
ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанова В.И., Илонис Р.П., Сазыкина Л., Ноздрин В.И. // XIII Российский конгресс: Человек и лекарство / Тез. докл. – 2006. – С. 352-353.
2. Альбанова В.И., Илонис Р.П., Сазыкина Л.Н., Ноздрин В.И. // V науч.-практ. конф.: Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии / Тез. науч. раб. – 2005. – С. 4-5.
3. Альбанова В.И., Ноздрин В.И., Сазыкина Л.Н. // VIII Всероссийская конференция дерматовенерологов: Новые технологии в организации дерматологической помощи населению в РФ / Тез. науч. раб. – 2005. – С. 6.
4. Белоусова Т.А., Альбанова В.И., Жучков С.А. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней – 2005. – № 2. – С. 61-66.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РОЗАЦЕА

Е.Р. Синькевич, А.В. Молочков, Г.В. Цодиков, С.Г. Терещенко
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Розацеа является одной из актуальных проблем современной дерматологии. Это частое заболевание, которым страдают до 5% дерматологических больных. Механизмы формирования данного дерматоза до конца не изучены. Заболевание рассматривается как мультифакторное, с эндогенными и экзогенными провоцирующими факторами [2, 4, 7, 9].

Целью нашего исследования являлось изучение роли *Helicobacter pylori* в этиопатогенезе розацеа с помощью современных методов диагностики и разработка нового комплексного патогенетически обоснованного метода лечения.

Под нашим наблюдением находился 51 пациент с установленным диагнозом розацеа. Преобладали женщины, возраст больных – от 22 до 66 лет, большинство – в возрасте 41-50.

В нашей работе пациентам помимо общеклинического обследования, исследования на наличие *Demodex folliculorum*, УЗИ органов брюшной полости, проводилось обследование на наличие *H. pylori* с помощью методов: ¹³C-УДТ модифицированный, ФЭГДС с биопсией тела и антрального отдела желудка для гистологического исследования.

При комплексном обследовании больных розацеа выявлено наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем, астено-невротическое состояние, патология органов пищеварения обнаружена у 46 человек, что составляет 90%, при этом только 15% в прошлом отмечали заболевания пищеварительной системы. По всей видимости, патогенетическую зависимость розацеа от наличия такой патологии следует объяснить гиперпродукцией медиаторов вазодилатации: высокие концентрации простагландина E2, часто определяемые в периферической крови при гастритах обладают способностью вызывать приливы крови [1, 11, 12, 13].

Роль хеликобактериоза в развитии патологии ЖКТ в настоящее время не подлежит сомнению [3, 5, 6, 8].

Проведя комплексное обследование 51 больного с розацеа, мы установили наличие *H. pylori* у 42 (82%) больных. Предполагается, что эта персистирующая инфекция приводит к формированию гиперэргических иммунных реакций, сопровождающихся нарушениями пролиферации, продуцирует уреазу и токсины, которые оказывают деструктивный эффект на ткани желудка и двенадцатиперстной кишки, а высвобождающиеся из разрушенных клеток медиаторы воспаления играют важную роль в патологическом процессе розацеа [11, 12, 13].

Учитывая достаточно большую распространенность хеликобактерной инфекции в группе обследованных больных розацеа, на следующем этапе нашего исследования мы проанализировали степень тяжести дерматологических проявлений в зависимости от степени инфицирования *H. pylori*.

Изучение коррелятивной связи клинических форм розацеа со степенью обсемененности *H. pylori* показало, что высокая и средняя степень обсемененности чаще наблюдалась при тяжелой – папуло-пустулезной розацеа, а высокие цифры уреазной активности при УДТ соответствовали более тяжелому течению заболевания. Выявлена ($p=0,000012$) сильная корреляционная связь ($r=0,8226$) между обсемененностью *H. pylori* и тяжестью заболевания (что показано на графике).

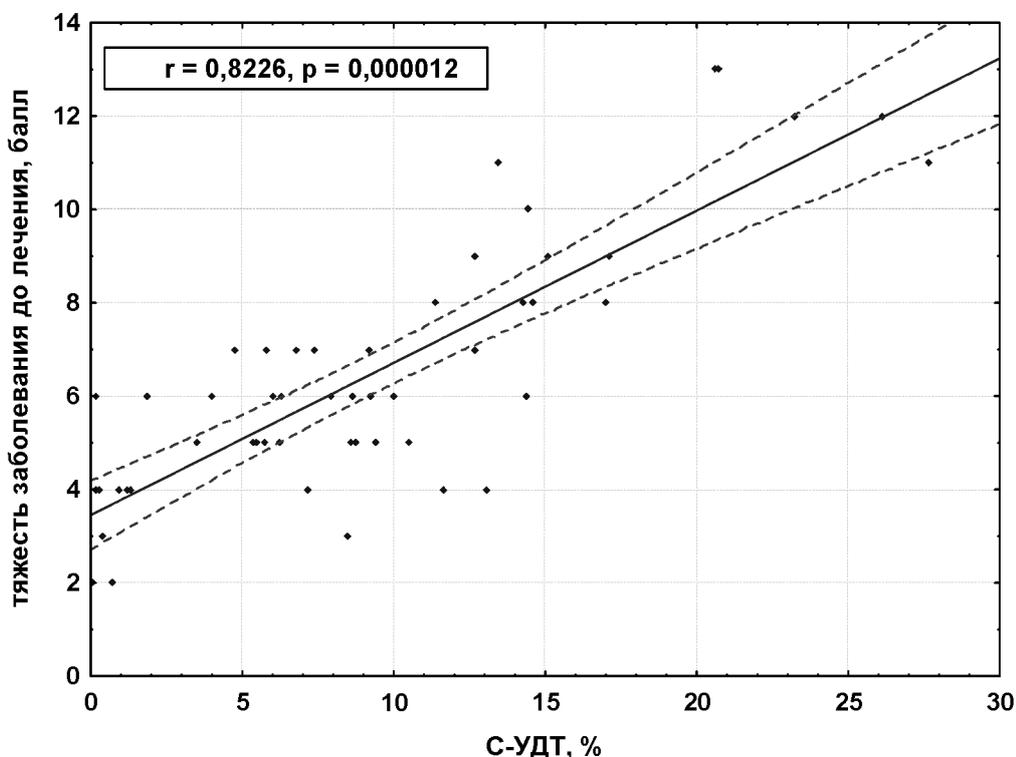


Рис. 1. Коррелятивная связь тяжести клинических форм розацеа с высокими показателями уреазной активности при УДТ.

Тяжесть заболевания оценивалась по четырехбалльной шкале Ада-скевича, которая основана на учете типичных признаков заболевания. Высыпания и признаки при розацеа подсчитываются и оцениваются вместе по четырехбалльной шкале следующим образом: (клинические признаки оценивают от 0 до 3, затем все признаки суммируются и итоговая цифра составляет тяжесть заболевания). Это подтверждает патогенетическую роль заболеваний гастродуоденальной области, ассоциированных с *H. pylori* при розацеа.

Учитывая подтвержденную роль заболеваний гастродуоденальной области, ассоциированных с *H. pylori*, адекватным представляется включение в комплексную терапию розацеа схем эрадикационной терапии *H. pylori*.

В нашей работе все больные были разделены на 2 группы – 30 и 21 человек. Группы больных соответствовали друг другу по полу, возрасту, стадиям и степени клинической выраженности дерматоза, всем проводили комплексную терапию, направленную на основные звенья патогенеза розацеа.

У больных первой группы для исследования эффекта эрадикационной терапии на клинические проявления розацеа использовали семидневную трехкомпонентную схему регламентированную II Маастрихтским соглашением [9, 15]: ингибитор протонного насоса + кларитромицин + амоксициллин (омепразол – энтеральная форма 20 мг 2 раза в сутки ультоп, + кларитромицин (фромилд 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (флемоксин солютаб 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 7 дней).

Больные второй группы (21 человек) получали трихопол по 250 мг 3 раза в сутки в течение месяца.

Эффективность лечения розацеа, ассоциированной с *H. pylori* оценивали через 4-6 недель после отмены всех препаратов, использовавшихся в схемах антихеликобактерной терапии. Эрадикация была достигнута в 75% случаев.

При сравнительном анализе результатов лечения с традиционным методом терапии следует отметить, что у больных после проведенной эрадикационной терапии статистически значимо более высокий процент выздоровления с полным регрессом высыпных элементов.

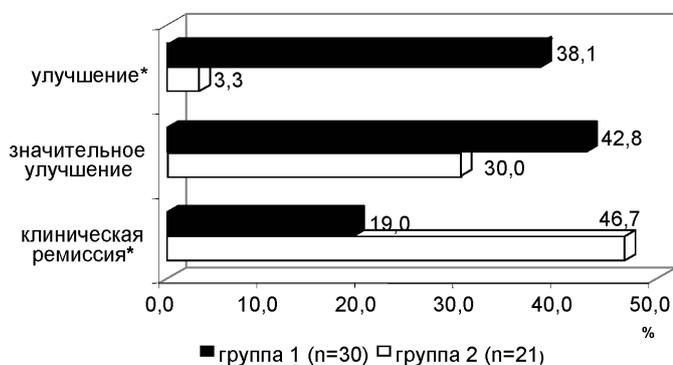


Рис. 2. Сравнительный анализ результатов лечения (* – различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$).

При сравнении длительности клинической ремиссии в обеих группах видно, что в первой группе длительность ремиссии больше, чем во второй (8,36 и 4,38 мес. соответственно).

Таким образом, лечение с учетом обсемененности *H. pylori* является более эффективным, чем только традиционная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Акне: вульгарные и розовые. – М., 2003.
2. Абрагамович Л.Е., Лаврик А.У. // Актуальные вопросы практической медицины: Тез. докл. науч. практ. конф. (20-21 сент. 1990). – Львов. – С. 61-62.
3. Ауун Л.И. *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе язвенной болезни // Матер. VII сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. – Н. Новгород, 1998. – С. 6-11.
4. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем. – М., 2002.
5. Зякун А.М., Цодиков Г.В., Матевосов Д.Ю. и др. // Мед. практика. – М., 2004. – № 2. – С. 69-74.
6. Исаков В.А., Цодиков Г.В. // Клин. лаб. диагн. – 2000. – № 1. – С. 38-41.
7. Курдина М.И., Потеев Н.Н., Потеев С.Н., Львов А.Н. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 2. – С. 16-19.
8. Матевосов Д.Ю., Цодиков Г.В., Зякун А.М. и др. // Альманах клинической медицины / Т. VIII. Часть 1: Современные медицинские технологии и развитие специализированной медицинской помощи населению. – М., 2005. – С. 236-240
9. Потеев Н.Н. Розацеа. – М.-СПб., 2000. – С. 6-9, 15-16.
10. Jansen Th., Plewig G. // Hautarzt. – 1995. – № 46. – С. 675.
11. Malfethertheiner P., Megraud F., Hungin A. et al. // Педиатрия. – 2002. – № 2. – С. 9-18.
12. Rebola A., Drago F., Picciotto A. // Am. J. Gastroenterol. – 1994. – № 89. – P. 1603-1604.
13. Witkowski J.A., Parish L.C. // Int. J. Dermatol. – 1995. – № 34(4). – P. 237-238.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ЛОКАЛЬНЫМ И ВНУТРИВЕННЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА ХЛОРИНОВОГО РЯДА «ФОТОЛОН»

Т.А. Таранец, Т.Е. Сухова, Ю.С. Романко
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Одной из основных проблем современной медицины является неуклонный рост злокачественных новообразований кожи [1, 2, 3, 4, 6, 11], которые в структуре онкологической заболеваемости занимают 2-3-е место, составляя 11-12% [8, 14].

Базально-клеточный рак кожи (БКРК) является наиболее распространенным новообразованием, на долю которого приходится 70-90% от всех злокачественных эпителиальных опухолей кожи [10, 17, 19, 24].

Лечение больных БКРК, несмотря на относительную его «добро-