recommendations and treated by themselves during 10-30 days. Assessment of efficiency of the treatment is based on the researcher’s conclusion about the expression of symptoms and opinions of patients about their complaints and changes of investigated manifestations. Finally, it was established bright clinic efficiency and safety of topical combined medication for the treatment mixed-infections of the skin where the epidermis is thin. None of the currently available therapeutic options are ideal, although they provide some relief, but the drug we investigated showed the best results herewith stay the most safety. Thus rightly be considered that the topical combined medication is highly effective and safe, it doesn’t cause suppression of adrenocorticals, and simplex to use.

Keywords: Mixed-infections, skin where the epidermis is thin, Beclomethasone, Clotrimazole, Gentamicin.

Введение.

Кожные покровы выполняют несколько важных функций: кожа отвечает за терморегуляцию, обменные процессы, обладает рецепторной, экскреторной и дыхательной функцией и, что самое главное, барьерной функцией. Целостность и эластичность кожных покровов делает кожу более устойчивой к разрывам, ушибам, растяжениям. Водно-липидная мантия, а также кислая реакция pH пота и кожного сала создают неблагоприятную среду для патогенных бактерий и грибов. Отшелушивание ороговевших чешуек позволяет механически удалять с кожи микрофлору. [2] Несоответствующий уход за кожей, а также различные механические, химические и иные воздействия приводят к нарушению барьерных свойств, в результате чего кожа лишается своей защиты от вредных факторов внешней среды (УФ-лучей, токсинов, бактерий, т.д.). [3] При этом значительно повышается трансэпидермальная потеря воды, что приводит к нарушению водно-электролитного баланса в коже и ее обезвоживанию[3], проницаемость кожного барьера для аллергенов повышается вследствие потери экспрессии филагтрина (ключевой белок дифференцировки кератиноцитов) в коже.[4] В стандартных условиях микрофлора кожи не только не причиняет

никакого вреда, но даже помогает организму бороться с патогенными микробами. В основе этого феномена лежат антагонистические отношения между различными видами бактерий. Так, кишечная палочка является антагонистом брюшнотифозной и дизентерийной палочек, стрептококка и стафилококка, а белый кожный стафилококк – антагонист золотистого стафилококка. Стафилококки вырабатывают вещество, оказывающее бактерицидное действие на палочки бета-гемолитического стрептококка. У здоровых людей основу микробиоценоза кожи составляют стафилококки, стрептококки, сарцины, дифтероиды, почвенные и грамм-положительные палочки, плесневые грибы и др.[5] На долю демофтозов, осложненных бактериальными, грибковыми и бактериально-грибковыми инфекциями, приходится 17% всех дерматозов. В патогенезе полиэтиологических дерматозов значимую роль играют патогенные стафилококки, а также различные микробные ассоциации, патогенные грибы. У пациентов с данными дерматозами имеется выраженный дисбиоз кожи в очагах поражения, проявляющийся снижением доли облигатных эпидермальных стафилококков до 40-50% и значительным возрастанием количества условно-патогенной и патогенной флоры, нередко встречаются ассоциации микроорганизмов и микоценозы. [6]

Высокой обсемененности кожи микроорганизмами, вероятно, способствуют особенности рогового слоя при дерматозах: увеличение выделения воды через эпидермис, существенное нарушение секреции сальных желез, нарушение кератинизации. Микробные аллергены обладают достаточно выраженной антигенной активностью, что ведет к сенсибилизации организма и способствует перестройке иммунного ответа.[7, 8] Микробная сенсибилизация является пусковым, поддерживающим и отягчающим фактором у больных с дерматозами многофакторной природы.

В этой связи устранение действия различных инфекционных факторов при дерматозах сочетанной этиологии является ключевым направлением лечения пациентов. При этом топические кортикостероиды являются важной составной частью терапии заболевания кожи. В настоящее время невозможно представить лечение воспалительных, аллергических заболеваний кожи и слизистых оболочек без помощи кортикостероидов.[9] Глюкокортикостероиды для наружного применения остаются препаратами выбора при лечении воспалительных заболеваний кожи, в том числе осложненных вторичной инфекцией.[10] В этой связи становится просто невозможно представить терапию дерматозов сочетанной этиологии без комбинированных топических средств, каким является препарат Кандидерм. Это топическое средство включает в себя один из наиболее сильных современных местных глюкокортикостероидов – беклометазон дипропионат(0.25мг). Наличие в составе Кандидерма гентамицина (1мг), обладающего широким антибактериальным спектром действия, и клотримазола (10мг) – противогрибкового средства из группы азолов – значительно расширяет спектр применения препарата в дерматологической практике.[1]

Цель.

Цель настоящего исследования - оценка переносимости, эффективности и косметической приемлемости комбинированного топического средства на кремовой основе при лечении дерматозов сочетанной этиологии, локализованных на участках кожи с тонким эпидермисом (интертригинозные поражения, поражения лица, хейлиты).

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 40 пациентов мужского (17 чел) и женского (23 чел) пола, их возраст составлял от 22 до 58 лет, при этом у них имел место интертригинозный дерматит с присоединением грибковой флоры, т.н. микоз крупных складок, (паховая область, зона под молочными железами, подмышечные области) -28 чел, дерматозы сочетанной этиологии кожи с тонким эпидермисом (лицо, уголки губ, уши, заушная область, мошонка) – 12 человек. Не допускалось включение в исследование тех пациентов, которые использовали любые другие средства для лечения дерматита, включая системные препараты, в течение одного месяца до начала исследования, или же глюкокортикостероиды для наружного применения в течение одной недели до начала исследования. В исследование не включались пациенты, соответствующие хотя бы одному из следующих критериев: беременные и кормящие женщины, гиперчувствительность к препарату или его составным частям, применение системных и топических глюкокортикостероидов, антибиотиков, противогрибковых препаратов системно или местно, вирусные инфекции, вакцинация, розацеа. До начала лечения все пациенты проходили инструктаж, как следует применять исследуемый препарат. Первое нанесение препарата осуществлялось пациентами под надзором медицинского персонала. В последующие 2-4 недели пациенты лечились самостоятельно, нанося исследуемый препарат дважды в день, согласно предоставленным им письменным инструкциям.

Клиническая оценка. Как показано в таблице 1, на стартовом и итоговом визитах врачи оценивали выраженность типичных признаков дерматита при помощи стандартной 4х бальной шкалы, где 0 – отсутствие признаков, 1 – легкая выраженность, 2- умеренная выраженность, 3 – сильная выраженность. Помимо этого, пациенты дополнительно оценивали еще два симптома: выраженность зуда, выраженность боли/жжения. Общий балл на основании оценки исследователем рассчитывался путем суммирования баллов, полученных при оценке каждого из признаков по отдельности до лечения и спустя 2 недели терапии (таблица 2,3).

Таблица 1. Клиническая оценка степени тяжести дерматита.

Симптом/признак	Нет (0 баллов)	Легкая ст. (1 балл)	Умеренная ст. (2 балла)	Тяжелая ст. (3 балла)
Эритема	Нет	Бледно-розовый	Розовый или красный	Выраженная краснота
Шелушение	Нет	Диффузное легкое шелушение	Умеренное, с наличием бляшек или без	Толстые шелушащиеся бляшки
Папулы/везикулы	Нет	Небольшое количество	множественные	Крупные, в большом количестве
Трещины	Нет	Незначительное растрескивание	Умеренные, рано появляющиеся трещины	Глубокие трещины (1 мм)

Таблица 2. Средняя оценка каждого из признаков (до лечения).

Симптом/признак	микозы крупных складок (сумма баллов)	Дерматиты кожи с тонким эпидермисом (сумма баллов)
Эритема	1.79 (50)	2.50 (30)
Шелушение	0.18 (33)	1.17 (14)
Папулы/ везикулы	0.14 (4)	0.92 (11)
Трещины	0.14 (4)	0.42 (5)

Таблица 3. Средняя оценка каждого из признаков (через 2 недели).

Симптом/признак	микозы крупных складок (сумма баллов)	Дерматиты кожи с тонким эпидермисом (сумма баллов)
Эритема	0.10 (3)	0.58 (7)
Шелушение	0.04 (1)	0.42 (5)
Папулы/ везикулы	0 (0)	0 (0)
Трещины	0 (0)	0.0 (0)

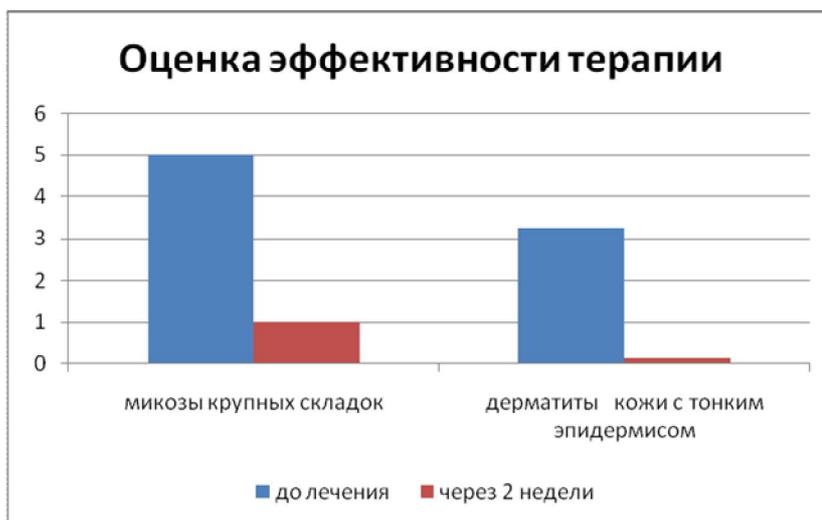


Рисунок 1.

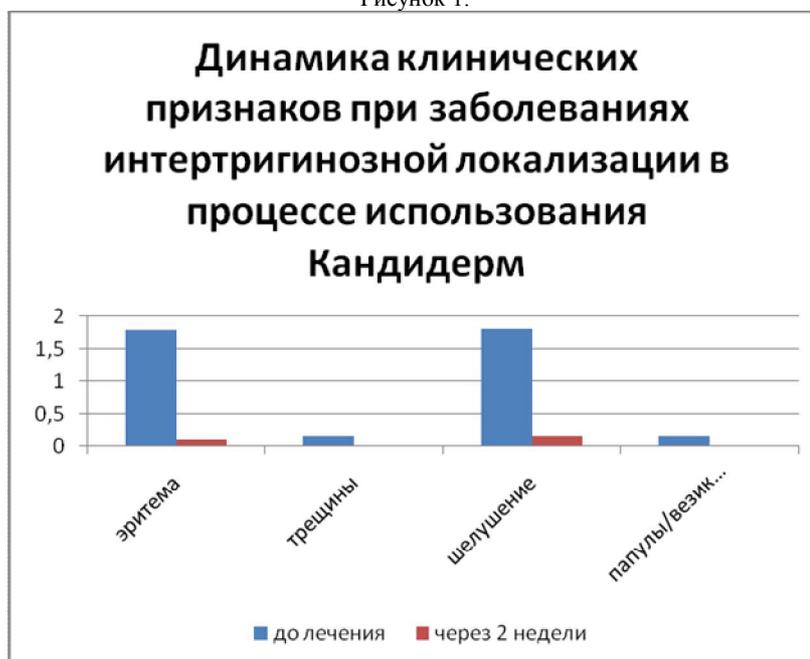


Рисунок 2.

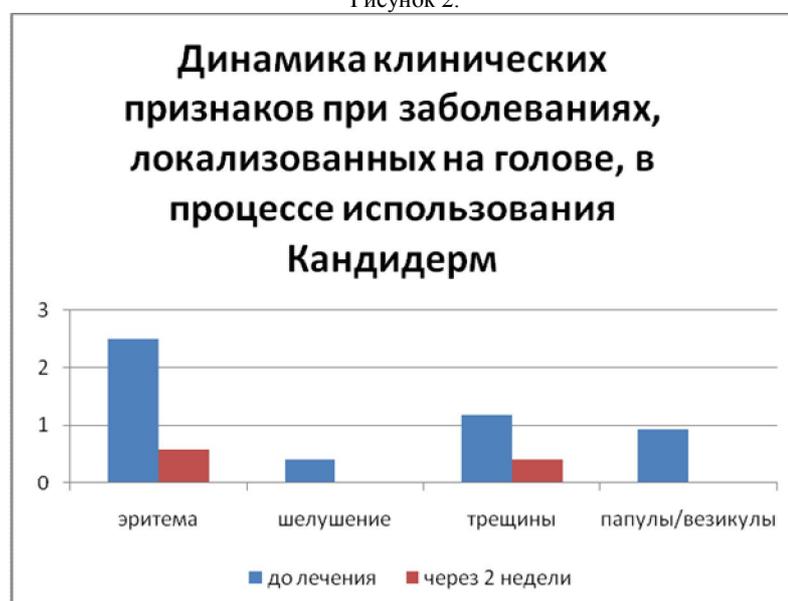


Рисунок 3.

Оценка безопасности. Безопасность и переносимость препарат оценивалась на основании сбора и изучения данных о нежелательных явлениях, как наблюдавшихся исследователями, так и тех, о которых в инициативном порядке сообщили пациенты.

Для оценки влияния кожного заболевания на качество жизни пациентов использовали шкалу дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), включающую 6 основных параметров: симптомы и самочувствие, ежедневная активность, досуг, работа и учеба, личные отношения, лечение. Максимальная сумма показателей по ДИКЖ составляет 30 баллов (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Величина индекса ДИКЖ до лечения составила 12.6 у пациентов с интертригинозной локализацией дерматоза и 15.1 – с локализацией на коже головы. На 14 день терапии констатировалось значительное улучшение качества жизни пациента с обеими локализациями.

Результаты и комментарии.

Срок наблюдения составил около 1 месяца, хотя основная доля пациентов клиническое выздоровление получила спустя 2 недели терапии. Согласно наблюдениям исследователей, к 14 дню терапии у пациентов с инттригинозным поражением кожи уменьшение эритемы составило 94%, шелушения – 78%, папул/везикул и трещин – 100%, а у пациентов с локализацией процесса на голове: эритема – 77%, шелушение – 64%, папулы/везикулы и трещины – 100%. Оценка по ДИКЖ по завершении лечения составила в среднем 2 балла у пациентов в обеих группах. Длительность терапии обуславливалась в основном площадью поражения и выраженностью клинической картины в начале терапии. Зачастую после лечения на коже паховых складок, под молочными железами отмечались участки гиперпигментации, которые со временем разрешались. Следует отметить, что пациенты велись на монотерапии препаратом Кандидерм. Однако в некоторых случаях требовалось дополнительное присоединение к монотерапии системных и наружных препаратов. Одному пациенту с сикозом волосистой части лица в связи с резким ухудшением клинической картины, спровоцированным бритьем и использованием средства после бритья, ввели в схему лечения системные антибактериальные средства. И одному пациенту с диагнозом дерматит кожи ушных раковин, отягощенный патологической грибковой флорой, дополнительно назначен наружный препарат - шампунь Кето-плюс 1р/сут в течение 10 дней и через день последующие 2 недели для усиления антимикотического эффекта, т.к. в соскобе с кожи лабораторно был подтвержден мицелий грибов. Фотографии данного пациента до лечения, а также после эффективно проведенной терапии, представлены в данной статье для ясности наглядности.

Заключение.

В проведенном исследовании было установлено, что комбинированное топическое средство, в состав которого входят беклометазон дипропионат, гентамицин, клотримазол (Кандидерм, Гленмарк), является эффективным и легко переносимым, а также косметически приемлемым средством борьбы с дерматозами сочетанной (грибковой, бактериальной, бактериально-микотической) природы кожи с тонким эпидермисом. По результатам исследования можно сделать вывод, что оптимальная терапия – двукратная аппликация средства в сутки, при этом в подавляющем большинстве случаев достаточно 2 недель терапии. Исходя из этих данных, препарат Кандидерм может быть рекомендован пациентам для лечения дерматозов с присоединившейся вторичной флорой с локализацией на деликатных участках кожного покрова.

Литература

1. Матушевская Е.В., Масюкова С.А., Скрипкина П.А., Чистякова Т.В. Топические комбинированные кортикостероидные препараты в лечении атопического дерматита. //Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2, 2009 – с. 14.
2. И.Г.Диковицкая и соавт. Наружная терапия микробной экземы дифлукортолона валератом. // Клиническая дерматология и венерология. - 2010.- с. 66-68.
3. И.И.Глазко. Восстановление барьерных свойств чувствительной кожи после косметологических процедур. // Вестник эстетической медицины.- 2012.- том 11, №4.- с. 38-42.
4. McGrath J.A., Uitto J. The filaggrin story: novel insights into skin-barrier function and disease. // Trends Mol. Med. – 2007.- Dec.6 (Epub ahead of print).
5. Werfel T. Classification, trigger factors and course of chronic hand eczema. // MMW Fortschr Med. 2009. – с. 151 (19): 31-4.
6. А.Л.Бакулев, С.С.Кравченя, Н.Н.Мурашкин, И.А.Иголина, А.Ю.Епифанова, Н.А.Слесаренко. Микробная экзема: новые возможности комбинированной топической терапии. //Вестник дерматологии и венерологии. 2011, с.98-104.
7. Stollery N. Eczema. // Practitioner. 2009.- с. 253 (1717): 33-5.
8. Jayasekera A., Jennings L., Holden C.R. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in skin disease affects mainly elderly patients with eczema and leg ulcers who have associated chronic disease. // Acta Derm Venereol. 2008, с.88 (2): 156 - 8.
9. Т.А.Белоусова и соавт. Принципы наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии. // Дерматология № 2. 2011. Consilium Medicum, 18-22.
10. Joseph F.Fowler младший, Anthony F.Fransway, J.Mark Jackson, Nestor Rohowsky; Локоид Липокрем при лечении хронического дерматита. Therapeutics for the Clinician, Cutis, 2005 – с.75, 125-131.

Состояние до лечения.





Состояние через 2 недели терапии.





Новиков А.Г.

Клиника красоты «Американская дерматология»

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Аннотация

Программа «Medic Test» предназначена для использования в медицинской практике-врача косметолога, пластического хирурга, в тех областях медицины, где проводятся реконструктивные манипуляции и коррекция возрастных изменений, в первую очередь на лице - анатомической области с очень сложным рельефом. Проведена количественная оценка изменений после коррекции дермальными филлерами различных анатомических зон лица у 28 пациентов.

Ключевые слова: программа «Medic Test», пиксельный анализ, количественная оценка коррекции возрастных изменений, косметология, контурная пластика.

Novikov A.G.

Beauty clinic «American dermatology»

NEW METHOD OF THE ASSESSMENT OF RESULTS OF COSMETOLOGY PROCEDURES

Abstract

The «Medic Test» program is intended for the use by an expert medical doctor, either by a cosmetologist or a plastic surgeon, in the areas of medicine where reconstructive manipulations and aging correction are carried out, most importantly on a face, which is an anatomic area with very difficult relief. The quantitative assessment of changes after correction by thermal fillers of various anatomic face zones was carried out with 28 patients.

Key words: «Medic Test» program, pixel analysis, quantitative assessment of aging correction, cosmetology, planimetric plasticity.

Для оценки возрастных изменений и эффективности косметологических процедур, пластических операций, в современных клинических условиях применяется фотосъемка, но при этом используются разные фотоаппараты, с разным разрешением, объективы с разным фокусным расстоянием, используется разный уровень освещенности в момент фотосъемки, фотографирование до и после процедуры проводится с разного расстояния, под разными углами и т.п. Естественно, что при анализе снимков полученных до и после процедур, таким образом, оценка достигнутых результатов проводится субъективно.

Предлагаемая новейшая методика предназначена для использования в медицинской практике - врача косметолога, пластического хирурга, т.е. в тех областях медицины, где проводятся реконструктивные манипуляции и коррекция возрастных изменений, в первую очередь на лице - анатомической области с очень сложным рельефом, например при проведении процедур контурной пластики различными филлерами, пластических операций. При использовании предлагаемого метода, можно будет оценить происходящие изменения, получая числовые характеристики (в процентах) в каждом отдельном случае после проведения коррекции каких-либо анатомических областей.

Данный метод предполагает использование зеркального фотоаппарата с объективом не менее 55 мм и разрешением 16-18 мегапикселей. Для фиксации фотоаппарата на определенной высоте и под определенным углом, для предотвращения «дрожания» фотоаппарата, что может привести к нечеткости изображения - предпочтительно использовать штатив, обработка полученных снимков проводится на персональном компьютере специальной программой «Medic Test» (все права на данный программный продукт защищены в соответствии с Законодательством РФ, патент №121139 от 20.10.12., свидетельство о государственной регистрации для ЭВМ №2012619770 «Medic Test», от 29.10.12.), которая дает возможность объективно оценивать динамику изменений и степень эффективности процедур. Съемка проводится с отключенной встроенной вспышкой фотоаппарата, т.к. при ее использовании кожные дефекты на снимке могут быть не видны, вместо нее используется внешняя вспышка.

Программное обеспечение для анализа изображений позволяет: проводить статистическую обработку данных, экспортировать данные в таблицы, сохранить все полученные значения в базе данных, совмещать два набора измеренных данных, полученных в разное время, что позволяет провести сравнение областей, подвергшихся коррекции возрастных изменений.

Алгоритм применяемой методики следующий: вначале проводится съемка интересующей анатомической области до коррекции или хирургической манипуляции во фронтальной и, если потребуется боковой проекции; съемка должна проводиться при перпендикулярном положении корректируемой области полу, чтобы вектор силы тяжести был направлен строго перпендикулярно; полученное изображение переносится на персональный компьютер и обрабатывается с помощью программы «Medic Test». Поскольку абсолютно симметричных людей не существует, то в программе поочередно обрабатывается корректируемая область с правой и с левой стороны. Принцип работы программы «Medic Test» заключается в пиксельном анализе изображения. Так как любое изображение состоит из темных и светлых пикселей, то сравнивая количество темных пикселей до и после лечебных манипуляций в корректируемой области, мы получаем количественный параметр (в процентах) изменений в интересующей нас зоне.

Апробация данного методического подхода нами была проведена при объемной коррекции различных анатомических зон лица у 28 пациентов, возраст которых варьировал от 25 до 62 лет: область носогубных складок (препаратами Суржидерм 30 XP и