
минными препаратами, мазью с трихополом, спиртовыми лосьонами без положительного эффекта, высыпания продолжали распространяться.

Status localis: патологические изменения на коже носят ограниченный воспалительный характер. Локализуются на коже лица. Представлены рассеянными эритематозными пятнами, на фоне которых располагаются фолликулярные папулы красного цвета с коническими верхушками и наличием сероватых чешуек на поверхности, папуло-везикулы.

Обследование: клинические и биохимические показатели крови в пределах нормы. В соскобе с кожи лица в области высыпаний обнаружен *Demodex folliculorum*.

Пациентка получала комплексную терапию с применением аэрозоля «Спрегаль», который наносился на лицо с помощью ватного тампона в течение 15 дней после устранения островоспалительных явлений [2].

При оценке результатов наблюдалось улучшение клинической картины заболевания в виде регресса мелких папулезных элементов и видимого уменьшения гиперемии. Была выписана с положительными результатами.

Таким образом, настоящее клиническое наблюдение показывает, что больные, подвергающиеся косметическим манипуляциям, должны быть предварительно консультированы дерматовенерологом с тщательным сбором анамнеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акбулатова Л.Х. // Вестн. дерматол. – 1996.
2. Верхогляд И.В. // Клин. дерматол. и венерол. – 2006. – № 4.
3. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. – М., 1999.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ACNE ROSACEA НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*

В.В. Карлова

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Розацеа продолжает оставаться актуальной проблемой в дерматологии. За последние десятилетия отмечен значительный рост заболеваемости данным дерматозом, достигшей 10% [2]. Распространенность розацеа, его локализация, хроническое течение с частыми рецидивами, недостаточная эффективность существующих методов лечения, значительные косметические дефекты, тяжело отражающиеся на нервно-психическом статусе больных, требуют дальнейшего изучения этой проблемы.

В последнее время большое внимание уделено роли микроорганизма *H. pylori* в формировании розацеа: *H. pylori* индуцирует выра-

ботку вазоактивных пептидов, способных вызывать «приливы» на коже лица [3]. По данным A. Rebora, F. Drago, (1994) *H. pylori* обнаруживают у 84% пациентов с *acne rosacea*. Исследованиями было установлено повышение уровня антител к *H. pylori* и их нарастание в период обострения розацеа [1].

В соответствии с решениями европейских экспертов (Маастрихт, 21-22 сентября 2000 г.) наиболее эффективными схемами для эрадикации инфекции *H. pylori* является тройная терапия на основе ингибитора протонного насоса (или препарат висмута) с кларитромицином в сочетании с амоксициллином или метронидазолом.

В качестве препарата для эрадикационной терапии *H. pylori* мы использовали комбинированный препарат «Пилобакт», который имеет стабильную дозу апробированных препаратов (ромесек, кларитромицин, тинидазол) и одобрен Европейской гастроэнтерологической группой по изучению *H. pylori* в качестве средства первой линии.

Под наблюдением находилось 105 больных розацеа в возрасте от 15 до 72 лет. По показателям возраста, пола, давности заболевания и клиническим формам дерматоза группы были близки, что позволило объективно сопоставить результаты терапии.

Согласно цели нашего исследования, все пациенты были разделены на три группы. Основная группа (ОГ), состоявшая из 45 (42,9%) больных, получала лечение комбинированным препаратом «Пилобакт». Препарат назначали в дозе 3 капсулы 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 7 дней. Группа сравнения-1 (ГС-1), состоявшая из 40 (38,1%) пациентов, получала метронидазол по стандартной схеме: три 10-дневных последовательных цикла с постепенным снижением дозы от 750 до 250 мг/сут. Группа сравнения-2 (ГС-2) – 20 (19%) человек, получавших наиболее часто используемый протокол эрадикационной терапии *H. pylori*: омепразол (20 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки) в течение 7 дней.

Клиническую эффективность оценивали на основании динамики субъективных расстройств, симптомов заболевания при визуальном осмотре. Результаты лечения оценивали по следующим критериям: очень хорошие – клиническое выздоровление (полный регресс папул и (или) пустул, отечности, инфильтрации); хорошие – значительное улучшение (более половины папул и (или) пустул регрессировало полностью, сохранившиеся – в состоянии регресса, эритема незначительна, регресс отечности, свежих высыпаний нет); удовлетворительное – улучшение (уменьшение количества элементов сыпи на 1/2-1/3, снижение яркости эритемы, значительный регресс отечности); неудовлетворительное – отсутствие эффекта. Этиологическую эффективность оценивали на основании отсутствия *H. pylori* после окончания курса терапии.

Определение *H. pylori* осуществляли двумя методами: биохимическим (уреазный тест) и морфологическим, так как данная комбинация до настоящего времени считается наиболее удачной из инвазивных

методов. Всем больным проводили фиброгастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой оболочки из антрального отдела, угла и тела желудка по большой кривизне. Брали по одному биоптату из каждого указанного отдела. Повторную фиброгастродуоденоскопию с биопсией проводили через 4 недели после окончания лечения для оценки эрадикации *H. pylori*. Больных, у которых хотя бы один из двух тестов был положительным, считали *H. pylori*-положительными.

Анализ результатов фиброгастродуоденоскопии показал, что у большинства обследованных выявлена патология желудка и двенадцатиперстной кишки, которая представлена рефлюкс-эзофагитом, гастритом, бульбитом, гастродуоденитом, эрозиями желудка, рубцовой деформацией двенадцатиперстной кишки и т.д. Лишь у 5 пациентов (4,8%) отсутствовали изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Данные уреазного теста и морфологического исследования не всегда совпадали. Наиболее информативным методом являлся морфологический. По данным морфологического исследования *H. pylori* выявлен: в основной группе у 86,7% пациентов, в ГС-1 – 90,0% и в ГС-2 также в 90,0% случаев.

Клиническое выздоровление констатировано в ОГ у 23 (51,1%) из 45 пациентов. Наблюдение за больными показало, что все они хорошо переносили лечение и не было причин для его прерывания. Значительное улучшение достигнуто у 13 (28,9%) пациентов, улучшение – у 7 (15,6%) больных.

В ГС-1 клиническое выздоровление отмечено у 4 (10%) больных, значительное улучшение – у 12 (30%) человек, улучшение – у 20 (50%), без эффекта – 4 (10%) пациента с пустулезной формой розацеа.

После проведения «трехкомпонентной» терапии (ГС-2) у 11 (55%) пациентов высыпания регрессировали полностью. Значительное улучшение наступило у 40% пациентов. Регресс высыпаний менее чем на 50% наблюдался у одного (5,0%) пациента с пустулезной формой.

Таким образом, число больных в ОГ и ГС-2, закончивших лечение с клиническим выздоровлением, оказалось больше на 41,1% и 45% соответственно ($p < 0,01$).

Частота эрадикации *H. pylori*, определяемая морфологическим методом через 4 недели после окончания терапии, у пациентов ОГ составила 79,5%, а в ГС-2 – 88,9% ($p > 0,05$). В группе, получавшей монотерапию метронидазолом, эрадикации не было отмечено ни у одного пациента.

Основным критерием эффективности проводимого лечения были отдаленные результаты, прослеженные у 105 больных на протяжении года. В ОГ ремиссия до 6 месяцев наблюдалась у 86,7% пациентов, от 6 месяцев до года – у 77,8%. В ГС-1 ремиссия до 6 месяцев отмечена у 13 (32,5%) больных, от 6 месяцев до года – у 8 (20%). Среди 15 (75%) пациентов ГС-2 рецидивов дерматоза за весь период наблюдения не отмечали.

Таким образом, длительность ремиссии в течение года после окончания лечения в ОГ на 57,8% и в ГС-2 была на 55% выше по сравнению с ГС-1 ($p < 0,01$).

Итак, при сопоставлении результатов лечения больных розацеа различными методами, можно прийти к заключению, что используя в дерматологической практике лечения розацеа комбинированный препарат «Пилобакт» или трехкомпонентную методику для эрадикации *H. pylori*, можно обеспечить более выраженный клинический эффект, чем при назначении «традиционной» терапии. Частота эрадикации при лечении «Пилобактом» составила 79,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черкасова М.В. Новые аспекты патогенеза и лечения розацеа (клинико-эпидемиологическое и иммунологическое исследование / Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 121 с.
2. Berg A., Liden S. // Acta Dermatol (Stockh). – 1989. – V. 69, № 5. – P. 419-423.
3. Parish L.S., Witkowski J.A. // J. Dermatol. – 1995. – V. 34, № 4. – P. 237-238.

ВИФЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

М.Г. Карташова, А.В. Молочков
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Частое развитие саркомы Капоши (СК) на фоне различных иммунодефицитных состояний позволяет говорить о том, что в основе патогенеза этого заболевания лежит иммуносупрессия [5]. Учитывая важную роль вирусной инфекции в этиопатогенезе СК, а также значение нарушений иммунной системы, актуальной представляется разработка эффективных методов коррекции выявленных нарушений иммунитета с помощью различных иммуномодуляторов и противовирусных средств [4]. Препараты интерферона являются иммуномодуляторами, оказывающими влияние на процессы дифференцировки, рекрутирования, а также повышающими функциональную активность эффекторных клеток иммунной системы, прежде всего Т-лимфоцитов и моноцитов-макрофагов. Под их действием повышается эффективность иммунного распознавания антигена и усиливаются фагоцитарная и цитолитическая функции, направленные на элиминацию возбудителя или антигенно измененных клеток [3]. Одним из препаратов интерферона является рекомбинантный интерферон- γ , используемый в онкологической практике не только в связи с его иммунорегуляторным и прямым противоопухолевым действием, но и способностью ингибировать ангиогенез путем снижения экспрессии гена b-FGF [8]. В исследованиях *in vitro* также показано ингибирующее влияние интерферона- γ на рост клеточных линий СК [6].