

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

выпуск №4 - Декабрь 2015





Уральский форум
современные
тенденции развития
**МЕДИЦИНСКОЙ
КОСМЕТОЛОГИИ**

**19-20 апреля 2016 г.
г. Челябинск
в Отеле Парк-Сити**

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический рецензируемый журнал №4, 2015

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»
тел.: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

При информационной поддержке:
Министерства здравоохранения Челябинской области
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в дизайн-студии «ТЕТА», г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23. Номер подписан в печать по графику 29 декабря 2015 г. в 18:00. Фактически 29 декабря 2015 г. в 18:00. Дата выхода 29 декабря 2015 г. Распространяется бесплатно. Перепечатка материала допустима только с письменного согласия редакционного совета.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

18+

Тираж: 500 экземпляров
Выходит 4 раза в год

Главный редактор:
Летяева О.И.

Редакционный совет:
Зиганшин О.Р.
Москвичева М.Г.
Телешева Л.Ф.
Гизингер О.А.
Осиков М.В.

Члены редакционной коллегии:
Абрамовских О.С. (Челябинск)
Алехин Д.И. (Челябинск)
Важенин А.В. (Челябинск)
Волосников Д.К. (Челябинск)
Долгушин И.И. (Челябинск)
Долгушина В.Ф. (Челябинск)
Евстигнеева Н.П. Екатеринбург)

Зуев А.В. (Калининград)
Казачков Е. Л. (Челябинск)
Коркмазов М.Ю. (Челябинск)
Кохан М.М. (Екатеринбург)
Кремлев С.Л. (Челябинск)
Молочков В.А. (Москва)
Охлопков В.А. (Омск)
Привалов А.В. (Челябинск)
Сахарова В.В. (Челябинск)
Шишкова Ю.С. (Челябинск)
Шаназаров Н.А. (Астана)
Юозайтите Э.Б. (Вильнюс))
Юцковская Я.А. (Владивосток)
Jianghua Ou (Харбин)

Технический секретарь:
Дольникова О. А.

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 Слово главного редактора

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 4 Маляр К.В.
ЧЕЛЯБИНСК: ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ
ФОРМ РАБОТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 8 Антимирова Е.А., Летяева О.И.
ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРО-
БЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ
- 15 Медведева Ю.А., Казачков Е.Л.
РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАНЦЕРОМАТОЗ ЛЁГКИХ: ОПИСАНИЕ
КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ
- 20 Тихомиров С.Е.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НА УРОВНЕ РАЙОННОГО СТАЦИОНАРА
- 27 Зиганшин О.Р., Шеметова М.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУНОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ВНУТРИСОСУДИ-
СТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО
ГЕРПЕСА
- 33 Лысенко О.В., Лукьянчикова Л.В.
ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИКРОБНОЙ
ЭКЗЕМЫ

О.И. Летяева

СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Вышел из печати четвертый номер «Южно-Уральского медицинского журнала». Мы завершая год, традиционно подводим итоги.

Самым главным нашим достижением в уходящем году считаю вхождение журнала в РИНЦ, теперь мы имеем возможность размещать полные тексты статей на сайте электронной библиотеки elibrary.ru, появились первые результаты цитирования, журнал все громче заявляет о себе.

Расширяется тематика статей, а это значит, что журнал стал интересен специалистам, работающим в разных направлениях медицины. В текущем номере мы представляем работы по организации здравоохранения, патологической анатомии, нейрохирургии, дерматонерологии.

Архив номеров доступен на официальном сайте журнала <http://sumj.ru/>, на сайте научной библиотеки ГБОУ ВПО Южно-уральского государственного медицинского университета и elibrary.ru.

Приглашаем к сотрудничеству всех заинтересованных лиц и всегда с нетерпением ждем Ваших статей. Искренне надеюсь, что наше издание будет приносить пользу активным и талантливым врачам и ученым!

*Главный редактор «Южно-Уральского медицинского журнала», Доктор медицинских наук
Ольга Ивановна Летяева.*



Маляр К.В.

ЧЕЛЯБИНСК: ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ФОРМ РАБОТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск ул. Воровского, 64

Маляр К.В. – кандидат медицинских наук, заведующая кабинетом выездной паллиативной помощи детям МБУЗ ГКБ № 9, Челябинск; ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск.

Автор, ответственный за переписку: Маляр К.В.

E-mail: 1972.kvm@mail.ru

Тел. сот: 8 904 305 68 69

РЕЗЮМЕ

Для обоснования и внедрения новых форм работы паллиативной помощи мы провели анализ структуры паллиативной заболеваемости в детской популяции г. Челябинска и социальных срезов семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Становлено, что в структуре паллиативной заболеваемости в детской популяции преобладают пациенты 2-й паллиативной группы с неопределенной продолжительностью жизни (свыше 6 месяцев) при хорошем уходе и проведении поддерживающей терапии. Опекаемые семьи в городе Челябинске проживают в хороших социально-бытовых условиях, имеют средний достаток, а молодые, здоровые родители располагают достаточным временем и желанием для занятий с больным ребёнком. В сложившейся ситуации создание выездной паллиативной службы наиболее оправдано, так как это менее затратная форма, чем стационар или хоспис, позволяет разгрузить педиатров, терапевтов и узких специалистов, скорую медицинскую помощь. Для удовлетворения потребностей неизлечимо больных пациентов в комплексной помощи необходимо привлечение различных специалистов, как медицинских, так и немедицинских специальностей. Для реализации междисциплинарного подхода в паллиативной помощи нами обоснована, разработана и внедрена методическая и организационная база по видео-консультированию для неизлечимо больных пациентов всех возрастов и их ближайшего окружения.

Ключевые слова: паллиативная помощь, телемедицина, видео-консультирование

Key words: palliative care, telemedicine, video counseling

ВВЕДЕНИЕ

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания. Слово «паллиативный» происходит от латинского «pallium» – «плащ». Это и определяет философию паллиативной помощи: укрытие плащом, то есть создание покрова, сглаживание и смягчение проявлений неизлечимой болезни. Для создания и развития паллиативной помощи особенно актуальна тема государственно-частного партнерства. Во всем мире паллиатив – это тема тесного взаимодействия некоммерческих организаций и государства, где движущей силой являются благотворительные организации, которые берут на себя около 2/3 финансирования.

По данным официальной статистики на 2014 год, только по городу Челябинску зарегистрировано около 2500 детей с ограниченными возможностями здоровья, из них почти 500 пациентов страдают угрожающими жизни заболеваниями и нуждаются в квалифицированной паллиативной помощи [1-3]. В век высоких технологий необходимо внедрение современных форм работы паллиативной помощи.

Телемедицина – это логическое развитие существовавших в начале века консультаций по телефону, является перспективным направлением информатизации общества [4-8]. Проекты создания телемедицинской сети относятся к важнейшим медицинским программам. Необходимость развития телемедицины признана ведущими странами мира, такими как США, Россия, Великобритания, Германия, Франция, Норвегия и другими. Еще в 1970 году в США были запущены исследовательские программы по телемедицине, в том числе программы по разработке сети для сельской местности, резерваций и по использованию спутниковых технологий для предоставления телемедицинских услуг в удаленных регионах.

Активно разрабатываются методы телемедицины и в Европе. Используемые в настоящее время методы телемедицины являются важным дополнением к традиционным способам предоставления медицинских услуг.

Возможность оказания качественных медицинских услуг в районах значительно удаленных от крупных городов является, безусловно, одним из преимуществ телемедицины, хотя, достижение этой цели требует значительных финансовых инвестиций.

В России зарождение телемедицины тесно связано с освоением космического пространства, так как никакие другие средства не позволяют обеспечить контроль за состоянием здоровья космонавтов на орбите. Медицинская телеметрия и работы по дистанционной передаче медицинской информации начали активно применяться в отечественной космической медицине еще в 60-х годах, хотя термин «телемедицина» в нашей стране появился только в последние годы [9]. С целью обеспечения государственного подхода к решению задач телемедицины и координации выполняемых работ Министерство Российской Федерации по связи и информатизации совместно с Российской академией медицинских наук и Медицинским Центром Управления делами Президента Российской Федерации создали Межведомственный комитет «Российская телемедицина», который является уполномоченным органом в области развития телемедицины [10-12].

Одна из форм телемедицины – видео-консультирование, способствует максимально широкому и быстрому распространению информации пациентам и членам их семей, услуги пациенту оказываются на расстоянии посредством использования последних достижений в области информационных технологий и телекоммуникаций. Данная форма телемедицины позволяет специалисту посредством IT-технологий в режиме реального времени оценить состояние пациента и дать соответствующие рекомендации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ структуры паллиативной заболеваемости в детской популяции г. Челябинска и социальных срезов семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, для обоснования, разработки и внедрения новых форм работы паллиативной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании материалов регистра детей с паллиативными состояниями проведено изучение структуры паллиативной заболеваемости в детской популяции г. Челябинска.

Для сбора первичной информации о со-

циальной характеристике семей, воспитывающих инкурабельного ребенка, а так же их потребностей, на основании литературных данных, нами разработана анкета и проведено анкетирование (опрос) пациентов и их официальных опекунов. Анализ социальных срезов семей, воспитывающих детей с паллиативным состоянием, проведен путем вычисления относительных величин через расчет экстенсивных показателей.

Обоснована, разработана и внедрена методическая и организационная база видео-консультирования для паллиативных пациентов города Челябинска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено, что в структуре паллиативной заболеваемости в детской популяции города Челябинска преобладают пациенты 2-й паллиативной группы с неопределенной продолжительностью жизни (свыше 6 месяцев) при хорошем уходе и проведении поддерживающей терапии.

Анализ анкетных данных пациентов и их официальных опекунов показал, что опекаемые семьи в городе Челябинске проживают в хороших социально-бытовых условиях; имеют средний достаток; молодые, здоровые родители располагают достаточным временем и желанием для занятий с больным ребёнком.

На основании особенностей структуры паллиативной заболеваемости и социальных срезов семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, на наш взгляд, создание выездных паллиативных служб наиболее оправдано, так как это менее затратная форма, чем стационар или хоспис, позволяет разгрузить педиатров и узких специалистов, скорую медицинскую помощь.

Как показал опыт работы сотрудников кабинета выездной паллиативной помощи детям МБУЗ ГКБ № 9 г. Челябинска, для удовлетворения потребностей больного с ограниченными возможностями здоровья в комплексной помощи необходимо привлечение различных специалистов, как медицинских, так и немедицинских специальностей [13].

Для реализации междисциплинарного подхода в паллиативной помощи нами обоснована, разработана и внедрена методическая и организационная база по видео-консультированию для неизлечимо больных пациентов всех возрастов и их ближайшего окружения.

Предлагаемая организационная модель «Всегда рядом – видео-консультирование» включает следующие разделы:

- медицинский блок;

- социально-психологическая помощь;
- логопед-дефектолог;
- юридическая IT-приемная;
- культурно-развлекательный блок;
- больничный клоун;
- дополнительный блок – привлеченные специалисты (по необходимости);
- вебинары для детей и родителей;
- мероприятия по социальной реабилитации для целевой группы.

В городе Челябинске для паллиативных пациентов от 0 до 18 лет запущен пилотный проект «Всегда рядом – видео-консультирование». Реализация проекта стала возможной благодаря поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и МБУЗ ГКБ № 9 г. Челябинска. В поселке Новосинеглазово для паллиативных пациентов всех возрастов запущен пилотный проект при поддержке ОАО «Трубодеталь», БФ «Пеликан» и МБУЗ ГБ №16: «Новосинеглазово: нуждающимся – доступная паллиативная помощь».

Для успешной реализации видео-консультирования в рамках повышения специальных компетенций проведено обучение специалистов и волонтеров. Слушатели данной программы обучения были разделены на 3 категории: специалисты медики и специалисты парамедицинских категорий; студенты; школьники.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основной задачей видео-консультирования является создание благоприятных условий для улучшения положения неизлечимо больного ребёнка путем реализация экстренной и динамической помощи всей семье паллиативного пациента в рамках междисциплинарной команды посредством IT- технологий.

Проектная деятельность направлена на повышение качества социальных услуг детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Пути проектной деятельности:

- внедрение инновационных форм психологических, медико-социальных практик паллиативной помощи больным и их ближайшему окружению и подготовка материалов, обеспечивающих ее оказание после завершения проектной деятельности;
- оказание психологической и медико-социальной помощи и поддержки семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья;
- содействие гармонизации внутрисемейных отношений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, развитие паллиативной помощи, повышение её качества и доступности актуально в городе Челябинске. Внедрение IT-консультирования, как новой формы работы паллиативной помощи, в том числе, педиатрии, в условиях ограниченного финансирования и высокой потребности на современном этапе необходимо. Кроме того будет реализовано расширение участия институтов гражданского общества в решении проблем неизлечимо больных людей, привлечение добровольческого ресурса, построение новых партнерских связей для семей, нуждающихся в поддержке, добровольческими и общественными организациями и объединениями.

Волонтерам из числа детей и молодежи проект поможет сформировать активную гражданскую позицию, участвовать в жизни общества, развивать творческие способности, брать на себя ответственность, организовывать досуг с пользой для общества и получения профессиональных навыков, снизить риск приобщения детей и молодежи к криминальной среде, употреблению наркотиков, алкоголя, укрепить связи между поколениями и ровесниками, а также решить часть социально-значимых задач с участием детей и молодежи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Пешикова М.В. Клинико-иммунологические особенности инфекционных осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом и не-B-клеточными неходжкинскими лимфомами, получающих химиотерапию по протоколу BFM-ALL-90(M): дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск: ГОУ ВПО ЧелГМА, 2004.

2) Peshikova M.V., Dolgushin I.I., Rusanova N.N. Etiology and structure of infectious complications of cytostatic therapy in children with acute lymphoblastic leukemia and non-B-cell non-Hodgkin lymphomas // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2002. – № 1. – С. 70-71.

3) Шлепотина Н.М. Особенности течения абдоминальных инфекций у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2014. – № 5 (7). – С. 39-42.

4) Григорьев А.И., Саркисян А.Э. Шаги к медицине будущего // Компьютерные технологии в медицине. – 1996. – № 2. – С. 14-18.

5) Григсби Д., Сандерс Д.Х. Телемедицина: уровень развития и перспективы // Междуна-

родный журнал медицинской практики. – 1999. – № 3. – С. 52-56.

6) Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение медицины-98 // 5-й Международный форум : сб. докладов. – Турция, 1998.

7) Пульвер Н.А. Современные медицинские технологии, их роль и возможности внедрения. – Воронеж, 2009.

8) Пивень Д.В. Научное обоснование модели внедрения телемедицины в регионах Сибири : дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2004. – 300 с.

9) Фролов С.В., Фролова М.С. Тенденции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации // Вестник ТГТУ. – 2005. – Т. 11, № 2А. – С. 328-340.

10) Медведев Д.А. Речь на Всемирном конгрессе в Давосе.

11) Шевченко Ю.Л. О создании Координационного Совета Минздрава России по телемедицине. Приказ от 20.12.2000 № 444 // Здравоохранение. – 2001. – № 3. – С. 105-111.

12) Пешиков О.В. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» за 5 лет в Челябинской области // Медико-социальные аспекты оказания помощи пациентам с онкогематологической патологией : сб. материалов межрегион. науч.-практ. конф. с международ. участием. – Челябинск: ПЦ «ПринтМед», 2010. – С. 136-139.

13) Гизингер О.А., Летяева О.И., Зиганшина Т.А., Семёнова И.В. Роль физиотерапевтических воздействий в коррекции дисфункций факторов противoinфекционной защиты организма (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 9-13.

Антимирова Е.А., Летяева О.И.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ

Кафедра дерматовенерологии, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск ул. Воровского, 64

О.И. Летяева, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России.

Е.А. Антимирова, интерн кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России.

Автор, ответственный за переписку: Е.А. Антимирова

E-mail: evgenia.antimirova@mail.ru

Тел. сот.: 8-919-337-38-13

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты изучения отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной проблеме генитального герпеса. Рассматриваются современные представления о характеристике возбудителя, факторах риска, распространенности заболевания, возникновении и течении сопутствующих патологий, коморбидных состояний. Описываются атипичные формы и психосоматические аспекты генитального герпеса. Представлены результаты исследований, которые доказывают влияние вируса простого герпеса на состояние сердечно – сосудистой системы и на течение ВИЧ – инфекции.

Ключевые слова: генитальный герпес, коморбидные состояния, дислипидемия, атеросклероз, ВИЧ – инфекция

Key words: genital herpes, comorbid conditions, dyslipidemia, atherosclerosis, HIV infection

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем современной дерматологической дерматовенерологии является генитальный герпес. Термин «герпес» прочно вошёл в медицинскую лексику 25 столетий назад. Ещё Гиппократом этот термин употреблялся для описания вариантов поражений кожи, по клиническим характеристикам схожих с простым герпесом и опоясывающим лишаем. В начале XIX века были выделены различные клинические разновидности герпеса – лицевой и половой. Но герпес не рассматривался как заразное заболевание. Так было на протяжении 100 лет, пока Gruter не обнаружил,

что материал, взятый из герпетического пузырька, способен вызвать перевиваемый кератоконъюнктивит у кроликов. Прошло много лет, прежде чем установили, что инфекционным агентом при этом заболевании является вирус, который может оставаться в организме хозяина, ничем себя не проявляя и активизируясь лишь под влиянием различных стрессовых ситуаций [1].

Генитальный герпес – это хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, проявляющееся ощущением покалывания, жжения, зуда, болезненностью, появлением везикулёзных элементов, преимущественно на половых органах. Это заболевание вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ). В 80% случаев заболевание обусловлено ВПГ типа 2; в 20% случаев – ВПГ типа 1 [2, 3, 4, 5, 6, 7].

ВПГ проникает в организм человека через слизистые оболочки и кожные покровы. Основным путем заражения является половой [8, 9]. Также возможно инфицирование при орально-генитальных контактах. Аутоинокуляция наблюдается при переносе самим больным вирусом из очага инфекции на незараженные части тела (с лица – на половые органы). Бытовой путь переноса инфекции встречается крайне редко и полностью исключён, если содержащий вирус секрет высыхает. Основным резервуаром инфекции у мужчин является мочеполовой тракт, а у женщин канал шейки матки. Источником инфекции могут быть не только больные с клинически выраженными симптомами, но и бессимптомные носители вируса простого герпеса [1].

Следует отметить, что в отличие от многих инфекционно – вирусных агентов, вирус простого герпеса обладает способностью к переходу в латентное состояние, находясь в сенсорных паравертебральных ганглиях [10, 11, 12]. Это, в свою очередь, обуславливает его пожизненную персистенцию в организме человека после первичного инфицирования [13, 14]. Понимание этого крайне важно, так как в данном случае, при наличии этиотропных средств, невыполним один из важных постулатов терапии – устранить причину. А, следовательно, эта инфекция пожизненна [11, 12, 13, 15]. Постоянные рецидивы оказывают отрицательное влияние на психи-

ческое состояние человека, на межличностные отношения и на качество жизни [16].

Инфекция ВПГ-2 встречается повсеместно и является глобальной проблемой здравоохранения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения заболеваемость генитальным герпесом неуклонно растёт [5]. Согласно расчетам, ежегодно около 20 миллионов человек заражаются вирусом ВПГ-2, при том распространенность ВПГ-2 значительно выше у лиц с несколькими партнерами и в репродуктивной возрастной группе [3, 7, 17].

К факторам, предрасполагающим к инфицированию вирусом простого герпеса 2 типа, относят: неразборчивость в половых связях, большое число половых партнеров, низкий социально – бытовой уровень жизни, возраст (первый пик заболеваемости приходится на подростков, начинающих раннюю половую жизнь, второй – на сорокалетних), ранее начало менархе и половой жизни (до 14 лет), ожирение, снижение уровня тестостерона [1, 18, 20, 21, 29].

В структуре заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), генитальный герпес находится на третьем месте после гонореи и негонококковых уретритов, а, согласно данным зарубежных исследований, генитальный герпес является самой распространенной в мире ИППП [4, 5, 10].

По этой причине, большое количество ученых занимается изучением генитального герпеса.

На данный момент, исследователи уделяют большое внимание иммунологическим аспектам герпеса – вирусной инфекции, изучению клинической картины атипичных форм, неонатальному герпесу, герпесу беременных, а так же коморбидным состояниям.

В зарубежной литературе существует описание большого количества исследований, посвященных изучению взаимосвязи проявлений генитального герпеса и сопутствующих патологий. Полагают, что вирус простого герпеса может влиять на состояние сердечно – сосудистой системы и показатели липидного профиля, на течение ВИЧ – инфекции, сахарного диабета 2 типа, на психическое здоровье человека, являясь причиной попыток суицида в развитых странах.

ВПГ И СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

ВПГ может способствовать накоплению свободных липидов в стенке сосудов, а, следовательно, принимать участие в атерогенезе, способствовать развитию атеросклероза и повышать риск развития других сердечно

– сосудистых заболеваний [21, 22, 23, 24, 25, 26]. Например, персистенция вируса простого герпеса как первого, так и второго типа рассматривается как независимый фактор риска развития ишемической болезни сердца, эссенциальной гипертензии и дислипидемии [22, 27].

Дислипидемия при герпесвирусной инфекции характеризуется:

- повышением содержания общего холестерина (> 6.7 мм/л);
- повышением холестерина липопротеинов низкой и очень низкой плотности;
- повышением уровня триглицеридов (2.1 мм/л);
- снижением липопротеинов высокой плотности [7, 22].

При этом, существует прямая зависимость: чем выше вирусная нагрузка, тем выше риск развития острого инфаркта миокарда [24].

Группа ученых из Ирана в своем исследовании попыталась найти связь между уровнем инфекционной нагрузки ВПГ 1 и 2 типа у пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией.

В исследовании приняли участие в общей сложности 120 пациентов с ишемической болезнью сердца, из которых 60 пациентов с острым инфарктом миокарда или нестабильной стенокардией и 60 здоровых испытуемых в качестве контрольной группы. Образцы сыворотки всех участников были протестированы на наличие антител к ВПГ 1 и 2 типа с помощью иммуноферментного анализа.

В результате исследования было выяснено, что в группе больных ИБС коэффициент серопозитивности был выше, чем в контрольной группе (2.47 против 1.68 соответственно). Кроме того, распространенность анти-ВПГ-1-антител была существенно выше в группе пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией в сравнении с контрольной группой.

Учеными был сделан вывод, что персистенция и инфекционная нагрузка вируса простого герпеса как первого, так и второго типа должна рассматриваться как независимый фактор риска развития ишемической болезни сердца [24].

Исследование Т.В. Амвросьевой было посвящено изучению влияния вируса простого герпеса на накопление липидов в клетках сосудов. Доказано, что ВПГ – инфекция гладкомышечных клеток культуры эмбрионов аорты сопровождалась повышенным накоплением свободных липидов в стенке сосудов. Коэффициент атерогенности 3.8 (N<3). Использование антигерпетических препаратов при зараже-

нии привело к коррекции липидного спектра зараженных животных и сопровождалось нормализацией внутриклеточного содержания липидов.

Из чего следует, что вирус простого герпеса может способствовать накоплению свободных липидов в стенке сосудов, а, следовательно, принимать участие в атерогенезе, способствовать развитию атеросклероза и повышать риск развития других сердечно – сосудистых заболеваний [22].

Что касается артериальной гипертензии, то было доказано, что распространенность IgG к ВПГ-2 была значительно выше в группе пациентов с гипертонической болезнью, чем в нормотензивной группе (38.3% против 29.8%) [28].

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

Генитальный герпес может иметь типичное, атипичное и бессимптомное течение (или вирусоносительство). Современной особенностью заболевания является тот факт, что на долю типичной формы приходится лишь 20%, атипичной – 60% , бессимптомной – 20% случаев.

Атипичные формы генитального герпеса характеризуются стёртым, abortивным течением процесса. Если при типичных формах заболевания всегда бывают характерные высыпания, то при атипичной форме единственным проявлением могут быть эритематозные пятна и выраженная отёчность. Такая форма называется отёчной и встречается чаще у медицинских работников, имеющих контакт с ВПГ (перевязочный материал, стоматологические инструменты и т.д.).

Простому герпесу может сопутствовать мультиформная эритема. У 75% больных пусковым фактором в развитии кожной мультиформной эритемы являются вирусы простого герпеса.

Иногда высыпания при простом герпесе локализуются по ходу нервных стволов, напоминая опоясывающий герпес, однако болевой синдром, характерный для последнего, отсутствует или выражен незначительно. Это зостериформный простой герпес, встречающийся чаще у лиц с иммуносупрессией.

Герпетиформная экзема (экзема Капоши) встречается у детей грудного или более старшего возраста, реже у взрослых, страдающих экземой или атопическим дерматитом. Обычно заболевание начинается остро и сопровождается повышением температуры тела до 40°C, с ознобом и интоксикацией. В первые сутки, и иногда позже (3–4 дня), на пораженных участках кожи появляются однокамерные пузырьки с прозрачным содержимым, распро-

страняющиеся постепенно на соседние здоровые участки кожи, присоединяется вторичная инфекция. Пузырьки лопаются, образуются мокнущие эрозивные поверхности, которые затем покрываются корками. При обширных поражениях заболевание протекает крайне тяжело. Летальность у детей в возрасте до 1 года составляет 10–40%. Экзема Капоши также наблюдается при иммунодефицитных состояниях, в т.ч. при ВИЧ-инфекции.

К атипичным относится и язвенно-некротическая форма простого герпеса, являющаяся маркером тяжелой иммуносупрессии. Она встречается при ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа, а также у пациентов с онкологическими, гематологическими заболеваниями, на фоне лучевой, кортикостероидной, цитостатической терапии. При этой форме на месте везикул образуются язвы, постепенно увеличивающиеся в размере, достигая в диаметре 2 см и более. Такие кожные поражения стойко сохраняются в течение нескольких месяцев, а обратное развитие с отторжением корок, эпителизацией язв и последующим рубцеванием происходит очень медленно.

Выделяют геморрагическую форму ПГ, когда везикулы имеют кровянистое содержимое, что наблюдается у пациентов с нарушением системы гемостаза [29].

К атипичным проявлениям также относятся микровезикулы, стойкий зуд, жжение, обильные, не поддающиеся лечению, бели.

Наиболее часто атипичные формы встречаются при хроническом рецидивирующем герпесе, однако возможны и при первичном поражении [30, 31].

В исследовании университета Mahidol в городе Бангкоке было проведено исследование в котором приняли участие 294 больных генитальным герпесом, 147 (50%) из них были мужского пола, в возрасте от 16,8 до 48,3 лет. Целью исследования было изучение частоты атипичных форм генитального герпеса. По результатам исследования наиболее частым атипичным проявлением стала язвенная форма (48.3%). Гипертрофические проявления наблюдались в 4,8% (у 14 из 294) пациентов; 50% (7 из 294) были мужчины, средний возраст 44.5 лет. При том, у всех пациентов с гипертрофическими проявлениями была диагностирована ВИЧ – инфекция [32].

ВПГ – 2 И ВИЧ

Вирус простого герпеса II типа и вирус иммунодефицита человека оказывают взаимное влияние друг на друга. У лиц, инфицированных ВИЧ, ВПГ-2 является одной из наиболее

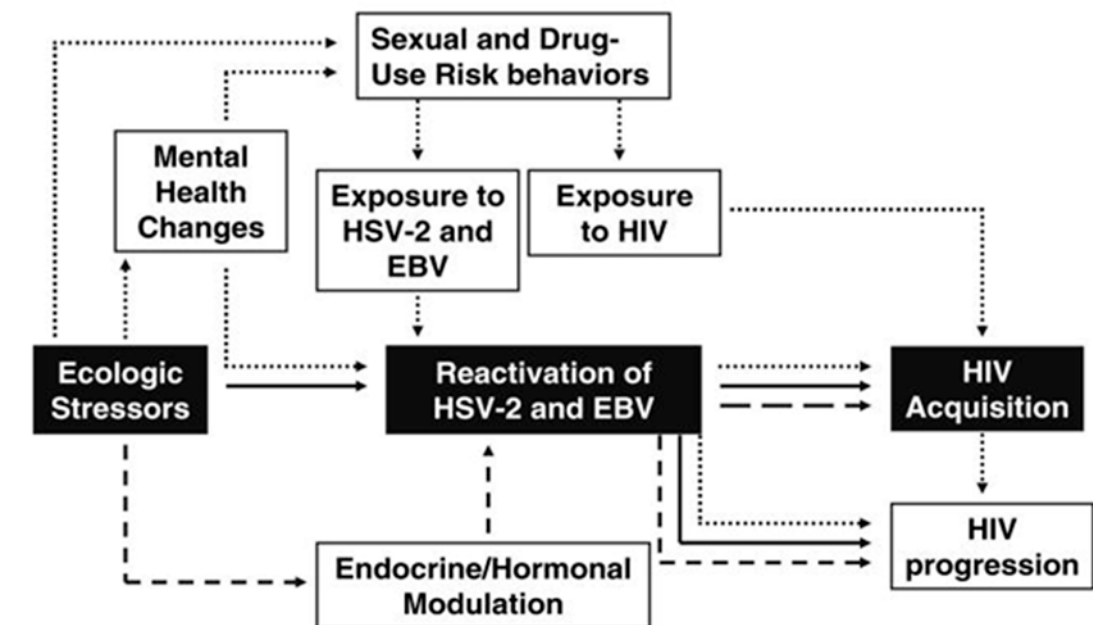
частых инфекций, и встречается у 60-90% ВИЧ-инфицированных. Инфекция ВПГ-2 увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией приблизительно в 3 раза [3, 19, 28, 29, 33].

Рецидивирование генитального герпеса клинически проявляется образованием эрозий, что создает благоприятные условия для проникновения вируса иммунодефицита человека при половом контакте [28, 33, 34]. Повреждение слизистой оболочки генитального тракта способствует притоку CD 4 лимфоцитов и макрофагов в пораженную область. Присутствие этих клеток может облегчить передачу

вирионов ВИЧ от ВИЧ-инфицированного человека инфицируемому или обеспечить дополнительные условия для внедрения ВИЧ [30].

Заболеваемость генитальным герпесом особенно важна для некоторых стран Африки и Азии, где заболевания половых органов, сопровождающиеся изъязвлениями, вероятно, являются одним из главных факторов широкого распространения ВИЧ – инфекции [7, 25, 27].

Существуют клинические исследования, которые доказывают, что ВПГ – 2 влияет на прогрессирование ВИЧ – инфекции [33].



Имеются свидетельства о влиянии ВИЧ на связанную со стрессом реактивацию ВПГ – 2 на уровне влияния психосоциальных факторов от приобретения ВИЧ [35].

На данной схеме представлена зависимость возникновения рецидивов генитального герпеса и инфицирования вирусом иммунодефицита человека от факторов внешней среды (экологического стресса).

Первый путь – экологический стресс рассматривается как фактор, который может привести к изменению психического здоровья, которое, в свою очередь, может повлечь такие изменения образа жизни как употребление наркотиков и увеличение количества половых партнеров, беспорядочные половые связи, которые увеличивают риск заражения вирусом простого герпеса 2 типа, будущую реактивацию вируса с последующим повышенным риском ВИЧ-инфицирования и прогрессирования ВИЧ – инфекции.

Второй путь – экологические стрессоры могут вызвать увеличение частоты рецидивов ВПГ-2 напрямую, что впоследствии повышает риск

ВИЧ-инфицирования и прогрессирования.

Третий путь – экологические стрессоры могут вызывать эндокринные/гормональные изменения, которые приводят к реактивации ВПГ-2 и к последующему повышению риска ВИЧ-инфицирования и прогрессирования [35].

У ВИЧ-инфицированных пациентов генитальный герпес может вызывать тяжелые атипичные клинические проявления – увеличение числа и размеров поражений как при первичном инфицировании ВПГ, так и при рецидивах. Пузырные и язвенные поражения характеризуются более выраженной болезненностью и заживают медленнее, чем у пациентов с неизменным иммунитетом. По мере усиления иммуносупрессии характерно увеличение частоты и тяжести рецидивов генитального герпеса. Хронические язвы, не заживающие больше месяца, являются у ВИЧ-инфицированных пациентов признаком развития СПИДа [36]. Для таких больных характерна атипичная локализация проявлений ВПГ-инфекции в области поясницы, на ягодицах, в перианальной области. Размеры

поражений могут достигать до 20 см в диаметре. Язвенные поражения могут осложняться стафило-стрептококковой инфекцией, могут приобретать веррукозную гиперкератотическую форму и требуют интенсивного продолжительного лечения [30, 31, 37].

В поздней стадии ВИЧ ВПГ-2 может привести к более серьезным, хотя и редким осложнениям, таким как менингоэнцефалит, эзофагит, гепатит, пневмонит, некроз сетчатки или диссеминированная инфекция [3].

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

При длительно протекающей, часто рецидивирующей герпетической инфекции наряду с соматическими страданиями, больные переживают тяжелые невротические и депрессивные расстройства.

При проведении исследований психосоматических особенностей больных простым герпесом, был выявлен гетерогенный характер личностных особенностей: от нарушений социальной адаптации, агрессивных вспышек, неуправляемости, непризнания авторитетов, неконформности установок, импульсивности до ригидности, мнительности, боязливости, озабоченности своим состоянием, утомляемости, низкой устойчивости к стрессам. При оценке психических нарушений при часто рецидивирующем простом герпесе отмечено, что они относятся к группе пограничных психических расстройств (депрессивный, тревожно - фобический, астенический и другие синдромы) [16]. Наиболее часто при герпетической инфекции среди психических расстройств, встречается депрессия - 50%.

Все эти факторы создают дополнительные предпосылки для снижения противовирусного иммунитета, и как следствие, обострения герпеса, что в свою очередь, еще более усиливает психоэмоциональное напряжение, приводя к развитию хронического стрессового расстройства.

Рецидивирующий генитальный герпес, нарушает нормальную половую жизнь пациентов, является причиной нервно-психических расстройств. Отсутствие доступной информации о путях инфицирования, способах профилактики и лечения герпетической инфекции способствует усилению тревоги и порождает страх социальной оценки [38].

Существует предположение о возможно существующей связи между психологическим статусом у этих больных и частотой рецидивов. Изучение возможности реактивации рецидивирующего герпеса при стрессе (фи-

зические, биохимические, психологические факторы) с использованием шкал депрессий, жизненных стрессовых факторов и личностных характеристик свидетельствует об отсутствии зависимости между количеством рецидивов и жизненными стрессовыми факторами. Установлено, что личностные характеристики больных (в частности, невротический склад характера) в большей степени, чем уровень стресса, влияют на течение инфекции, вызванной ВПГ. Однако в серии других исследований было показано, что именно частота рецидивов влияет на психологический статус больной [1].

Е. Нооп, Р. Нооп, К. Ранд проводили исследования среди инфицированных ВПГ-2, в которых пришли к выводу о том, что психологический стресс не приводит непосредственно к рецидиву ПГ, а является лишь предрасполагающим фактором [38].

Таким образом, устанавливается своеобразный "порочный круг", в котором болезнь влияет на психическое здоровье больного с одной стороны, с другой стороны рецидивирующее хроническое течение герпесвирусной инфекции часто сопровождается психическими расстройствами невротического спектра.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Шляпников М.Е., Ларина Д.М., Неверова Е.И. Генитальная герпетическая инфекция: избранные вопросы экспериментальной патологии, клинического течения и диагностики в акушерско - гинекологической практике (клиническая лекция). Тольяттинский медицинский консилиум. Издательство ООО «РИЧ-МАРК». Стр. 44-55. 2014 г.
- 2) Абрамова Т.В., Мерцалова И.Б. Новые возможности терапии генитального герпеса. Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал, 2012 г.
- 3) Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №400. Январь 2015 г. Электронный документ. - URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/ru/> (дата обращения: 12.12.2015).
- 4) Европейское руководство / Под ред. А.Д. Камбаса, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2009.
- 5) Кубанова А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А. и др. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации // Вестн. Дерматол. 2010, №5. С. 4-21.
- 6) Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И., Молочков А.В., Генитальные вирусные инфекции. М: Бином, 2009.

7) Nag S, Sarkar S, Chattopadhyay D, Bhattacharya S, Biswas R5, SenGupta M. Seroprevalence of Herpes Simplex Virus Infection in HIV Coinfected Individuals in Eastern India with Risk Factor Analysis. Adv Virol., 2015.

8) Вульф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т.3. М.: Бином, 2012.

9) Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпес – вирусные инфекции человека. СПб.: СпецЛит, 2013.

10) Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Этиотропная терапия простого герпеса: фокус на валациклоvir. «РМЖ» №9 от 20.05.2015 стр. 520

11) Халдин А.А., Игнатъев Д.В., Васильева А.Н. Простой герпес: этиология, патогенез, диагностика, лечение // Consilium medicum (дерматология). 2009. №1. С. 35-36.

12) Халдин А.А., Львов А.Н., Маркова Ю.А. и др. Стандартизация ведения пациентов с рецидивирующим простым герпесом: терапия, профилактика и консультирование. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии 2010; 2: 59-65.

13) Летяева О.И., Гизингер О.А., Зиганшин О.Р. Генитальный герпес: долгосрочные подходы к терапии «пожизненной инфекции». Клиническая дерматология и венерология 2013;6: 61-66.

14.) Wang K, Goodman KN, Li DY, Raffeld M, Chavez M, Cohen JI . An Herpes Simplex Virus 2 (HSV-2) gD Mutant Impaired for Neural Tropism is Superior to HSV-2 gD Subunit Vaccine to Protect Animals from Challenge with HSV-2. J Virol. 2015.

15) Халдин А.А. Герпес – вирусные дерматозы: подходы к этиотропной терапии и вторичной профилактике. Приложение consilium medicum. Дерматология No 2, 2014 г.

16) Львов А.Н., Халдин А.А., Иванов О.Л. Психосоматические и психореабилитационные аспекты рецидивирующего простого герпеса // Рос. журн. кож. и вен. болезней. (Приложение Герпес). 2008. С. 25-28.

17) Летяева О.И., Гизингер О.А., Зиганшин О.Р. Вопросы эффективности и безопасности иммуномодулирующей терапии в лечении хламидийно-герпетической инфекции уrogenитального тракта. Вестник дерматол и венерол 2012; 1: 99-104.

18) Fernández-Real JM, Ferri MJ, Vendrell J, Ricart W. Burden of infection and fat mass in healthy middle-aged men. Obesity (Silver Spring), 2007.

19) Judith R Glynn, Ndoliwe Kayuni, Levie Gondwe, Alison J Price, and Amelia C Crampin. Earlier menarche is associated with a higher prevalence of Herpes simplex type-2 (HSV-2) in young women in rural Malawi. Published online, 2014.

20) Karjala Z, Neal D, Rohrer J. Association between HSV1 seropositivity and obesity: data from the National Health and Nutritional Examination Survey, 2007-2008. PLoS One., 2011.

21) Rubicz R, Leach CT, Kraig E, Dhurandhar NV, Grubbs B, Blangero J, Yolken R, Göring HH. Seroprevalence of 13 common pathogens in a rapidly growing U.S. minority population: Mexican Americans from San Antonio, TX. BMC Res Notes., 2011.

22) Амвросьева Т.В. Вирусные инфекции как факторы риска в атерогенезе (экспериментальные и клинические исследования): автореф. дис. д-ра мед. наук: 03.00.06/ РАМН Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова. – Москва, 1994. – 44 с.

23) Al-Ghamdi A. Role of herpes simplex virus-1, cytomegalovirus and Epstein-Barr virus in atherosclerosis. Pak J Pharm Sci. - 2012.

24) Jafarzadeh A, Nemat M, Tahmasbi M, Ahmadi P, Rezayati MT, Sayadi AR. The association between infection burden in Iranian patients with acute myocardial infarction and unstable angina. Acta Med Indones., 2011.

25) Mendy A, Vieira ER, Gasana J. Seropositivity to herpes simplex virus type 2, but not type 1 is associated with premature cardiovascular diseases: a population-based cross-sectional study. Atherosclerosis., 2013.

26) Prasongsukarn K, Chaisri U, Chartburus P, Wetchabut K, Benjathummarak S, Khachansakumet V, Maneerat Y. Phenotypic alterations in human saphenous vein culture induced by tumor necrosis factor-alpha and lipoproteins: a preliminary development of an initial atherosclerotic plaque model. Lipids Health Dis., 2013.

27) Phipps W, Nakku-Joloba E, Krantz EM, Selke S, Huang ML, Kambugu F, Orem J, Casper C, Corey L, Wald A. Genital Herpes Simplex Virus Type 2 Shedding Among Adults With and Without HIV Infection in Uganda. J Infect Dis., 2015.

28) Sun Y, Pei W, Wu Y, Jing Z, Zhang J, Wang G. Herpes simplex virus type 2 infection is a risk factor for hypertension. Hypertens Res., 2004.

29) Степанова Е.В. Герпесвирусные заболевания и ВИЧ – инфекция. ВИЧ – инфекции и иммуносупрессии, том 1. 2009 г. С. 16-30.

30) Чернова Т. А., Гордеева Г. В., Гималиева Г. Г., Краснова Н. В., Зольникова Л. Г. ВИЧ-СПИД в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем, и некоторыми дерматозами. Здравоохранение Чувашии. 2009 г., с. 53 – 58.

31) Chopra S, Arora U. Skin and Mucocutaneous Manifestations: Useful Clinical Predictors of HIV/AIDS. J Clin Diagn Res., 2012.

32) Leeyaphan C, Surawan TM, Chirachanakul P, Prasertworonun N, Punyaratabandhu P, Omcharoen V, Jiamton S. Clinical characteristics

of hypertrophic herpes simplex genitalis and treatment outcomes of imiquimod: a retrospective observational study. Int J Infect Dis., 2015.

33) Desai DV, Kulkarni SS. Herpes Simplex Virus: The Interplay Between HSV, Host, and HIV-1, Viral Immunol., 2015.

34) Cohen JA, Sellers A, Sunil TS, Matthews PE, Okulicz JF. Herpes simplex virus seroprevalence and seroconversion among active duty US air force members with HIV infection. J Clin Virol. 2015;

35) Allison E. Aiello, Amanda M. Simanek, and Sandro Galea. Population Levels of Psychological Stress, Herpesvirus Reactivation and HIV. AIDS Behav., 2010.

36) Mosunjac M, Park J, Wang W, Tadros T, Siddiqui M, Bagirov M, Little J. Genital and perianal herpes simplex simulating neoplasia in patients with AIDS. AIDS Patient Care STDS., 2009.

37) Gouveia AI, Borges-Costa J, Soares-Almeida L, Sacramento-Marques M, Kutzner H. Herpes simplex virus and cytomegalovirus co-infection presenting as exuberant genital ulcer in a woman infected with human immunodeficiency virus. Clin Exp Dermatol., 2014.

38) Шилова Н.П. , Байкова И.А., Русаленко М.Г., Курс О.В., Романива О.А. Герпетическая инфекция как психосоматическое расстройство. Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель. 2010 г.

Медведева Ю.А., Казачков Е.Л.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАНЦЕРОМАТОЗ ЛЁГКИХ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия,
454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Медведева Юлия Алексеевна, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Казачков Евгений Леонидович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск.

Автор, ответственный за переписку: Казачков Е.Л.

E-mail: doctorkel@narod.ru

Тел.: 8 (351) 23-20-145

Тел. сот.: 8 912-32-33-974

РЕЗЮМЕ

Описано наблюдение множественных метастазов папиллярного рака щитовидной железы легкие у пациента 42 лет. Диссеминация в легких не имела клинических проявлений, обнаружена при флюорографическом исследовании, расценена как диссеминированный процесс неясной этиологии. Диагноз установлен лишь при морфологическом исследовании биопсийного материала лёгкого. Приведены данные литературы об особенностях отдаленного метастазирования и дифференциальной диагностики метастазов папиллярной карциномы щитовидной железы.

Ключевые слова: папиллярная карцинома щитовидной железы, канцероматоз лёгких

Key words: papillary carcinoma of the thyroid gland, distant metastases to the lungs

На долю рака щитовидной железы (РЩЖ) приходится около 1% всех злокачественных опухолей человека, причём более, чем в 90% случаев – это такие гистологические типы опухоли, как папиллярный, фолликулярный и медуллярный рак [1]. Прогноз хирургического лечения этих карцином относительно благоприятный: в 70% наблюдается излечение, в 20% – рецидивирование процесса и лишь в 5-10% – отдаленное метастазирование [2-4], причём результаты лечения во многом зависят от способности новообразования к метастазированию, особенно отдалённому.

Каждый гистотип дифференцированно-го РЩЖ (ДРЩЖ) имеет свою «излюбленную» локализацию отдаленных метастазов: у папиллярной карциномы – это легкие, у фолликулярной – кости, у медуллярной – печень, легкие и кости [5]. Статистические показатели частоты метастазирования РЩЖ в легкие неоднозначны и колеблются в широких пределах – от 4,4% до 27% [6-11], однако гематогенные метастазы папиллярного РЩЖ (ПРЩЖ) в легкие упоминаются в литературе значительно реже (5,9-10%)[7,9]. Так, по данным С.В. Яйцева и со авт. [12], за 30 лет наблюдений пациентов, получавших оперативное лечение по поводу РЩЖ в Челябинском областном центре эндокринной хирургии, отдаленное гематогенное метастазирование ПРЩЖ зарегистрировано лишь в 0,2% случаев, что свидетельствует о редкости данного проявления ДРЩЖ в нашем регионе.

В случаях, когда множественные гематогенные метастазы в легкие являются первым проявлением онкологического заболевания, диагностировать ДРЩЖ гораздо сложнее. При этом рентгенологическая картина изменений лёгких в виде множества очаговых теней различной интенсивности и размеров на фоне общего усиления легочного рисунка не является специфичной и именуется в литературе синдромом легочной диссеминации (СЛД) [13,14].

СЛД может быть характерным для ряда заболеваний с различной этиологией, механизмами развития, клинико-морфологическими признаками и исходами. Среди них выделяют инфекционные страдания (диссеминированный туберкулез, грибковые поражения, ВИЧ-ассоциированные легочные диссеминации), саркоидоз, канцероматоз, кардиогенные диссеминации, интерстициальные заболевания легких и пр. [13,15]. В этих ситуациях только морфологическое исследование легкого позволит установить правильный диагноз и определить дальнейшую лечебную тактику [16], а роль патологов дифференциальной диагностики следует считать ключевой.

Приводим собственное наблюдение редкого проявления прогрессии папиллярного РЩЖ – канцероматоза лёгких.

Пациент Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение Челябинского областного противотуберкулезного диспансера (ЧОПТД) с диагнозом: диссеминация в легких неясной этиологии. Диссеминированный процесс в легких был выявлен в ходе флюорографического исследования при устройстве на работу. При поступлении предъявлял жалобы на насморк и боли в поясничном отделе позвоночника. Из анамнеза известно, что пациент ранее страдал хроническим катаральным бронхитом. При использовании параклинических и общеклинических методов исследования отклонений от нормы выявлено не было. Лишь при спирометрии отмечено легкое снижение показателя жизненной емкости легких.

В стационаре выполнено Rg-томографическое исследование органов грудной клетки, которое выявило по всем легочным полям, больше в верхних и средних отделах, мелкоочаговую диссеминацию на фоне избыточного легочного рисунка; корни лёгких структурны, тень сердца не смещена. На основании Rg-то-

мографической картины было высказано подозрение на диссеминированный гранулематозный процесс в легком: саркоидоз или туберкулез. Пациент подготовлен к биопсии легкого и плевры для последующей гистологической верификации патологического процесса.

Под общим обезболиванием произведена операция – видеоторакоскопия справа с аппаратной биопсией S2. При ревизии плевральная полость свободна; париетальная плевра бледно-розовая, прозрачная; междольевые борозды выражены хорошо; висцеральная плевра и легкое умеренно запылены; по всем легочным полям, преимущественно в верхних отделах, обнаружено большое количество округлых белесоватых узелков до 0,2 см в диаметре. Произведена атипичная резекция фрагмента S2 правого легкого, в толще которого на разрезе визуально и пальпаторно определялись мелкие округлые плотноватые узелки серого цвета до 2 мм в поперечнике. Послеоперационное течение без осложнений.

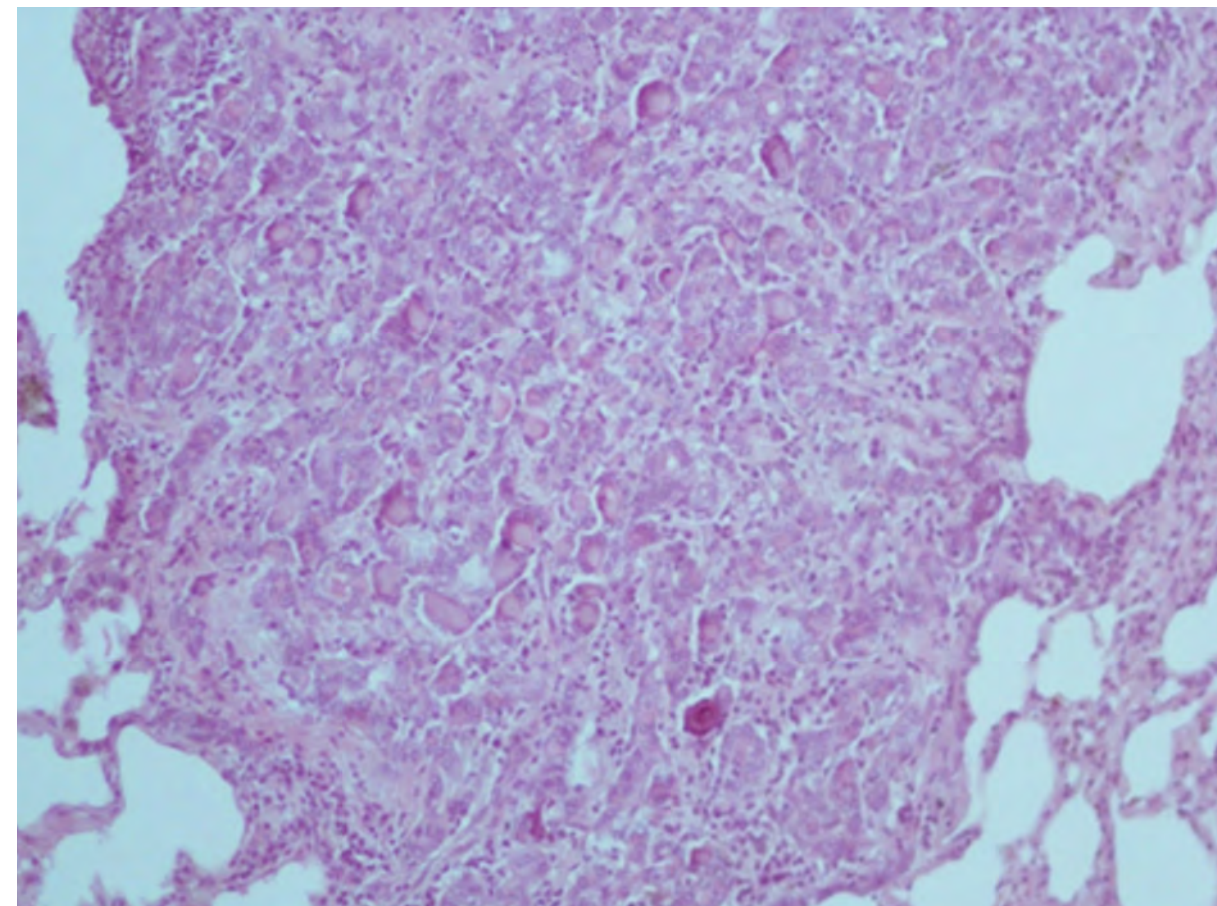


Рис. 1. Морфологическая характеристика метастазов папиллярного рака щитовидной железы в лёгкие. Один из многочисленных очагов диссеминации в лёгком округло-овальной формы, состоящий из тубулоподобных структур, выстланных атипичным железистым эпителием. В просвете тубулярных структур – эозинофильный материал, расположенный мозаично. Окраска гематоксилином и эозином; $\times 100$.

При гистологическом исследовании в респираторных отделах лёгкого выявлено мозаичное утолщение межальвеолярных перегородок с очаговой лимфоцитарной инфильтрацией. В интерстиции, преимущественно перибронхиально и периваскулярно, обнаружены узелки различных размеров с чёткими границами, состоящие из тубулярных структур с узкими округлыми просветами, выстланными атипичными кубическими и уплощенными эпителиоцитами и выполненными эозинофильным гомогенным материалом (рис. 1). Ядра эпителиальных клеток округлые удлинённые, местами палочковидные. В них определяются бороздки разной глубины, расположенные параллельно продольной оси ядер, имеются участки просветления хроматина и ядрышки с внутриядерными эозинофильными псевдовключениями («глазки сиротки Энни») [17] (рис. 2). При проведении ШИК-реакции в просветах некоторых тубулярных формирований определяются скопления гомогенного ШИК-позитивного материала – коллоид в опухолевых фолликулах (рис. 3). Описанные ядерные трансформации верифицированы нами как патномоничные для папиллярной карциномы щитовидной железы. Сопоставив

обнаруженные нами изменения в лёгком с данными литературы [18], мы расценили их как метастазы ПРЩЖ в лёгкие (канцероматоз лёгких).

После установления морфологического диагноза пациенту в хирургическом стационаре проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы, в ходе которого обнаружены эхографические признаки узлового образования левой доли щитовидной железы на фоне её диффузных изменений (аутоиммунный тиреоидит), а также лимфаденопатия шейной группы лимфоузлов слева. Назначены консультации онколога и эндокринолога.

Таким образом, данное наблюдение указывает на серьёзные затруднения при дифференциальной диагностике диссеминированных процессов в лёгких, которая зачастую малоэффективна без изучения тканевого материала с применением биопсийного метода исследования. Отсутствие чётких клинических признаков патологического процесса в щитовидной железе и редкость обширных гематогенных метастазов РЩЖ в лёгкие не позволяло сразу заподозрить тиреоидную природу обнаруженных лёгочных диссеминатов. Это могло бы повлечь за собой ошибочную

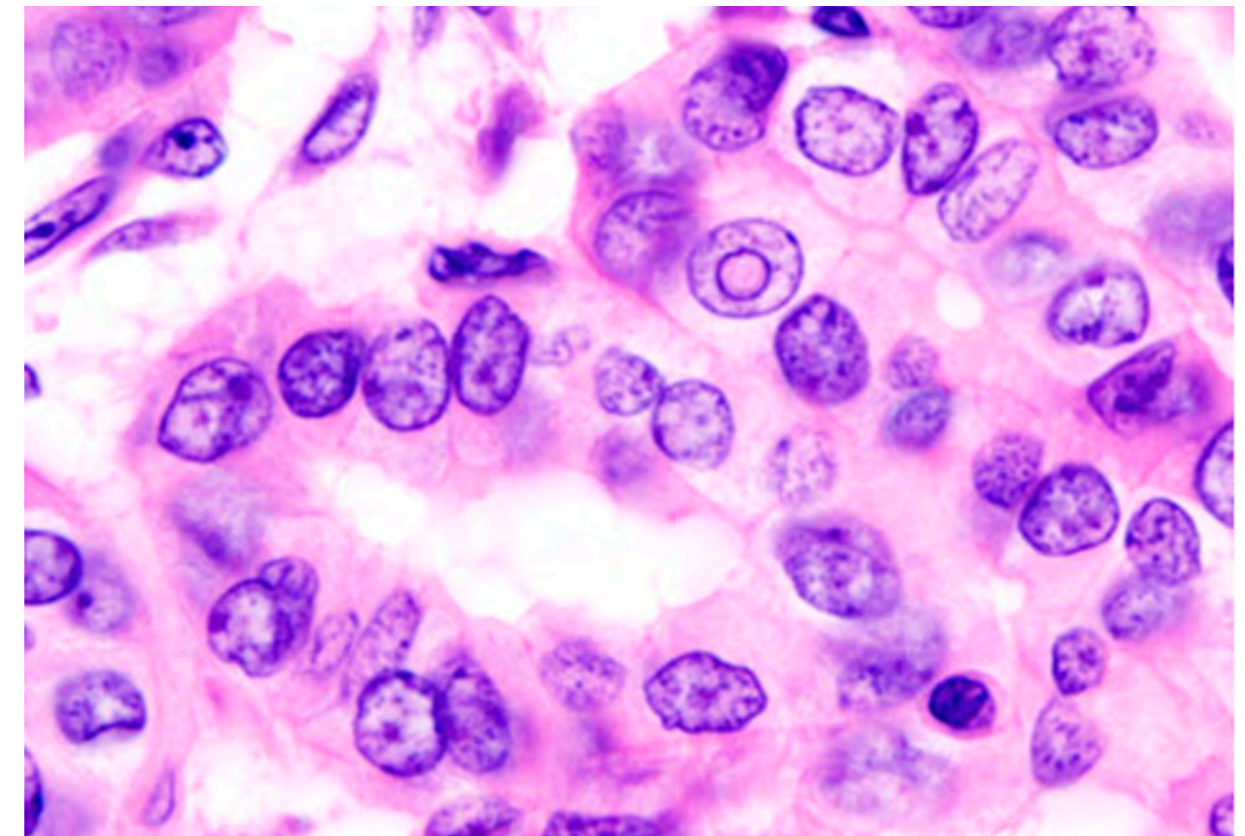


Рис. 2. Патоморфология папиллярного рака щитовидной железы, метастазировавшего в лёгкие. Тубулярные формирования выстланы опухолевыми клетками с палочковидными и округлыми ядрами с просветленным хроматином в них («глазки сиротки Энни»). Окраска гематоксилином и эозином; $\times 600$.

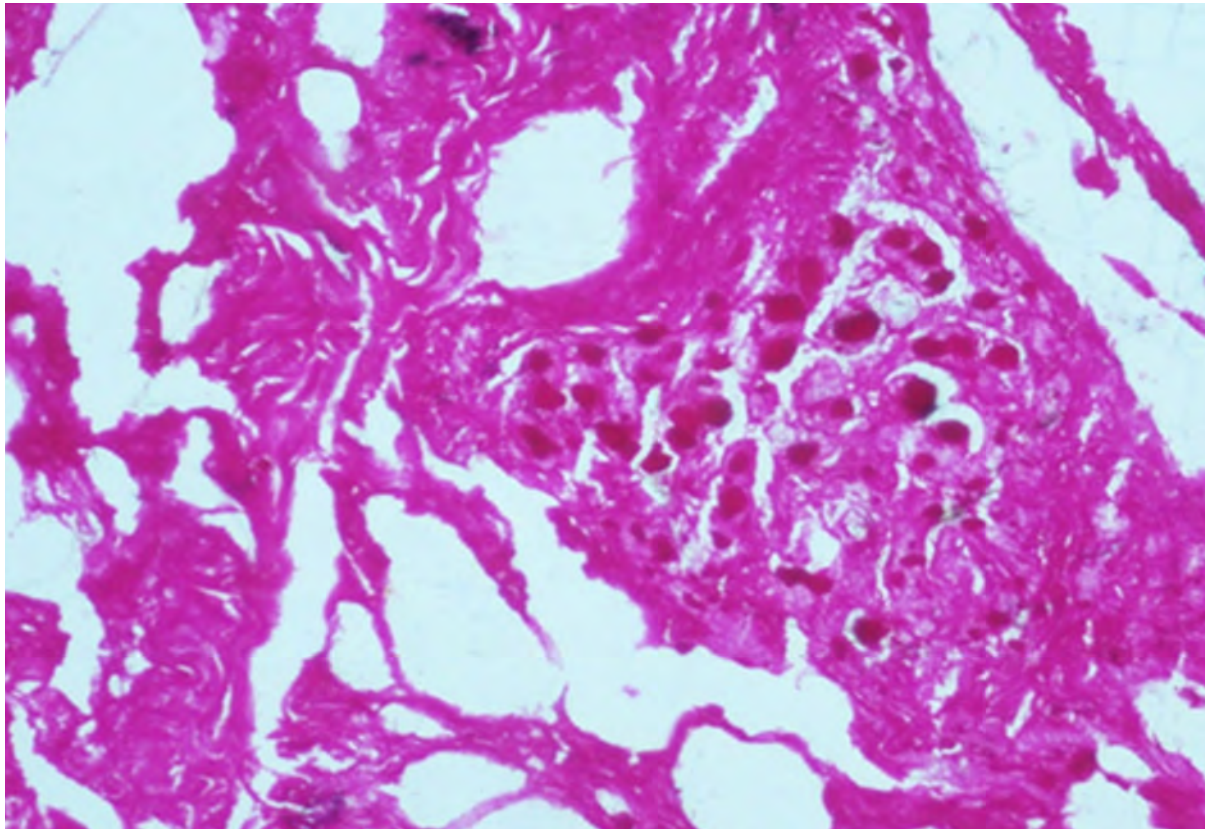


Рис. 3. Гистохимическая характеристика метастаза папиллярного рака щитовидной железы к лёгкое. ШИК-позитивное окрашивание материала, выполняющего просветы тубулярных структур (коллоид в опухолевых фолликулах).
Окраска – ШИК-реакция; $\times 100$.

тактику ведения пациента с использованием длительной консервативной терапии предполагаемого туберкулеза либо саркоидоза, что привело бы к немотивированному подавлению защитных сил организма и прогрессированию опухолевого процесса.

Кроме редкости описанного проявления тиреоидной карциномы еще одной характерной особенностью отдаленных метастазов ДРЩЖ является их медленный рост, отсутствие в течение длительного времени дыхательных расстройств, кровохарканья [19], в связи с чем они могут оказаться рентгенологической находкой, что и имело место в приведенном наблюдении. Только морфологическое исследование фрагмента легкого, полученного путем диагностической видеоторакоскопии с аппаратной биопсией органа, позволило установить верный диагноз сразу же направить пациента к специалистам, которые и определили дальнейшую тактику лечения больного. Полагаем, что при лёгочной диссеминации и подозрении на карциноматоз лёгких в дифференциально-диагностический перечень заболеваний следует включать и злокачественные новообразования щитовидной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Sherman S.I. Thyroid carcinoma. Lancet. 2003; 361 (9356): 501–511.
- 2) Golbert L., Wajner S.M., Rocha A.P., Maia A.L., Gross J.L. Differentiated thyroid carcinoma: initial evaluation and follow-up. Arq. Bras. EndocrinolMetabol. 2005; 49 (5): 701–710.
- 3) Tzavara I., Vlassopoulou B., Alevizaki C. et al. Differentiated thyroid cancer: a retrospective analysis of 832 cases from Greece. Clin. Endocrinol. (Oxford). 1999; 50 (5): 643–654.
- 4) Степанян М.А., Ротин Д.Л., Черкаев В.А., Арустамян С.Р. Метастазирование фолликулярного рака щитовидной железы в основание черепа. Вопр. нейрохирургии. 2011; 4: 75–81.
- 5) Крылов В.В., Дроздовский Б.Я., Тимохина О.В. и соавт. Радионуклидная терапия ^{131}I -оксабиформом в паллиативном лечении больных раком щитовидной железы с метастазами в костях. Росс. онк. журн. 2007; 5: 16–21.
- 6) Wartofsky L. Thyroid Cancer. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2000.
- 7) Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Санкт-Петербург: Питер, 2001.
- 8) Дроздовский Б.Я., Подольхова Н.В. Эффективность радиойодтерапии у больных

раком щитовидной железы с метастазами в средостение и легкие. Проблемы эндокринологии. 2007; 53 (5): 22–24.

9) Гарбузов П.И., Дроздовский Б.Я., Родичев А.А. и соавт. Радиойодтерапия рака щитовидной железы. Практик. онкол. 2007; 1: 42–45.

10) Акопов А.Л., Агишев А.С., Горбунков С.Д., Платонова И.С. Диагностика поздних метастазов рака щитовидной железы в легкие. Вопр. онк. 2008; 54 (3): 368–369.

11) O'Neill C.J., Oucharek J., Learoyd D., Sidhu S.B. Standard and emerging therapies for metastatic differentiated thyroid cancer. Oncologist. 2010; 15 (2): 146–156.

12) Яйцев С.В., Кулаев И.А., Федорова Н.В. особенности метастазирования рака щитовидной железы. Морфологические ведомости. 2009; 3–4: 163–164.

13) Илькович М.М. Диссеминированные заболевания легких. Москва: ГЭОТАР-Мед, 2011.

14) Пономарева Е.Ю., Ребров А.П., Ландфанг С.В., Рощина А.А. Трудности диагностики при диссеминированных процессах в легких.

Клин. медицина. 2013; 7: 61–64.

15) Цветкова О.А., Колосова К.Ю. Трудности дифференциальной диагностики диссеминированных поражений легких. Русский мед. журнал. 2009; 14: 940–941.

16) Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Пикин О.В., Амиралиев А.М. Диссеминированный туберкулез, симулировавший множественные метастазы в легких, у больной, ранее оперированной по поводу рака желудка. Росс. онк. журн. 2008; 4: 43–44.

17) Capella C., Riva C., Leutner M., La Rosa S. Pituitary lesion in multiple endocrine neoplasia syndrome (MENS) type 1. Pathol. Res. Pract. 1995; 191: 345–347.

18) Takahashi M., Buma Y., Iwamoto T. et al. Cloning and expression of the ret proto-oncogene encoding a tyrosine kinase with two potential transmembrane domains. Oncogene. 1988; 3: 571–578.

19) Lloyd R.V. editor. Endocrine pathology: differential diagnosis and molecular advances. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2004.

Тихомиров С.Е.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ РАЙОННОГО СТАЦИОНАРА

ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница»
606108, Нижегородская область, г. Павлово, ул. 8 Марта, 1а

Тихомиров Сергей Евгеньевич – врач-нейрохирург травматологического центра Павловской центральной районной больницы, кандидат медицинских наук.

Автор, ответственный за переписку: Тихомиров С.Е.

E-mail: sergey.tikhomirov.1980@mail.ru

Тел. сот.: 8 951-91-91-113

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ СТАТЬИ

Представить возможности нейрохирургической помощи в современных условиях на уровне районного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2012-2013 гг. на базе Павловской центральной районной больницы (Нижегородская область, г. Павлово) организованы межрайонный травматологический и сосудистый центры. Стационар оснащен необходимой лечебной и диагностической аппаратурой, в том числе компьютерным томографом и магнитно-резонансным томографом. В 2013 г. в штат стационара введена 1 ставка врача-нейрохирурга, а в 2015 г. - 5 нейрохирургических коек. С ноября 2014 по ноябрь 2015 г. в Павловской ЦРБ выполнено 65 нейрохирургических операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оснащение районных стационаров, на базе которых открыты травматологические и сосудистые центры, современным оборудованием, введение в штат нейрохирурга и коек нейрохирургического профиля позволяет приблизить специализированную помощь к пациенту.

2. В современных условиях нейрохирургическая помощь на уровне районной больницы может успешно оказываться не только при неотложной травматической патологии, но и при гипертензивных внутримозговых гематомах, а также возможно выполнение операций при плановой нейрохирургической патологии.

Ключевые слова: травматологический центр, первичный сосудистый центр

Key words: trauma center, primary vascular center

ВВЕДЕНИЕ

В 2012-2013 гг. на базе Павловской центральной районной больницы организовано первичное сосудистое отделение и травматологический центр 2-го уровня, в зону ответственности которых включены 4 района Нижегородской области: Павловский, Богородский, Сосновский и Вачский с общей численностью населения около 157 000. Больница оснащена необходимой лечебной и диагностической аппаратурой, в том числе компьютерным томографом (КТ) и в рамках частно-государственного партнёрства магнитно-резонансным томографом (МРТ). В 2013 г. в штат стационара введена 1 ставка врача-нейрохирурга, а в 2015 г. в травматологическом отделении выделено 5 нейрохирургических коек.

Организовано круглосуточное взаимодействие по сети Internet. При выявлении нейрохирургической патологии снимки высылаются на электронную почту нейрохирургу. Если оперативное вмешательство не требуется, отсылается заключение в формате PDF. Используется отечественная операционная система на основе свободной лицензии GNU/Linux ROSA Desktop Fresh и программы просмотра цифровых медицинских изображений: Aeskulap, XrayLt, ImageViewer.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить возможности оказания нейрохирургической помощи на уровне центральной районной больницы в современных условиях в рамках травматологического и первичного сосудистого центров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2014 по ноябрь 2015 г. в Павловской ЦРБ выполнено 65 нейрохирургических операций. Распределение по нозологиям представлено в табл.1.

Нозологический раздел	Нозологии	Количество операций
Нейротравма	Черепно-мозговая травма (ЧМТ): эпи- и субдуральные гематомы, внутримозговые гематомы, вдавленные переломы	29
	Хронические субдуральные гематомы	6
	Травма позвоночника	3
	Посттравматические дефекты свода черепа.	3
Геморрагический инсульт	ОНМК по геморрагическому типу с формированием внутримозговой инсульт-гематомы.	12
Травма периферических нервов		4
Дегенеративные заболевания позвоночника.	Грыжа межпозвонкового диска	3
Новообразования головного мозга	Доброкачественное новообразование костей черепа (остеома)	1
	Доброкачественное новообразование оболочек головного мозга (менингиома)	2
	Вторичное злокачественное поражение головного мозга (метастаз)	1
Абсцесс головного мозга.		1
Всего		65

Таблица 1. Распределение нейрохирургических операций в Павловской ЦРБ по нозологиям в период с ноября 2014 г. по ноябрь 2015 г.

При оперативных вмешательствах по поводу тяжелой ЧМТ в большинстве случаев выполняется краниотомия, либо краниозкотомия с одновременным закрытием дефекта свода черепа пластиной из реперена. При необходимости проведения длительной ИВЛ выполняется нижняя трахеотомия.

В качестве успешного примера можно привести пациента К., 37л., оперированного по поводу слепого огнестрельного ранения дробью в левую височную область головы. При поступлении уровень сознания – 11 баллов по шкале ком Глазго (ШКГ), умеренный правосторонний гемипарез, менингеальный синдром. Пациенту выполнена краниотомия с захватом входного отверстия, хирургическая обработка раневого канала в ткани мозга с удалением геморрагических субстратов, костных фрагментов и металлической дроби. На момент выписки через 3 недели: сознание ясное, адекватное, движения в конечностях D=S, умеренная сенсомоторная афазия, умеренные когнитивно-мнестические нарушения. При повторном осмотре через 3 месяца после травмы положительная динамика в виде улучшения речи, полного восстановления когнитивно-мнестических функций. На рис.1 представлена КТ до (А) и спустя 5 дней (Б) после оперативного вмешательства.

В 2014 г. освоена транспедикулярная фиксация при травме грудного и поясничного отделов позвоночника, что позволяет в ближайшие дни после травмы оперировать пациентов, стабилизировать позвоночно-двигательный сегмент, избавить больных от болевых ощущений в позвоночнике.

В качестве примера можно привести пациента Х., 53г. Больной госпитализирован по экстренной помощи с сочетанной травмой: множественный перелом ребра, пневмо- и гемоторакс, нестабильный перелом L1 позвонка, осложненный нижним парапарезом. Кроме боли в области грудной клетки пациента беспокоила сильная боль в позвоночнике, что требовало назначения наркотических анальгетиков. После стабилизации состояния пациенту выполнена декомпрессивная ламинэктомия Th12 и L1 с транспедикулярной фиксацией сегмента Th12-L2. На рис. 2 представлены сагиттальный КТ скан (А), 3D реконструкция (Б) и контрольные сканы после операции (В,Г,Д,Е). После операции пациент сразу же отметил значительный регресс боли, что позволило отменить наркотические анальгетики. В дальнейшем он был в плановом порядке госпитализирован в ФГБУ «ПФМИЦ» г.Н.Новгорода для выполнения корпорэктомии L1 и вентрального спондилодеза Th12-L2.

С 2013 г. в Павловской ЦРБ выполняются операции при геморрагических инсультах с формированием гипертензивных внутримозговых гематом. При определении показаний к операции за ориентир взяты положения «Рекомендательного протокола по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами» [1]. С ноября 2014 по ноябрь 2015 оперировано 12 пациентов. Во всех случаях объём внутримозговой гематомы был более 30 мл, уровень сознания не ниже 8 баллов по ШКГ. В 2-х случаях локализация внутримозго-

вой гематомы была субкортикальной, в 9-ти случаях – латеральной, в 1-ом – медиальной.

До операции по КТ-сканам выполняется разметка проекции внутримозговой гематомы на свод черепа. При удалении полушарных гипертензивных внутримозговых гематом выполняется либо краниотомия, либо краниэктомия диаметром до 3.5 см с последующей пластикой пластиной из реперена. При глубокой локализации внутримозговой гематомы кроме предварительной разметки по КТ-сканам применяется интраоперационная

ультразвуковая навигация, что позволяет избежать неудачных диагностических энцефалопункций и минимизировать операционную травму для головного мозга.

В качестве примера можно привести пациента Ф., 68 л. При поступлении уровень сознания – 10 баллов по ШКГ, правосторонний гемипарез. На рис. 3 представлена дооперационная КТ-разметка (А), интраоперационная ультразвуковая навигация (Б) и послеоперационный КТ-контроль (В).

В соответствии с предоперационной разметкой по КТ выполнен линейный разрез мягких тканей в левой теменной области. Наложено фрезевое отверстие и резекционно расширено до диаметра 3.5 см. Твёрдая мозговая оболочка вскрыта крестообразно. На кору головного мозга поставлен ультразву-

ковой датчик, визуализирована внутримозговая гематома. Под контролем ультразвукового датчика в полость внутримозговой гематомы установлена энцефалопункционная игла и аспирирован жидкий компонент внутримозговой гематомы. Далее выполнена энцефалотомия диаметром до 1.0 см, а затем аспирация и отмывание физиологическим раствором кровяных сгустков. Гемостаз перекисью водорода. Твёрдая мозговая оболочка ушита. Эпидурально уложена гемостатическая губка. Костный дефект закрыт пластиной из реперена диаметром 4.0 см и толщиной 1 мм, фиксированной лигатурой к твёрдой мозговой оболочке.

Спустя 2 месяца после операции пациент самостоятельно ходит с опорой на трость, частично обслуживает себя (3-я степень инвалидизации по шкале исходов Rankin).

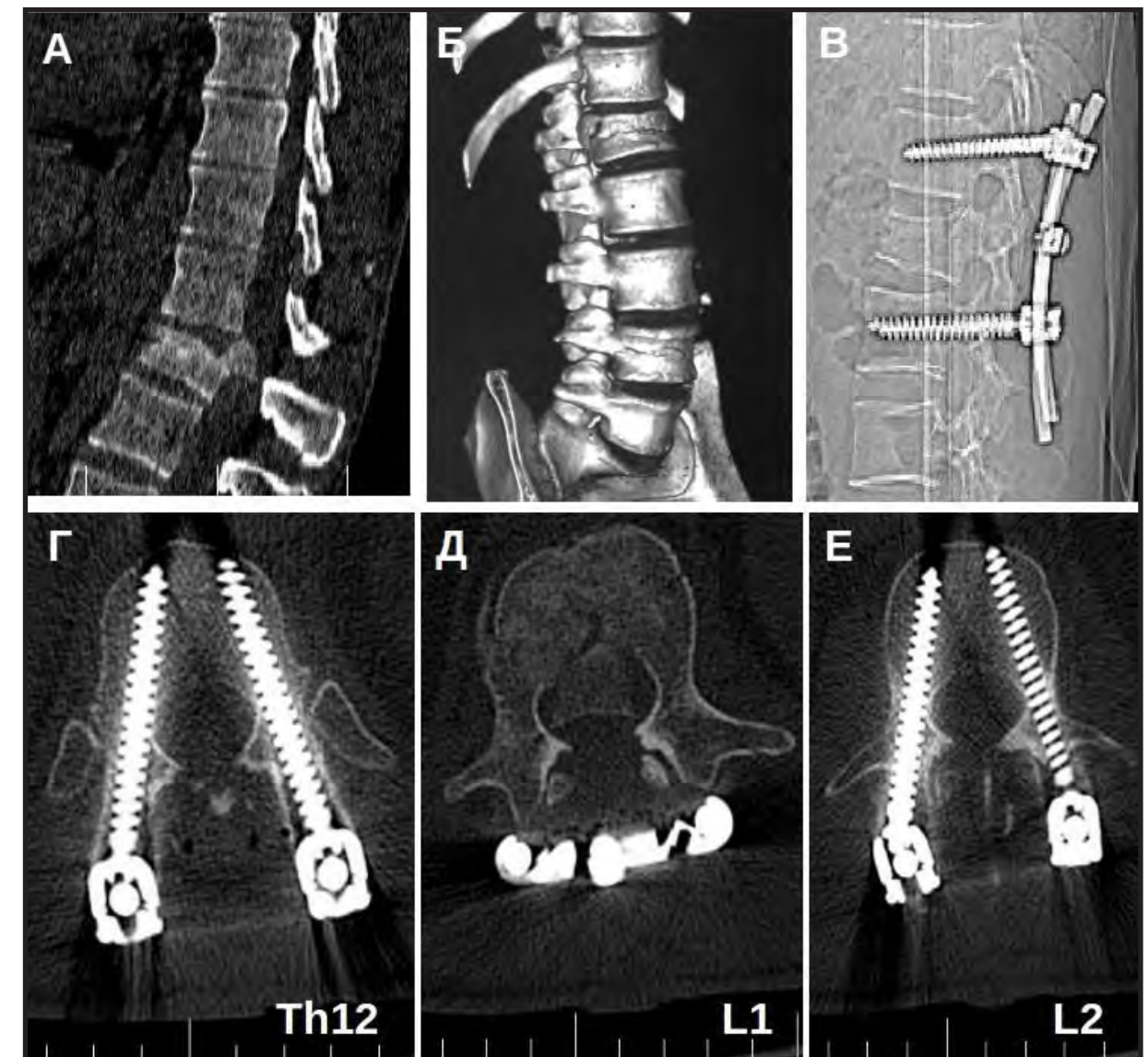


Рис. 2. Пациент Х., 53 г. А – сагиттальный скан и Б – 3D реконструкция до операции. В – обзорный сагиттальный скан, Г, Д, Е – аксиальные сканы на уровнях Th12, L1, L2 уровнях после операции.

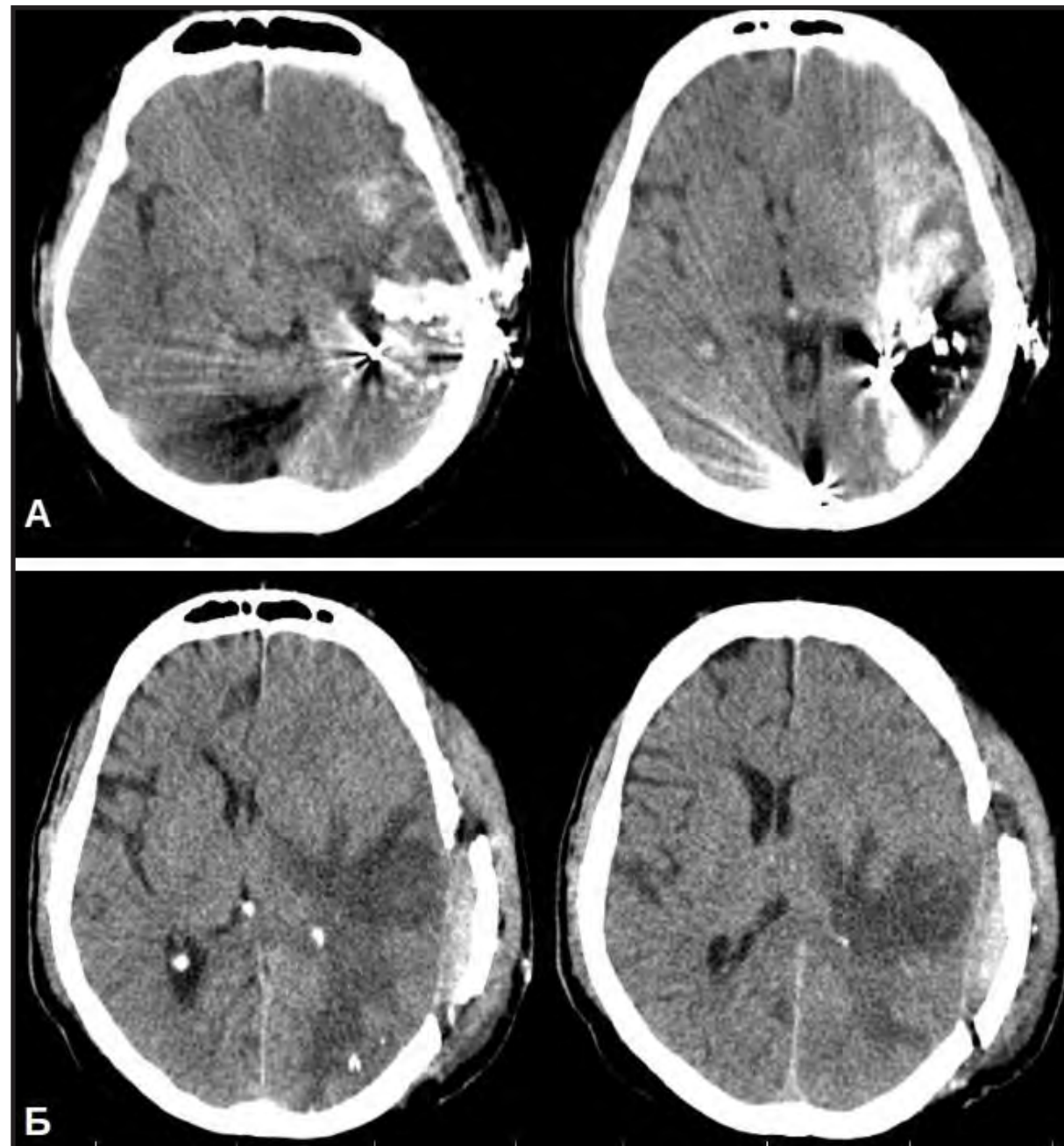


Рис. 1. Пациент К., 37 л. Слепое огнестрельное ранение дробью в левую височную область. А - КТ до операции: видны костные и металлические фрагменты в левом полушарии головного мозга. Б - контрольная КТ на 5-е сутки после оперативного вмешательства: значительная часть инородных тел удалена, сохраняется умеренный отёк левой гемисферы головного мозга.

Также оперируются пациенты с плановой нейрохирургической патологией: посттравматические дефекты свода черепа, последствия травм периферических нервов, конвексально расположенные опухоли.

В качестве примера можно представить больную К, 76 л., оперированную по поводу менингиомы левой теменной доли головного мозга. Больной выполнена МРТ головного мозга по поводу дисциркуляторной энцефалопатии. Выявленная опухоль не вызывала очаговой симптоматики и, по сути, являлась случайной находкой. Пациентке выполнена краниотомия

из 4-х фрезевых отверстий в левой теменной области парасагитально, удаление опухоли. Несмотря на пожилой возраст, больная хорошо перенесла общий наркоз и оперативное вмешательство. Неврологический статус в сравнении с дооперационным уровнем без динамики. Гистологическое исследование подтвердило клинический диагноз. На рис. 4 представлены МРТ и КТ до и после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С ноября 2014 г. по ноябрь 2015 г. по пово-

ду ЧМТ выполнено 29 операций. Травма в ДТП и сочетанная – 2 (7%), бытовая изолированная ЧМТ – 27 (93%), что вполне согласовывается с литературными данными [2,3]. Послеоперационная летальность – 5 (17%) случаев. Во всех случаях с летальным исходом предоперационный уровень сознания был ниже 8 баллов по ШКГ. Уровень послеоперационной летальности при черепно-мозговой травме соответствует показателям клиник Москвы и Санкт-Петербурга [2,3,4,5,6,7]. По поводу хронических субдуральных гематомы оперировано 6 пациентов с нулевой послеоперационной летальностью.

Все три пациента, оперированных по поводу позвоночно-спинномозговой травмы, отметили полный регресс боли в позвоночнике. Неврологический статус без динамики.

В указанный период по поводу нетравматических внутримозговых гематом оперировано 12 пациентов. Послеоперационная летальность – 0 %. Причины низкой послеоперационной летальности: тщательный отбор пациентов на оперативное вмешательство после очного осмотра нейрохирургом и обследования в отделении реанимации первичного сосудистого центра в соответствии с рекомендательным протоколом [1], а также

немаловажный фактор – ведение пациента в послеоперационном периоде нейрохирургом.

Программа создания первичных сосудистых и травматологических центров на базе крупных районных стационаров с прикреплением смежных районов, реализуемая в последние годы, позволила существенно повысить доступность специализированной помощи нуждающимся пациентам. В штатное расписание некоторых травматологических центров введена ставка нейрохирурга, а в некоторых введены нейрохирургические койки. Это позволяет привлекать на работу нейрохирурга на постоянной основе или в качестве внешнего совместителя. Это несомненно положительный момент т. к. когда есть постоянный специалист, налаживается комплаинс, необходимый для качественной работы.

Хочется отметить проведенное в 2007 г. исследование по эпидемиологии тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организации медицинской помощи пострадавшим в Московской области, одним из выводов которого было: «Решающее значение для снижения послеоперационной и общей летальности имеет наличие в штате стационара постоянно работающего нейрохирурга, а не наличие

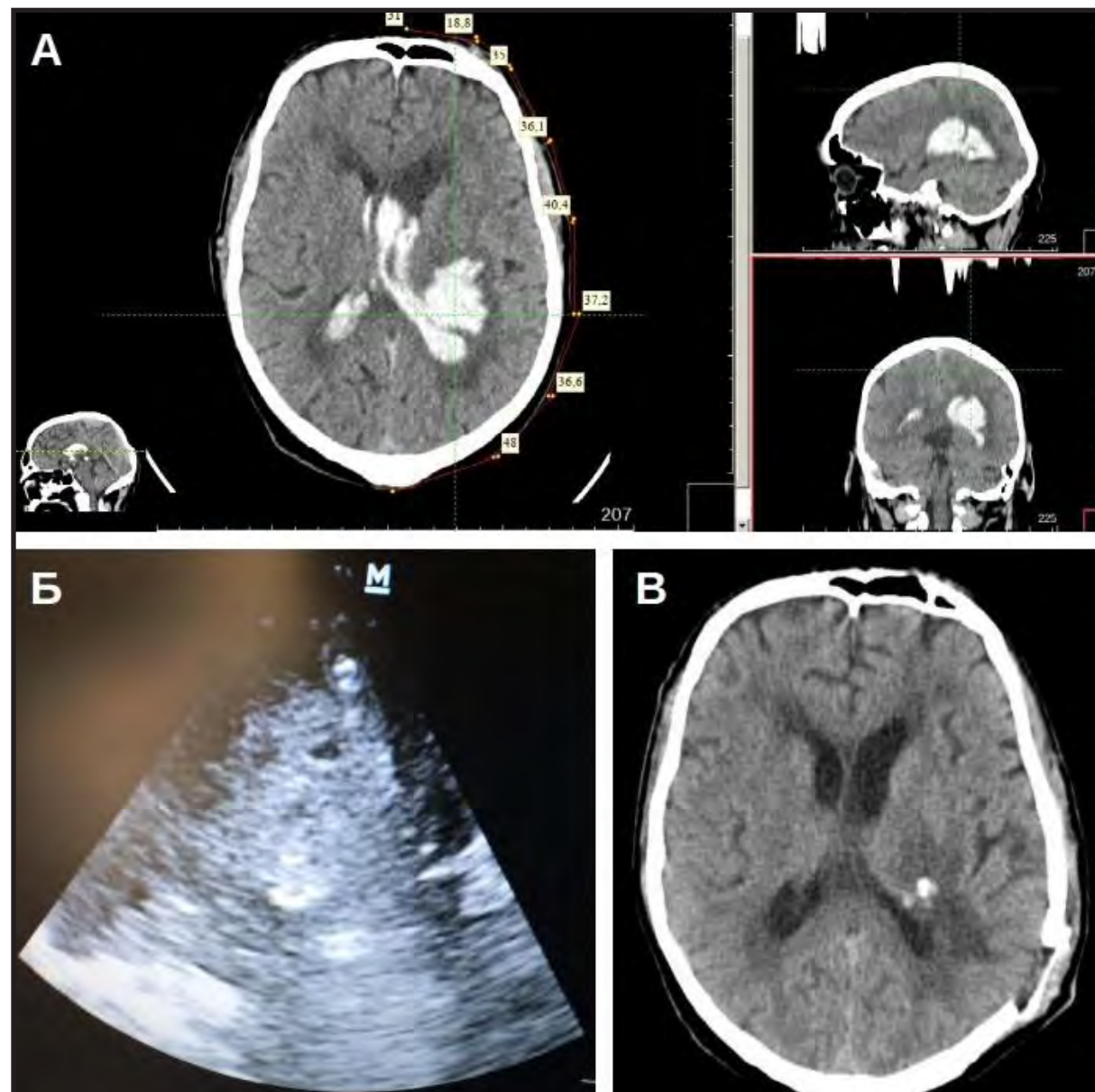


Рис. 3. Пациент Ф., 68. Пункционно-аспирационное удаление внутримозговой гематомы с применением ультразвуковой навигации. А - КТ до операции с разметкой проекции внутримозговой гематомы на свод черепа. Б - фотография с экрана УЗИ-аппарата после установки датчика на кору головного мозга. В - послеоперационная КТ на 5-е сутки: практически весь объём геморрагического субстрата удалён, дефект свода черепа закрыт пластиной из реперена.

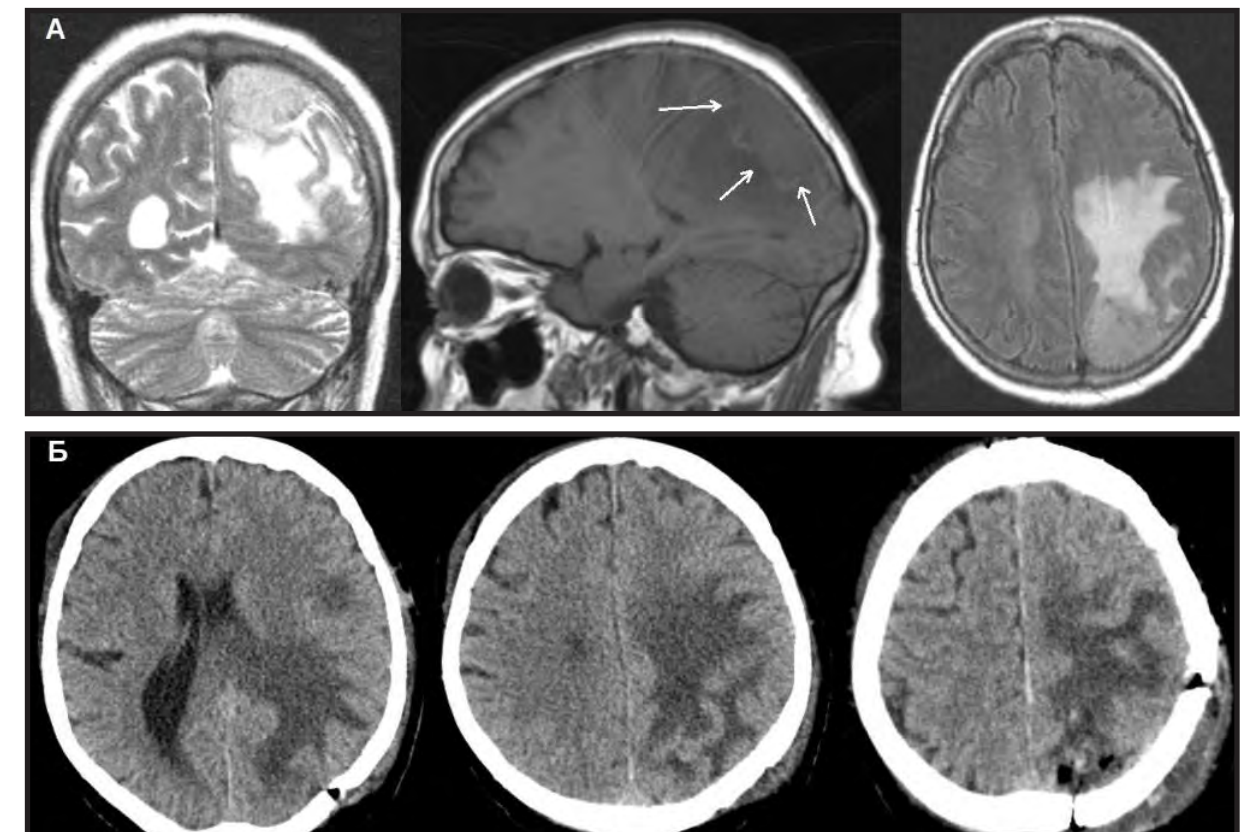


Рис. 4. Больная К, 76 л. А - МРТ в трёх проекциях в режимах T1, T2 до операции, визуализирована менингиома левой теменной доли головного мозга. Б - контрольная КТ головного мозга на 5-е сутки: состояние после краниотомии и удаления опухоли левой теменной доли головного мозга.

Зиганшин О.Р., Шеметова М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУНОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральский
государственный медицинский университет Минздрава России,
Медицинский центр «Ситимед» г. Челябинск, Россия

Зиганшин Олег Раисович – заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, д.м.н, профессор.

Шеметова Мария Александровна – врач-дерматовенеролог.

Автор, ответственный за переписку: Шеметова М.А.

E-mail: milaya.mma@mail.ru

Тел. сот.: 8 908 585 33 77

РЕЗЮМЕ

Хроническая рецидивирующая герпесвирусная инфекция гениталий, вызванная герпесвирусом 1-2 типа (ГГ) – воспалительное полиэтиологическое заболевание, в патогенезе которого важную роль играет снижение неспецифической резистентности организма, дисбаланс иммунных факторов. Лечение генитальной герпесвирусной инфекции должно затрагивать все звенья патогенеза, в том числе иммунологическое. Представляет интерес клинико-иммунологическая оценка эффективности внутри сосуда лазерного облучения крови при лечении ГГ. В исследовании приняло участие 79 женщин в возрасте 29,9±0,2 года с клиническими признаками хронического рецидивирующего генитального герпеса. Этиотропная терапия проводилась с использованием препарата валацикловира по 500 мг один раз в день на протяжении 6 месяцев, комплексная терапия включала использование внутрисосудистого лазерного облучения крови (длина волны 365 нм, мощность излучения 2 мВт, экспозиция 8 минут, количество сеансов – 15) одновременно с применением препарата валацикловира. Проведенное исследование указывает на наличие положительной клинической динамики и иммуномодулирующего действия ВЛОК, что позволяет рекомендовать его в комплексной терапии хронического рецидивирующего генитального герпеса.

Ключевые слова: генитальный герпес, лазерное излучение

Key words: genital herpes, laser radiation

Повышение эффективности терапии герпесвирусных инфекций гениталий, вызванных вирусом герпеса 1-2 типов – важная проблема современного здравоохранения. Исследователи в РФ и Европейское региональное бюро ВОЗ относят герпесвирусные инфекции к группе болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии планеты [9]. Масштабы заболевания в сочетании с наносимым психологическим, физиологическим, экономическим уроном определяют важное медицинское и социальное значение терапии герпесвирусной инфекции [10]. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, европейских стран, представленных в материалах Morbidity and Mortality Weekly Report, в мире вирусом ВПГ-1-2 типа инфицированы около 400 миллионов человек [9]. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2014 году составил 18,9 случаев на 100 000 населения, продолжая увеличиваться, ежеквартально, в среднем, на 2,4% ежеквартально [10]. Растущая частота данной патологии создает серьезную проблему для репродуктивного здоровья населения, может служить фактором риска по невынашиванию беременности, рождению детей с низкой и экстремально низкой массой тела, повышению смертности новорожденных. Этиологические особенности и иммунопатогенетические особенности герпесвирусных инфекций, вызванных ВПГ 1,2 приводят к частой хронизации процесса с неоднократными рецидивами [10]. Особое место в иммунопатогенезе генитального герпеса отводится нарушениям факторов врожденного и адаптивного иммунитета, взаимосвязанности протекания иммунных реакций, снижению функционально-метаболического статуса фагоцитирующих клеток, что побуждает исследователей к поиску адъювантных патогенетических подходов [6]. Ранее проведенные О.А. Гизингер с соавторами исследования по изучению особенностей иммунопатогенеза генитального герпеса и других инфекций, передающихся половым

компьютерного томографа, следовательно, в первую очередь необходимо развивать нейрохирургическую службу в области». [8]

Географические особенности России требуют применения разных организационных форм приближения специализированной нейрохирургической помощи к населению. В настоящее время имеется положительный опыт создания и успешной деятельности межрайонных нейрохирургических центров на базе районных стационаров в некоторых регионах [9,10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оснащение районных стационаров, на базе которых открыты травматологические и сосудистые центры, современным оборудованием, введение в штат нейрохирурга и коек нейрохирургического профиля позволяет приблизить специализированную помощь к пациенту.

2. В современных условиях нейрохирургическая помощь на уровне районной больницы успешно может оказываться не только при неотложной травматической патологии, но и при гипертензивных внутримозговых гематомах, а также возможно выполнение операций при плановой нейрохирургической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами / В.В. Крылов, В. Г. Дашьян, А. Л. Парфенов, С. В. Ефременко и др. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. – 2007. – №2. – С. 3-9.
- 2) Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. – М.: Медицина, 2000. – 568 с.

3) Лебедев, В.В. Неотложная хирургия черепно-мозговой травмы / В.В. Лебедев, Н.В. Лебедев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 528 с.

4) Пурас, Ю.В. Летальность у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой / Ю.В. Пурас, А.Э. Талыпов, В.В. Крылов // Нейрохирургия. – 2010. – №1. – С. 31-39.

5) Пурас, Ю.В. Факторы риска развития неблагоприятного исхода в хирургическом лечении острой черепно-мозговой травмы / Ю.В. Пурас, А.Э. Талыпов // Нейрохирургия. – 2013. – №2. – С. 8-16.

6) Смертность населения Санкт-Петербурга от нейрохирургической патологии / В.П. Берснев, И.В. Поляков, О.В. Могучая, Т.В. Козловская и др. // Нейрохирургия. – 1999. – №1. – С. 53-57.

7) Талыпов, А.Э. Возраст как фактор риска хирургического лечения черепно-мозговой травмы / А.Э. Талыпов, А.Г. Николаев, Ю.В. Пурас // Нейрохирургия. – 2012. – №1. – С. 24-31.

8) Качков, И.А. Эпидемиология тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Московской области / И.А. Качков, Б.А. Кочережкин, В.С. Чмелев // Нейрохирургия. – 2007. – №4. – С. 56-59.

9) Шеховцева, К.В. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Ставропольском крае / К.В. Шеховцева, В.И. Шеховцев, Е.Н. Кондаков // Нейрохирургия. – 2006. – №3. – С. 59 – 63.

10) Организация оказания специализированной нейрохирургической помощи жителям сельских районов Саратовской области / В.Н. Колесов, В.В. Бабиченко, А.А. Чехонацкий, М.А. Дёрин и др. // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. – 2010. – №4. – С. 6 – 9.

путём, доказало необходимость использования, наряду с обязательными средствами этиотропной терапии - ациклическими нуклеозидами иммуномодулирующих препаратов и физиотерапевтических методов, обладающих иммуномодулирующими свойствами [1,3,4]. В дерматовенерологической практике наряду с этиотропными методами широко используются физиотерапевтические воздействия, в частности низкоинтенсивная лазеротерапия [2]. Положительный опыт использования НИЛИ в терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта, позволил внедрить в клиническую практику целый ряд новых лечебных подходов с использованием лазера низкой интенсивности, в частности метод внутри сосудистого лазерного облучения крови [7,8]. Однако, рассматривая возможность использования каждого метода терапевтических воздействий необходимо с особой тщательностью подходить к оценке ответных гомеостатических реакций, происходящих с участием клеток-эффекторов иммунных реакций [4].

ЦЕЛЬ

Изучить иммунологическую эффективность внутрисосудистой лазеротерапии (ВЛОК) при лечении генитального герпеса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены на базе клинико-диагностической лаборатории областного клинического кожно-венерологического диспансера (главный врач д.м.н, О.Р. Зиганшин), медицинского центра «Ситимед» (г. Челябинск, Россия), лаборатории «Прогрессивные медицинские технологии» (г. Челябинск, Россия). Средний возраст женщин, принимавших участие в исследовании - $27,9 \pm 0,7$ лет. План исследования соответствовал положениям Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) последнего пересмотра (г. Эдинбург, Шотландия, 2000 г.), с учётом разъясняющего примечания п.29, одобренного Генеральной ассамблеей ВМА (Сеул, 2008). Критериями включения в исследование являлись: наличие ВПГ 1-2 типа, подтверждённое методом ПЦР, наличие в анамнезе герпетического поражения половых органов; клиническая картина рекуррентного герпеса половых органов в периоде продromы или обострения, при этом не более 48 часов от момента появления высыпаний, полноценная контрацепция у женщин детородного возраста, частота рецидивов от 4 до 6 в год, выявление ДНК герпеса, репродуктивный возраст, согласие па-

циенток на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие тяжёлой соматической патологии, гормональные нарушения, беременность, лактация, наличие других заболеваний, передающихся половым путём, ВИЧ, гепатит В, С, несогласие пациентки на участие в исследовании. В соответствии с МКБ-Х и «Клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2013) по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями» под ред. А.А. Кубановой, был выставлен диагноз А.60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочевого тракта, рецидивирующее течение, средняя степень тяжести [5]. Частота рецидивов составляла 6 и более раз в год, межрецидивный период не менее 2-3 месяцев. Для проведения исследования были сформированы 3 группы, стратифицированные между собой по назначению лечения по следующим признакам: жалобы, клинические проявления, изменение иммунологических показателей периферической крови. Результаты лечения оценивали по изменению длительности и тяжести рецидива генитального герпеса, показателей иммунного статуса. Для проведения исследования были сформированы 3 группы. Группа Здоровые-30, женщин, не имеющих клинических проявлений герпетической инфекции, 39 пациенток группы получали стандартную терапию валацикловиром по 500 мг один раз в день на протяжении 6 месяцев, 30 женщин из группы Стандартная терапия+валацикловир получали терапию валацикловиром по 500 мг один раз в день на протяжении 6 месяцев, дополнительно на фоне противовирусной терапии были проведены процедуры ВЛОК. Метод ВЛОК состоял в внутривенном лазерном облучении крови (длина волны 365 нм, мощность излучения 2 мВт, экспозиция 8 минут, количество сеансов -15). От всех больных было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан, правил проведения клинической практики в РФ», (приказ МЗ РФ № 266 от 19.07.03 г.; приказ Росздравнадзора № 2325-Пр/06 от 17.10.06 г.). Обнаружение ДНК возбудителей выполнялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-систем производства ФГУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора (Москва). Экстракция нуклеиновых кислот для последующих ПЦР исследований проводилась с использованием набора серии «ДНК-сорб» производства ФГУН «ЦНИИЭ» г. Москва. Материалом для выделения и последующей амплификации ДНК ВПГ

1-2, послужили соскобы эпителия цервикального канала. Всем пациенткам было проведено комплексное исследование включавшее: осмотр врача, микроскопическое исследование отделяемого цервикального канала, цитологическое исследование мазков отпечатков, исследование иммунологических показателей цервикального и вагинального секретов. До начала исследования всем женщинам проводилось микробиологическое исследование на наличие гонореи и трихомонад, согласно методическим рекомендациям МЗ РФ «Стандартизация медицинской помощи больным гонококковой инфекцией» (Приказ №176 от 28.02.05г.) и Положения МЗ РФ «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передающихся половым путем» (Приказ № 291 от 30.07.01г.). Всем женщинам проводили иммунологическое исследование с иммунофенотипированием клеток крови (лаборатория «Прогрессивные медицинские технологии», г. Челябинск) Методом проточной цитофлюориметрии исследовали субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови с использованием лазерного цитофлюориметра Beckman Coulter EPIX XL. В процессе исследования было определено абсолютное и относительное содержание CD3+, CD4+, CD8+ CD16+ CD19+ HLA-DR+-клеток, CD4+CD45RO+, CD8+CD45+RO+, CD3+HLA-DR+, CD3+HLA-DR+, CD3-CD16+ CD3+CD16+-клеток. Оценку фагоцитарных возможностей нейтрофилов периферической крови определяли на модели поглощения частиц полистирольного латекса, для чего 0,2 мл суспензии НГ смешивали с 0,02 мл взвеси полистирольного латекса диаметром 1,7 мкм из расчёта 10 частиц/мл. Внутриклеточный кислородзависимый метаболизм нейтрофилов периферической крови изучали в НСТ-тесте с одновременным определением способности нейтрофилов отвечать повышением метаболической активности на стимуляцию частицами латекса и подсчетом функционального резерва нейтрофилов (ФРН). ФРН рассчитывался как соотношение между коэффициентами интенсивности реакции НСТ-индуцированного и НСТ-спонтанного тестов [1,8]. Число лизосом в цитоплазме нейтрофилов крови исследовали прижизненным окрашиванием акридиновым оранжевым, где результаты выражали в процентах нейтрофилов, содержащих лизосомальные гранулы. Определение концентрации иммуноглобулинов и цитокинов в сыворотке крови проводилось с использованием соответствующих тест-систем для иммуноферментного анализа (ООО «Вектор-Бест», г. Новосибирск). Статистический анализ данных проводился при помощи

пакета статистических программ STATISTICA 12.5 (StatSoft, 2014), статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До начала лечения пациенток с генитальной герпетической инфекцией беспокоили зуд, жжение в области гениталий различной интенсивности, у 54,1% женщин отмечалась болезненность при мочеиспускании, 16,6% женщин жаловались на слизистые выделения и дискомфорт в области наружных половых органов. В 100% случаев пациентки были тревожны, отмечали снижение качества жизни из-за страха возникновения рецидива, боязни инфицировать полового партнера, 16,4% отметили, что во время рецидива избегают даже дополнительных бытовых контактов с близкими. Все пациентки обратились за медицинской помощью во время очередного рецидива, из анамнеза удалось установить, что средняя продолжительность болезни составляла $4,6 \pm 0,2$ года. Клинически у 100% женщин, страдающих генитальной герпетической инфекцией, на момент осмотра выявлены эрозивные поражения гениталий, причём у 39,9% женщин эрозии имелись в области малых половых губ, у 40,1% - на задней спайке, у 30,3% выявлено поражение шейки матки. У 8,9% обследуемых поражение выявлено на задней спайке и шейке матки. Эрозии на наружных половых органах, как правило, имели фестончатые края, размером от 0,39 до 1,13 см, были умеренно болезненны, кожа вокруг гиперемирована, отечна. Поражение шейки матки сопровождалось значительным количеством слизистых выделений из влагалища и уретры. Оценка состояния факторов врожденного и адаптивного иммунитета периферической крови показала достоверное увеличение общего числа лейкоцитов, жизнеспособных нейтрофилов, угнетение активности НГ в спонтанном и индуцированном НСТ-тесте, снижение функционального резерва нейтрофилов, нарушение продукции цитокинов, иммуноглобулинов, нарушение рецепторного пейзажа на лимфоцитах периферической крови женщин с генитальным герпесом.

Контрольные клинико-иммунологические исследования были проведены по истечении 6 и 12 месяцев от начала лечения. В течение 6 месяцев после приема препаратов в группе пациенток, получавших монотерапию препаратом валацикловир, рецидив герпетической инфекции отмечен у 8,09%, при этом интенсивность клинических проявлений была значительно менее выраженной, чем до лечения. В группе пациенток, получавших комплексную терапию

с применением ВЛОК, рецидивов отмечено не было. За период с 7 по 12 месяц наблюдения частота рецидивов у 23,4% пациенток из группы, получавших монотерапию препаратом валацикловир составила в среднем $2,0 \pm 1,4$ года. В группе получавших комплексную терапию с применением метода ВЛОК, за этот же период наблюдения, всего один эпизод рецидива генитального герпеса отмечен у 7,69% женщин, причем длительность рецидива составила

$3,3 \pm 1,42$ дня. Оценивая приверженность пациенток к проводимой терапии было установлено следующее: в группе получавших монотерапию препаратом валацикловир 32,8% женщин нарушали предписанный режим приема препарата, объясняя причины периодической самостоятельной отмены препарата появлением тяжести в правом подреберье, дисфагией, диспепсией. В группе пациенток, получавших комплексную терапию приверженность лечению

Показатель		Группа Стандартная терапия+ВЛОК (n= 40)		
		до лечения	до лечения	после лечения через 12 мес.
CD3+-клетки	%	$58,2 \pm 1,7$	$65 \pm 1,4^*$	$60,3 \pm 1,2^*$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$1,24 \pm 0,23$	$1,59 \pm 0,28$	$1,27 \pm 0,25$
CD4+-клетки	%	$31,4 \pm 1,6$	$36,1 \pm 1,8^*$	$32 \pm 1,1^*$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,64 \pm 0,07$	$0,86 \pm 0,09^*$	$0,96 \pm 0,11^*$
CD8+-клетки	%	$21,4 \pm 1,2$	$23,3 \pm 0,8$	$22,5 \pm 1,1$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,46 \pm 0,07$	$0,58 \pm 0,09$	$0,48 \pm 0,09$
CD4+ / CD8+		$1,32 \pm 0,2$	$1,54 \pm 0,3^*$	$1,36 \pm 0,4^*$
CD3-CD16+-клетки	%	$8,5 \pm 1,2$	$17 \pm 1,1^*$	$9,1 \pm 1,2^*$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,17 \pm 0,06$	$0,41 \pm 0,07^*$	$0,21 \pm 0,08^*$
CD3+CD16+-клетки	%	$4,3 \pm 0,8$	$9,7 \pm 1,1^*$	$4,2 \pm 0,9$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,08 \pm 0,02$	$0,23 \pm 0,03^*$	$0,11 \pm 0,03^*$
CD3+HLA-DR+-клетки	%	$16,4 \pm 2,3$	$19,6 \pm 1,8$	$16,5 \pm 2,3$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,34 \pm 0,04$	$0,49 \pm 0,06^*$	$0,33 \pm 0,07^*$
CD19+-клетки	%	$26,2 \pm 1,51$	$27,6 \pm 2,3$	$25,8 \pm 1,61$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,54 \pm 0,09$	$0,68 \pm 0,1$	$0,55 \pm 0,09$
Сывороточные Ig, г/л	IgM	$0,96 \pm 0,15$	$1,49 \pm 0,12^*$	$0,98 \pm 0,12^*$
	IgG	$10,2 \pm 1,7$	$12,9 \pm 0,93$	$10,8 \pm 1,14$
	IgA	$0,84 \pm 0,12$	$1,44 \pm 0,05^*$	$0,99 \pm 0,08^*$
ИФН-г сывороточный, пг/мл		$2,09 \pm 0,11$	$4,15 \pm 0,33^*$	$3,92 \pm 0,31^*$
НСТ- спонтанная, %		$35,59 \pm 1,22$	$45,53 \pm 1,11^*$	$47,33 \pm 1,09^*$
НСТ-индуцированная, %		$58,13 \pm 1,41$	$38,10 \pm 1,02^*$	$35,99 \pm 1,12^*$
Функциональный резерв нейтрофилов		$1,27 \pm 0,34$	$1,99 \pm 0,14^*$	$2,07 \pm 0,05^*$
Активность фагоцитоза, %		$24,85 \pm 1,21$	$34,99 \pm 1,15^*$	$36,15 \pm 1,19^*$
Интенсивность фагоцитоза		$1,08 \pm 0,09$	$1,58 \pm 0,07^*$	$1,69 \pm 0,12^*$
Интенсивность фагоцитоза		$1,08 \pm 0,09$	$1,58 \pm 0,07^*$	$1,69 \pm 0,12^*$

Таблица 1. Динамика иммунологических показателей периферической крови пациентов с генитальным герпесом при комплексной схеме терапии с использованием ВЛОК.

Примечание: * $p < 0,05$, достоверность между показателями сравниваемых групп, ИРИ-иммунорегуляторный индекс, ИФН-интерферон, CD- кластеры дифференцировки, НСТ-нитросинийтетразолий.

составила 100%, жалоб, влияющих на снижение приверженности проводимой терапии пациентки не предъявляли.

Оценка этиологической эффективности проведенной терапии показала отсутствие ДНК ВПГ через 6 месяцев в группе ацикловиру 9,09% и в группе получавших комплексную терапию с применением ВЛОК у 5,69%. Частота выявления ВПГ через год в группах 2 и 3 составила 13,6% и 7,09% соответственно ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ динамики иммунологических показателей после проведенной комплексной терапии с применением ВЛОК через 6 и 12 месяцев после проведенной терапии выявил достоверные положительные изменения иммунологических показателей периферической крови: восстановление ко-

личественного и субпопуляционного состава лейкоцитов, нормализации межклеточных взаимоотношений субпопуляций Т-лимфоцитов, а именно повышение относительного количества CD3+-клеток, иммунорегуляторного индекса, относительного и абсолютного количества CD4+-, CD3-CD16+-, CD3-CD16+-CD3+HLA-DR+-клеток, что приводило к увеличению количества иммунокомпетентных клеток в крови, нормализации роста поглотительной способности нейтрофилов по тесту с латексом, восстановление биоцидной функции этих клеток по НСТ-тесту, функционального резерва, содержания в сыворотке крови IgA, Ig M, уровня ИФН-гамма в крови. При изучении фагоцитарной активности и активности нейтрофилов в НСТ-тесте по их способности

Показатель		Группа Стандартная терапия (n= 39)		
		до лечения	после лечения через 6 мес	после лечения через 12 мес
CD3+-клетки	%	$58,4 \pm 1,7$	$57,2 \pm 1,33$	$59,2 \pm 1,00$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$1,24 \pm 0,23$	$1,26 \pm 0,11$	$1,25 \pm 0,14$
CD4+-клетки	%	$31,4 \pm 1,6$	$33,4 \pm 1,16^*$	$33,44 \pm 1,11^*$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,64 \pm 0,07$	$0,56 \pm 0,03$	$0,59 \pm 0,09$
CD8+-клетки	%	$21,4 \pm 1,2$	$23,4 \pm 1,09$	$23,9 \pm 1,1^{**}$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,46 \pm 0,07$	$0,43 \pm 0,09$	$0,47 \pm 0,01^{**}$
CD4+ / CD8+		$1,32 \pm 0,2$	$1,35 \pm 0,12^*$	$1,36 \pm 0,22$
CD3-CD16+-клетки	%	$8,5 \pm 1,2$	$7,95 \pm 1,6$	$8,05 \pm 1,1$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,17 \pm 0,06$	$0,18 \pm 0,05$	$0,19 \pm 0,02$
CD3+CD16+-клетки	%	$4,32 \pm 0,8$	$4,43 \pm 0,18^*$	$6,9 \pm 0,11^{**}$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,08 \pm 0,02$	$0,097 \pm 0,08$	$0,057 \pm 0,02$
CD3+HLA-DR+-клетки	%	$16,9 \pm 2,13$	$17,4 \pm 2,99$	$17,4 \pm 2,22$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,37 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,28$	$0,54 \pm 0,08^{**}$
CD19+-клетки	%	$26,9 \pm 1,6$	$26,2 \pm 1,01$	$25,92 \pm 1,03$
	$\cdot 10^9/\text{л}$	$0,54 \pm 0,09$	$0,51 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,13$
Сывороточные Ig, г/л	IgM	$0,96 \pm 0,15$	$0,99 \pm 0,55$	$0,97 \pm 0,46$
	IgG	$10,2 \pm 1,7$	$11,56 \pm 1,79$	$10,99 \pm 1,09$
	IgA	$0,89 \pm 0,12$	$0,94 \pm 0,02$	$0,77 \pm 0,02$
ИФН-гамма сывороточный, пг/мл		$2,09 \pm 0,11$	$2,99 \pm 0,34$	$2,56 \pm 0,16$
НСТ- спонтанная, %		$35,59 \pm 1,22$	$37,99 \pm 1,11$	$35,77 \pm 1,66$
НСТ-индуцированная, %		$58,13 \pm 1,41$	$59,44 \pm 1,66^*$	$58,19 \pm 1,22$
Функциональный резерв нейтрофилов		$1,27 \pm 0,34$	$1,33 \pm 0,17$	$1,29 \pm 0,16$
Активность фагоцитоза, %		$24,85 \pm 1,21$	$21,34 \pm 0,12^*$	$24,99 \pm 1,89$
Интенсивность фагоцитоза		$1,08 \pm 0,09$	$1,14 \pm 0,02$	$1,12 \pm 0,08$

Таблица 2. Иммунологические показатели периферической крови пациентов с генитальным герпесом при лечении без использования ВЛОК.

Примечание: * $p < 0,05$, достоверность между показателями сравниваемых групп, ИРИ-иммунорегуляторный индекс, ИФН-интерферон, CD- кластеры дифференцировки, НСТ-нитросинийтетразолий

Лысенко О.В., Лукьянчикова Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Лысенко Ольга Васильевна – ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», кафедра дерматовенерологии, профессор.

Лукьянчикова Людмила Владимировна – ГБУЗ ОКВД № 3, заведующая поликлиническим отделением № 7. ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», кафедра дерматовенерологии

Автор, ответственный за переписку: Лысенко О.В.

E-mail: olga_lisenko@bk.ru

Тел. сот.: 8 922 230 54 25

РЕЗЮМЕ**ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Разработка дифференциально-диагностических критериев микробной экземы и истинной экземы, осложненной пиодермией, с использованием метода дерматоскопии.

Проведено одноцентровое проспективное исследование с привлечением 139 больных микробной экземой и 50 больных истинной экземой. Для сравнения особенностей клинических проявлений микробной экземы и истинной экземы был использован метод дерматоскопии.

Дерматоскопическими отличиями микробной экземы явились четкие границы, неравномерная яркая окраска очага, желтые включения, сетчатая сосудистая сеть (красные линии).

Ключевые слова: микробная экзема, истинная экзема, дерматоскопия

Key words: microbial eczema true eczema dermoscopy

Экзема – одна из актуальных медико-социальных проблем современной дерматологии, особенно значимая для индустриально развитых регионов страны в виду значительного удельного её веса в структуре заболеваний человека и приоритетной позиции среди хронических дерматозов. Упорное течение, склонность к диссеминации, резистентность к проводимой терапии в сочетании частыми обострениями и рецидивами, значительные трудовые потери – характерные черты со-

временного экзематозного процесса. Распространенность экземы составляет около 1-2% взрослого населения планеты, а удельный вес среди другой кожной патологии равен 30-40% [1, 2, 3, 4].

Особую нишу среди всех форм экземы занимает экзема инфекционная, которая по данным разных авторов, является одним из самых распространенных вариантов данного дерматоза, занимая второе место после истинной. Инфекционная экзема среди всех форм экзематозного процесса составляет 12-27% [1,3,4]. Она отличается от других форм экземы, в том числе истинной, как комплексом этиологических и патогенетических факторов, так и особенностями клинической картины. Диагноз экземы, как правило, не труден [5]. Острое начало, излюбленная локализация процесса (лицо, конечности), симметричность очагов поражения, наличие характерных признаков заболевания (отек, гиперемия, везикуляция, истинный полиморфизм элементов, выраженное мокнутие) дают основание распознать экзему [4]. В большинстве случаев дифференциальная диагностика истинной и инфекционной экземы не представляет затруднений, базируясь на различиях в клинической картине. Однако, всё чаще встречаются случаи позднего обращения больных за медицинской помощью, когда в связи с многолетним течением воспалительного процесса клиника изменяется и различия нивелируются [3,6,7]. Все это диктует необходимость разработки эффективного метода, позволяющего провести дифференциальный диагноз внутри различных групп экземы в сложных для диагностики случаях.

Неинвазивным, доступным во всех лечебных учреждениях и информативным при дифференциации в сложных клинических случаях может стать метод дерматоскопии. Этот метод, согласно индексу цитируемости, на протяжении последних 15 лет становится все более популярным [8].

Поверхностная эпидермисцентная дерматоскопия (дерматоскопия) – современный оптический метод визуальной диагностики поражений кожи. Безусловным достоинством метода является визуализация внутрикожных пигментных, сосудистых и гиперкератотиче-

поглощать микросферы латекса и восстанавливать нитросиний тетразолий, было установлено снижение изучаемых показателей до лечения и восстановление после проведенной комплексной терапии (табл.1).

Применение внутри сосудистого лазерного облучения крови в комплексной терапии генитального герпеса приводит к полному или частичному восстановлению количественного и качественного состава нейтрофилов периферической крови, их поглотительной способности и кислород-зависимого метаболизма выраженная в повышении активности фагоцитов периферической крови по их способности захватывать частицы латекса и генерации активных форм кислорода, выраженной в повышении активности фагоцитоза нейтрофилов на 16%, интенсивности фагоцитоза нейтрофилов на 38%, усилении активности спонтанного НСТ-теста на 34%, усилении интенсивности спонтанного НСТ-теста на 19%, увеличению функционального резерва нейтрофилов периферической крови на 26%, увеличению содержания интерферона гамма на 87%, увеличению содержания иммуноглобулина А на 29 %. Выявленная положительная динамика иммунологических показателей свидетельствует о восстановлении потенциала факторов врожденного и адаптивного иммунитета у женщин, получавших комплексную терапию с использованием внутрисосудистого лазерного облучения крови. Анализ динамики иммунологических показателей периферической крови женщин, пролеченных без использования внутри сосудистой лазеротерапии через 6 и 12 месяцев, показал однонаправленный характер изменений в сторону восстановления иммунологических показателей периферической крови. Сравнительный анализ динамики иммунологических показателей после проведенной комплексной терапии без использования ВЛОК не выявил достоверных изменений иммунологических показателей периферической крови по восстановлению количественного и субпопуляционного состава лейкоцитов, нормализации субпопуляций Т-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, относительно и абсолютного количества CD4⁺-, CD3-CD16⁺-, CD3-CD16⁺-CD3+HLA-DR⁺-клеток, восстановлению поглотительной способности нейтрофилов по тесту с латексом, восстановлению биоцидной по НСТ-тесту, функционального резерва, содержания в сыворотке крови IgA, Ig M, уровня ИФН-γ в периферической крови (табл.2).

Применение способа повышения клинико-иммунологической эффективности терапии генитального герпеса с использованием внутри сосудистого лазерного облучения крови позволяет расширить знания о иммунопатогенезе

данного заболевания и предложить способ терапии и коррекции дисфункций факторов врожденного и адаптивного иммунитета, регистрируемого при данном заболевании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Гизингер О.А. Влияние низко интенсивного лазерного излучения на состояние местного иммунитета репродуктивной системы у женщин с хламидийной инфекцией. Дис. ... канд. биол. наук. Челябинск, 2004
- 2) Гизингер О.А. Роль физиотерапевтических воздействий в коррекции дисфункций факторов противоинфекционной защиты организма (Обзор литературы)/ О.А. Гизингер, О.И. Летяева, Т.А. Зиганшина, И.В. Семенова//Вестник новых медицинских технологий, 2011,Т.18, № 4, С. 9-13.
- 3) Гизингер О.А. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на нейтрофилы периферической крови доноров в условиях эксперимента/ О.А. Гизингер, О.Л. Колесников, К.Г. Ишпахтина // Иммунология.- 2009 - Т.30, №5.-С.263-267
- 4) Беспалько Ю.В. Бестим и Беталейкин в комплексной терапии хронической гонококковой инфекции мочеполовых органов у женщин/ Ю.В. Беспалько, О.Р. Зиганшин, И.И. Долгушин, В.Л. Рышков, А.А. Колобов, А.С. Симбирцев// Цитокины и воспаление. - 2008. Т. 7. № 4. С. 58-62.
- 5) Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2013) по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями» под ред. А.А. Кубановой. -М.-2013. -45с.
- 6) Кузьмин А. Н. Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и терапию генитального герпеса у женщин //Consiliummedicum. – 2015. – Т. 16. – №. 6. – С. 55-60.
- 7) Москвин С.В. Эффективность лазерной терапии/ С.В. Москвин// М., 2014. – 896 с.
- 8) Патент RU № 2513474 С1, МПК. А61N5/067. Способ лечения реактивированной формы цитомегаловирусной инфекции урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста. Рос. Федерация.–заявл. 2013115641/14, 08.04.2013; опубл. 20.04.2014. С.В. Москвин, Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова, К.Б. Ольховская.
- 9) Chida Y., Mao X. Does psychosocial stress predict symptomatic herpes simplex virus recurrence? A metaanalytic investigation on prospective studies. Brain Behav. Immun. 2009; 23: 7: 917–925.
- 10) Sanchez-Aleman M.A., Conde-Glez C.J. et al. Sexual behavior and Herpes simplex virus -2 infection in college students. Arch. Med. Res; 2012.

ских изменений. Дерматоскопия нашла клиническое применение в дерматологии, онкологии, ревматологии и ряде других медицинских специальностей. Этот метод существенно облегчает диагностику заболеваний кожи, волос и ногтей и стал исключительно значимым в ранней и дифференциальной диагностике опухолей кожи. Детальное описание дерматоскопических признаков поражений кожи дополняет клиническую картину заболевания, увеличивает эффективность диагностики, позволяет осуществлять динамическое наблюдение [8,9].

Опыт использования дерматоскопии в диагностике неопухолевых дерматозов показал, что этот метод также позволяет выявлять признаки, специфические для тех или иных заболеваний кожи [9]. Однако, до настоящего момента, метод дерматоскопии для дифференциальной диагностики инфекционной экземы не применялся. В то же время, совершенствование диагностики инфекционной экземы позволит упростить подбор адекватного лечения, и уменьшить число больных с тяжелыми формами этого заболевания, резко снижающего качество жизни и способствующего формированию психосоматических нарушений, приводя к эмоциональному дисбалансу, депрессии, дистанцированию от общества и снижению возможности к социализации.

ЦЕЛЬ

Целью настоящей работы явилась разработка дифференциально-диагностических критериев инфекционной и истинной, осложненной пиодермией форм экземы, на основе сравнения клинических проявлений и дерматоскопических картин данных разновидностей заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели в 2009-2013 г. проведено одноцентровое проспективное исследование с привлечением 139 больных микробной экземой (59 мужчин и 80 женщин) и 50 больных истинной экземой (27 мужчин и 23 женщины), давших добровольное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования послужили: возраст больных менее 18 лет и старше 60, сопутствующие заболевания в стадии обострения, наличие тяжелой соматической патологии. Всем пациентам проведены одинаковые клинико-инструментальные исследования.

Для динамической оценки течения экзематозного процесса для всех больных разработана стандартизованная карта наблюдения.

Клинический мониторинг осуществляли путем определения степени выраженности субъективных симптомов, тщательного сбора анамнеза и описания исходного дерматологического статуса. Динамику процесса отслеживали на 1-й и 17 день лечения (среднее пребывание больного микробной экземой в стационаре), используя при оценке состояния – Дерматологический Индекс Шкалы Симптомов (ДИШС) [10].

Для сравнения особенностей клинических проявлений инфекционной экземы и истинной экземы был использован метод дерматоскопии. С помощью аппарата дерматоскопа - DELTA 20, Heine, Германия.

Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «Stat Soft, Inc.», 2001).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто (в 76% случаев) экзема, как микробная, так и истинная развивалась в возрасте от 18 до 51 года. Таким образом, среди больных преобладали лица активного трудоспособного возраста.

При обзоре анамнестических данных, выявлено, что чувство зуда, как при микробной, так и при истинной экземе беспокоило всех пациентов. Одинаково часто в обеих группах отмечали умеренный зуд. Однако легкий зуд в группе больных микробной экземой встречался достоверно чаще, чем в группе 2 (24% и 4 % соответственно $p < 0,01$), у пациентов с истинной экземой преобладал интенсивный зуд, имевший место у 44% наблюдаемых. Только больные микробной экземой отмечали жжение и чаще жаловались на болезненность.

Независимо от формы, больные экземой, имеющие слабовыраженные субъективные ощущения, обычно обращаются за врачебной помощью позже, чем имеющие интенсивные жалобы. В связи с этим, большинство пациентов с микробной экземой впервые получали дерматологическую помощь только через 7-12 месяцев от начала заболевания (38 человек) и более чем через 1 год (36 больных). В то же время, в первый месяц заболевания к врачам обратился только 21 больной (15%). При истинной экземе, напротив, 24% пациентов обратились на прием к дерматологу в 1 месяц и еще 30% через 1-2 месяца от начала процесса.

При клиническом обследовании установлено, что средний уровень ДИШС колебался как у пациентов с истинной, так и микробной экземой от 23 до 27 баллов.

У больных группы 1 (микробная экзема) высыпания имели четкие границы и в большинстве случаев (75%) располагались не симметрично. В группе 2 (истинная экзема), напротив, границы очагов поражения были нечеткие, но сыпь всегда симметричной.

При оценке клинического статуса было выявлено, что у пациентов с микробной экземой на фоне эритемы, имевшей место у всех (100%) больных, преобладали следующие элементы: пустулы (65%) и корки (50%) случаев. Патологический процесс сопровождался мокнутием у 73% пациентов (рисунок 1).

В свою очередь, у больных группы 2, также на фоне эритемы (100%), основу клинического статуса составили папулы (62%), чешуйки и

трещины (74%). В отличие от группы 1 в группе 2 имела место сухость (74%) в патологическом очаге (рисунок 2).

В зависимости от выраженности клинических проявлений экземы по индексу ДИШС все пациенты с микробной и истинной экземой были разделены на три группы – легкая степень тяжести (ДИШС от 0 до 9 баллов) ограниченный или диссеминированный процесс с низкой или умеренной воспалительной активностью; средняя степень тяжести (ДИШС от 10 до 18 баллов) – диссеминированный процесс с умеренной и сильной воспалительной активностью и тяжелый процесс (ДИШС от 19 до 27 баллов) – диссеминированный процесс с высокой воспалительной активностью или диффузный процесс. Индекс ДИШС составил при легкой степени тяжести дерматоза в среднем в группе у лиц с микробной экземой 7,2 по группе сравнения

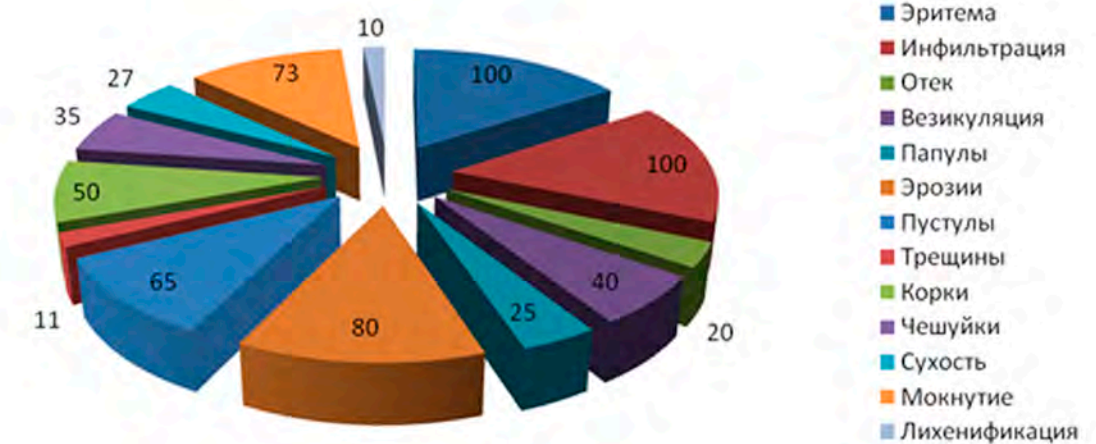


Рис. 1. Частота основных клинических симптомов у больных микробной экземой.

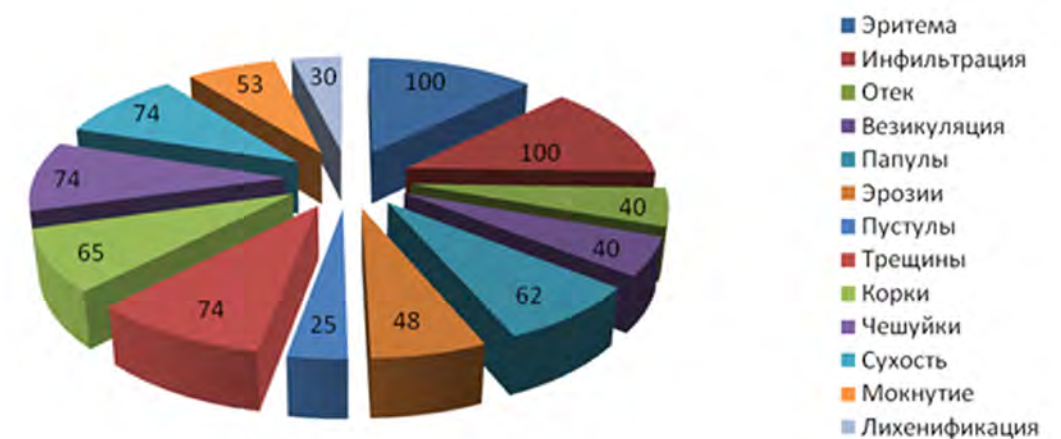


Рис. 1. Частота основных клинических симптомов у больных истинной экземой, осложненной пиодермией.

– 6,9 баллов, при тяжелом течение дерматоза в группе наблюдения – 22,9, а группе сравнения 22,2 бал-лов. Анализ данных показал достоверные различия в тяжести клинических проявлений кожного процесса у больных с микробной и истинной экземой с легким, средней степени тяжести и тяжелым течением дерматоза ($p < 0,05$).

В особо сложных случаях для дифференциальной диагностики истинной и инфекционной экземы, применялся метод дерматоскопии.

Перед началом исследования на участок пораженной кожи наносилось дерматоскопическое масло, обеспечивающее прозрачность поверхностных слоев кожи. Дерматоскоп десятикратно увеличивал участок пораженной кожи и делал видимыми структурные изменения. Данные дерматоскопии (характер границ, структура кожи) фиксировались в созданной электронной базе данных в формате таблиц программ Microsoft Excel 2007 (под Windows XP).

В имеющейся литературе экзема представлена большим разнообразием симптомов дерматоскопической картины. Проанализировав литературные данные и выделив основные, при оценке дерматоскопической картины для сравнения микробной и истинной форм экземы мы выбрали в качестве дифференциальных признаков границы, характер окраски очага и характеристику сосудистой сети в виде сочетания красных гранул, точек и линий одновременно и исследовали 189 очагов экземы у 139 больных микробной экземой и 50 больных истинной экземой.

В результате оценки дерматоскопической картины обследованных нами больных согласно приведенным критериям мы получили результаты, представленные в таблице 1.

Как видно, при инфекционной экземе границы очага достоверно чаще были четкими, относительно часто наблюдалась асимметрия цвета (переход от красного в ярко-розовый), только при микробной экземе на этом фоне отмечалось наличие желтых включений, сосудистая сеть представлялась в виде извилистых красных линий.

При истинной экземе границы очага были размытыми, наблюдалась однородность цвета очага (розового или бледно-розового цвета), полностью отсутствовали разнообразные включения, сосудистая сеть достоверно чаще была представлена сочетанием красных гранул, точек, а зоны, в которых наблюдалась группировка кровеносных сосудов, соответствовали пузырькам или папулам.

В связи с этим в случаях заболевания, анамнестически и клинически схожих между собой метод дерматоскопии позволяет уточнить диагноз имеющегося заболевания.

Таким образом, проведенной нами исследование позволило сделать соответствующие выводы.

ВЫВОДЫ

1. Истинная и микробная формы экземы имеют характерные и отличительные друг от друга клинические проявления, позволяющие

провести дифференциальный диагноз для назначения адекватной терапии.

2. В сложных для диагностики случаях клиническую форму экземы возможно уточнить с помощью дерматоскопии – неинвазивного и объективного метода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Кубанова А.А. Дерматовенерология: клинические рекомендации. М.: ДЭКС-Пресс; 2010. — 428 с.

2) Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. и др. Актуальные вопросы совершенствования специализированной помощи больным хроническими дерматозами // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2002. — № 5. — С. 75-76.

3) Охлопков В.А., Правдина О.В., Зубарева Е.Ю. Федеральные рекомендации по ведению больных экземой М., 2013. — 18 с. http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/

4) Потекаев Н.С. Экзема: ремарки к современным представлениям // Клиническая дерматология и венерология. — 2009. — №1. — С. 67- 73.

5) Маркова, О.Н. Микробная экзема: клиника, патогенез и принципы лечения // Военно-медицинский журнал. — 2004. — №7. — С.23-25.

6) Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А. и др. Оценка клинической эффективности топической комбинированной терапии больных экземой, осложненной бактериальной инфекцией // Вестник дерматологии и венерологии. — 2014. — №3. — С. 121-127.

7) Котрехова Л.П. Диагностика и рациональная терапия дерматозов сочетанной этиологии // Consiliummedicum (приложение «Дерматология»). — 2010. — С. 6-11.

8) Потекаев Н.Н. Дерматоскопия в клинической практике: Руководство для врачей. М.: МДВ, 2011. — 144 с.

9) Миченко А.В., Иванов О.Л., Львов А.Н., Халдин А.А. Дерматоскопия в дифференциальной диагностике дерматозов: обзор литературы и клинические иллюстрации // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — №4. — С. 20-23.

10) Адаскевич, В.П. Дерматологические индексы в дерматологии. М.: Медицинская книга, 2004. — 165 с.

Дерматоскопические признаки	Микробная экзема		Истинная экзема, осложненная пиодермией		Р
	Количество	%	Количество	%	
Четкость границ					
- четкие	110	79	3	6	<0,01
- размытые	29	21	47	94	<0,01
Цвет					
- однородный	119	86	45	90	>0,05
- неоднородный	20	14	5	10	>0,05
- яркий	129	93	2	4	<0,01
- не яркий	10	7	48	96	<0,01
Сосудистая сеть					
- красные линии, извилистые	101	73	7	14	<0,01
- красные точки, глобулы	38	27	43	86	<0,01

Таблица 1. Основные дерматоскопические признаки микробной и истинной экземы, осложненной пиодермией. Примечание: р – достоверность различий между группой 1 и группой 2

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

«Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, в нем публикуются научные работы сотрудников образовательных, научно-исследовательских медицинских учреждений. В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

Поступившие статьи могут быть отклонены в случае нарушения установленных правил оформления рукописей.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам.

Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются. Редакция не несет ответственности за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

Объем статьи не должен превышать 12 страниц машинописного текста (формата А4) через 1,5 интервала, включая и список литературы.

Материалы в редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru. в текстовых файлах. Тексты печатаются четким шрифтом без переносов на одной стороне стандартного листа белой бумаги. Основной текст набирается Times New Roman Cyr, 14 – кегль, сноски набираются размером 12 – кегль тем же шрифтом. Красная строка абзаца набирается отступом в 3 символа, т.е. 0,7 см. При использовании специфических символов – шрифты должны прилагаться.

Титульная страница должна содержать:

- 1) название статьи (должно быть по возможности кратким (обычно не более 10 слов) и отражать предмет исследования;
- 2) фамилию и инициалы автора, место работы должность;
- 3) наименование учреждения, в котором выполнена работа;
- 4) Фамилию, имя, отчество, полный почтовый адрес и e-mail, номера телефона и факса автора, ответственного за контакты с редакцией и читателями, фамилию руководителя учреждения;
- 5) В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заве-

ренная круглой печатью учреждения.

Статья должна состоять из следующих частей:

Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования.

Материалы и методы — необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время прохождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных.

В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы.

Обсуждение — В обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела "Результаты".

Выводы - должны кратко и точно отражать полученные результаты

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечисляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфа-

виту. Порядок составления списка следующий: авторы, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводятся сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы — первая и последняя (через тире). Список литературного обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги.

Резюме печатается на отдельной странице, оно должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение. Объем резюме должен быть не более 200—250 слов.

Ключевые слова: на русском и английском языке от 3 до 6 слов

Таблицы. Каждая таблица должна быть напечатана на отдельной странице через два интервала и иметь название и порядковый номер соответственно первому упоминанию ее в тексте. Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в примечании к таблице в виде сносок. Необходимо указать статистические методы, использованные для представления вариативности данных и достоверности различий.

Рисунки могут быть выполнены в формате наиболее распространенных графических файлов JPG, TIF, EPS и CDR на отдельных листах (минимальный размер 90 x 120 мм, максимальный 130 x 200 мм), шрифт векторных файлов должен быть переведен в кривые. Рисунки должны быть пронумерованы последовательными арабскими цифрами. В подписях к рисунку дается его описание и объяснение всех обозначений, указанных на нем. На полях рукописи указывается место рисунка.

Подписи к иллюстрациям печатаются на отдельной странице через 2 интервала с нумерацией арабскими цифрами соответственно номерам рисунков. Подпись к каждому рисунку состоит из его названия и "легенды" (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей). В подписях к микрофотографиям надо указывать метод обработки материала (окраска), кратность увеличения. Иллюстрации представляются в 2 экземплярах на отдельных листах. На оборотной стороне рисунка мягким карандашом должны быть четко написаны фамилия и инициалы автора (только первого), номер рисунка, обозначение верха рисунка. Весь иллюстративный

материал (рисунки, диаграммы, фотографии, рентгенограммы, ультрасонограммы, изотопные реносцинтиграммы и т. д.) должны быть представлены и на электронных носителях в формате Jpeg или Tiff.

Фотографии должны быть четкими, контрастными, хорошо проработанными в деталях, выполненными на белой глянцевой бумаге. На обороте каждого рисунка или фотографии должны быть указаны фамилии авторов, название статьи, номер рисунка.

Математические формулы следует набирать отдельным абзацем при помощи редактора формул типа Microsoft Equation (входит в состав пакета MS Word). Нумеруют только те формулы и уравнения, на которые впоследствии ссылаются.

Статья сопровождается:

- заявлением автора (авторов) на имя гл. редактора журнала с просьбой о публикации статьи в журнале (в свободной форме);
- фотографией автора (авторов) размером 10 x 15 см (цветная или черно-белая), с указанием фамилии и инициалов автора (на обороте фотографии);
- служебным и домашним адресами автора (авторов) с почтовыми индексами;
- номерами телефонов (домашнего и служебного) автора (авторов).

НАПРАВЛЯЯ РУКОПИСЬ В РЕДАКЦИЮ ЖУРНАЛА, АВТОР ГАРАНТИРУЕТ, ЧТО ДАННАЯ СТАТЬЯ НЕ БЫЛА РАНЕЕ ОПУБЛИКОВАНА И НЕ НАПРАВЛЕНА ОДНОВРЕМЕННО В ДРУГОЕ ИЗДАНИЕ.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

За содержание опубликованных материалов ответственность несет автор статьи.

Публикуемые материалы, сопроводительное письмо направлять:

По адресу: 454000, г. Челябинск, ул. Академика Королева, 40

E-mail: sumed74@mail.ru

**ПЛАН РАБОТЫ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИМЕНИ
И.И. ИЛЬИНА НА 2016 ГОД**

№ пп	Наименование	Срок проведе- ния
Конференции		
1	Областная научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»	17-18.11.2016
2	4-й Уральский медицинский форум «Современные тенденции развития медицинской косметологии»	19-20.04.16
Школы-семинары		
3	Школа-семинар «Акне – от фундаментальных исследований к таргетной терапии»	19.02.2016
4	Школа-семинар «Коморбидные состояния в дерматовенерологии как междисциплинарная проблема»	16.03.2016
5	Школа-семинар «Вирусные инфекции в дерматовенерологии»	13.04.2016
6	Школа-семинар «ИППП и урогенитальные инфекции: современные подходы к диагностике и терапии»	18.05.2016
7	Школа-семинар «Проблема микозов на современном этапе»	08.06.2016
8	Школа-семинар «Псориаз с точки зрения современной медицины»	14.09.2016
9	Школа-семинар «Атопический дерматит: консенсус дерматологов, иммунологов и педиатров»	19.10.2016
10	Школа-семинар «Возможности косметологии в современном мире»	14.12.2016
Заседания общества ЧОДВиК-каждый 4-й четверг месяца (кроме июля, августа).		

Главный врач ГБУЗ «ЧОККВД»,
главный внештатный специалист
по дерматовенерологии УрФО О.Р. Зиганшин



ГБУЗ
"ЧОККВД"



ГБУЗ "ОКВД
№3"



ГБУЗ "ОКВД
№4"



Дерматовенерологи
муниципального
образования

О службе

Новости

Пациентам

Специалистам

Задать вопрос

Оставить отзыв

Контакты

Ближайшие события

[все события](#)

26 НОЯБРЯ - 27 НОЯБРЯ 2015 ЧЕЛЯБИНСК

[МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА](#)

Приветствуем Вас на официальном сайте
дерматовенерологической службы Министерства
здравоохранения Челябинской области.

Наш сайт был создан для информирования пациентов и их родных об оказываемых в службе услугах, а также для врачей-дерматовенерологов о работе службы, последних новостях науки. Надеемся, что получившийся в результате информационный ресурс будет полезен для Вас.

Главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения
Челябинской области
О.Р. Зиганшин



Министерство
здравоохранения
Челябинской
области



ЧЕЛЯБИНСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ
ФОНД ОМС



Управление
Ресурсов здравоохранения
по Челябинской
области



Управление
Ресурсов здравоохранения
по Челябинской
области

Новости

[все новости](#)

29.10.2015

[Новости отрасли](#)

Уважаемые коллеги! Приглашаем Вас принять участие в работе Междисциплинарной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов Уральского федерального округа «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии», которая проводится 26-27 ноября 2015 года с 10.00 до 19.00 в Бизнес-отеле «Парк-Сити» г.Челябинск, ул.Лесопарковая, 6. Данная конференция проводится по плану основных мероприятий Министерства здравоохранения Челябинской области на 2015 год (пр. №103 от 29.01.2015).

26.10.2015

[Новости ГБУЗ
"ЧОККВД"](#)

Уважаемые пациенты! 20 ноября 2015 года в 16-00 ч. в конференц-зале ГБУЗ ЧОККВД в помещении цокольного этажа (вход с торца здания). Состоится школа здоровья пациентов с Псориазом. Тема лекции: «Как жить с Псориазом»/

28.09.2015

[Новости отрасли](#)

Программа школы-семинара «Атопический дерматит: тактика и стратегия ведения пациентов» для врачей-дерматовенерологов и врачей-косметологов 14 октября 2015 года в 15.00 конференц-зал ГБУЗ «ЧОККВД» г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

21.09.2015

[Новости отрасли](#)

24 сентября 2015 года в 16.00 состоится 562 заседание ЧОДВиК в конференц-зале ГБУЗ «ЧОККВД» (ул. Яблочкина, 24, ост. «Медицинская академия»)

01.09.2015

[Новости отрасли](#)

Программа школы-семинара «Псориаз с точки зрения современной медицины» для врачей-дерматовенерологов и врачей-косметологов 16 сентября 2015 года в 15.00 конференц-зал ГБУЗ «ЧОККВД» г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

20.07.2015

[Новости отрасли](#)

Уважаемые коллеги! Сообщаем календарный план очередных мероприятий ЧОДВиК

Клинические рекомендации

Российского общества
дерматовенерологов
и косметологов

Проекты стандартов
оказания медицинской
помощи по профилю

Дерматовенерология

РОДВК

Российское общество
дерматовенерологов и
косметологов

www.rodv.ru

Вестник
дерматологии
и венерологии

www.vestnikdv.ru

Министерство здравоохранения Челябинской области, «Стоматологическая Ассоциация России»
НИИАМС, ЧОО «Ассоциация стоматологов», ЮУКВЦ «ЭКСПОЧЕЛ»

**В рамках Российской научно-практической конференции
«Актуальные вопросы стоматологии»**

XIII межрегиональная специализированная выставка

УРАЛСТОМАТОЛОГИЯ

Медицина для здоровья и красоты

**30 марта-
1 апреля**

**ТРК «ГАГАРИН ПАРК»
Челябинск, Труда 183**

вход со стороны ресторана «МАКСИМИЛИАНС»



- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Оборудование и материалы для зуботехнических и литейных лабораторий
- Профессиональная и лечебная косметика
- Эстетическая медицина, аппаратная косметология
- Медицинское оборудование, приборы, инструменты, материалы
- Медико-косметологические услуги
- Фармацевтическая продукция, предметы гигиены для ухода за полостью рта
- Медицинская одежда, мебель



НИИАМС

научно-практический журнал
НОВОЕ
В СТОМАТОЛОГИИ



Врачи РФ
Общероссийская
социальная сеть

медицинский портал Челябинска
Med74.RU

7@expochel.ru

8 (351) 230-44-58

