

Литература

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. Под редакцией Б.А. Беренбейна, А.А. Стунцина. М. «Медицина» 1989 г.
2. Наследственные болезни и пороки развития кожи. Атлас. В.Н. Мордовцев., В.В.Мордовцева., М. «Наука» 2004 г.
3. Кожные болезни. Диагностика и лечение. Томас П. Хэбиф. М. «МЕДпресс – информ» 2007г
4. Клиническая дерматология. Краткий справочник по диагностике и лечению дерматозов. Г.И. Суколин. «Гарт-курсив» Санкт – Петербург , 1997 г.

ОЦЕНКА БАЗАЛЬНОГО КРОВОТОКА ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ СРЕДСТВОМ «ЭГАЛЛОХИТ (ГАЛАДЕРМ)»

Ю.А. Галлямова,

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва

Резюме: в статье представлена оценка базального кровотока гипертрофических рубцов до и после терапии средством Эгаллохит (Галадерм). Авторами показана высокая эффективность препарата в профилактике гипертрофических рубцов. Изучение микроциркуляции послеоперационных рубцов подтверждает снижение перфузии ткани после лечения средством Эгаллохит (Галадерм).

Ключевые слова: послеоперационные рубцы, гипертрофические шрамы, Эгаллохит (Галадерм).

Summary: in clause the estimation a blood-groove hypertrophic scars before therapy by a preparation «Galaderm» is presented. By authors high efficiency of a preparation in preventive maintenance hypertrophic scars is shown. Studying of microcirculation postoperative scars confirms decrease fabrics after treatment by a preparation «Galaderm».

Keywords: hypertrophic scars, «Galaderm».

Лечение гипертрофических рубцов (ГР) – актуальная, но не до конца решенная задача дерматокосметологии. Рубцы, являясь выраженным косметическим недостатком, часто приводят к психоэмоциональному дискомфорту, а также к развитию психо-социальной дезадаптации и снижению качества жизни. Со временем влияние этих факторов может привести к заметному уменьшению стабильности в эмоциональном состоянии, социальном благополучии, а также в личной жизни. У больных возникает гиперергическое восприятие дефектов кожи, что создает ощутимое препятствие в повседневной жизни, например, на пляже.

В настоящее время существует множество методов лечения гипертрофических рубцов:

- медикаментозные (кортикостероиды, иммуномодуляторы, препараты, влияющие на коллагенообразование);
- физические и физиотерапевтические (использование окклюзивных повязок и компрессионной терапии, криохирургия, лазерная терапия, электрофорез, лучевая терапия и т.д.);

- косметические процедуры, направленные на внешнюю коррекцию дефекта.

Несмотря на многообразие лекарственных препаратов и методик лечения ГР, ни один из предложенных методов не гарантирует полного излечения. Кроме того, все эти методы имеют свои побочные эффекты и противопоказания. Вследствие этого, наиболее важным моментом относительно образования патологического рубца является его *предупреждение*. Согласно Международным рекомендациям по ведению пациентов с патологическими рубцами (2003г.): «...наиболее обоснованным подходом к их терапии гипертрофических является своевременная профилактика патологического рубцевания». Как известно, в патогенезе развития ГР принимают участие различные механизмы: нарушение микроциркуляции, затяжное воспаление, преобладание функционально активных фибробластов с высоким обменом веществ, генетическая предрасположенность и т.д. Следовательно, наиболее эффективная профилактика - это воздействие на все звенья патогенеза патологического процесса.

До последнего времени дерматокосметологи часто использовали ферментные препараты, которые по своей сути являются гиалуронидазами. Их действие направлено на гидролиз гликозоаминогликанов, а не фибриллярных белков. При введении в рубцовую ткань данные препараты оказывают своеобразный разрыхляющий эффект, что способствует проникновению в рубец лекарственных веществ с другим механизмом действия, поэтому монотерапия такими препаратами не оправдала ожидания.

В настоящее время в лечебную практику внедрено принципиально новое средство наружного действия Эгаллохит (Галадерм), действующее на стадии заживления и формирования коллагенового матрикса. Основным механизмом средства является модуляция ангиогенеза. Кроме того, Эгаллохит подавляет чрезмерный синтез коллагена фибробластами и также провоспалительных цитокинов, обладает мощным антиоксидантным дейст-

вием. Выпускается в двух формах: гель и крем. Гель Эгаллохит (Галадерм) применяется при поверхностных повреждениях кожи небольшой площади. Крем Эгаллохит (Галадерм) назначается при более глубоких и/или обширных повреждениях кожи. Нами проведено собственное исследование клинической эффективности препарата Эгаллохит (Галадерм).

Цель и объект исследования: оценка формирования рубцовой ткани после применения средства Эгаллохит (Галадерм) методом лазерной доплеровской флоуметрии. Под наблюдением находилось 7 женщин после резекции ранее существовавших гипертрофических рубцов в хирургических клиниках города Москвы.

Методы исследования: оценка формирования рубцовой ткани проводилась дважды: до лечения и после окончания курса терапии. Порядок обследования больных включал: сбор анамнеза, изучение жалоб пациентов, визуальную оценку рубцовой ткани, исследование микроциркуляции рубцовых тканей методом лазерной доплеровской флоуметрии. Оценка базального кровотока до лечения проводилась путем оценки средних значений параметров перфузии: М, σ и K_v . Поскольку, общепринятых нормативных показате-

телей микроциркуляции в современной медицине не существует, для сравнения нами использованы результаты ЛДФ с контрлатеральных участков здоровой кожи. Лечение заключалось в обработке послеоперационного участка через 3-5 суток после иссечения гипертрофического рубца средством Эгаллохит (Галадерм) несколько раз в день. Курс терапии составил в среднем 4 недели.

Результаты исследования: анализ полученных данных позволил установить, что у больных ГР, постоянная составляющая перфузии (М) значительно повышена (таблица 1). Переменная составляющая (σ ПМ) ЛДФ сигнала статистически достоверно повышена, по сравнению с контрольной группой. Именно переменная составляющая обусловлена факторами, влияющими на постоянство потока крови в микроциркуляторном русле.

На фоне достоверного изменения показателя σ ПМ отчетливо проявилось достоверное повышение коэффициента вариации (K_v) (таблица 1). Увеличение величины K_v отражает усиление микроциркуляции рубца, так как повышение этого коэффициента связано с повышением σ ПМ в результате усиления активации ангиогенеза патологической ткани.

Таблица 1. Показатели перфузии кожи послеоперационных рубцов до лечения

Показатель	Рубцовая ткань	Контрлатеральные участки здоровой кожи
М, перф.ед.	7,34±0,7**	3,65±0,21
σ ПМ, перф. ед	1,83±0,13**	0,64±0,2
K_v , %	24±0,98*	17±1,45

* – достоверность различий ($p < 0,05$) по сравнению с нормой

** – достоверность различий ($p \leq 0,01$) по сравнению с нормой

В период лечения не зарегистрировано побочных эффектов, аллергических реакций или ухудшения общего состояния больного. Ни один пациент от предложенного метода не отказался. В результате проведенной терапии средством Эгаллохит (Галадерм) отмечена положительная динамика патологического процесса: побледнение окраски, уменьшение плотности, отсутствие субъективных ощущений.

Полученные после лечения результаты иссле-

дования базального кровотока доказывают значительное снижение активности микроциркуляции в патологических тканях. Постоянная составляющая перфузии (М), переменная составляющая (σ ПМ) ЛДФ сигнала статистически достоверно снизились и приблизились по значению к показателям нормальных значений. Следовательно, снизился коэффициент вариации (K_v), что подтверждает снижение перфузии послеоперационных рубцов (таблица 2).

Таблица 2. Показатели перфузии кожи послеоперационных рубцов после лечения

Показатель	Рубцовая ткань	Контрлатеральные участки здоровой кожи
М, перф.ед.	3,89±0,3	3,65±0,21
σ ПМ, перф. ед	0,70±0,14	0,64±0,2
K_v , %	17±0,32	17±1,45

Выводы: анализ динамики микроциркуляции послеоперационной рубцовой ткани, полученных до и после лечения средством Эгаллохит (Галадерм), доказывает высокую эффективность терапии данным методом. В результате проведенного исследования изменились внешние характеристики ГР:

- **снижение интенсивности окраски от красного до цвета нормальной кожи;**
- **уменьшение плотности;**

• **исчезновение субъективных ощущений.**

Изучение базального кровотока послеоперационных рубцов свидетельствует о снижении перфузии ткани до нормальных величин, что говорит о прекращении роста рубцовой ткани. Таким образом, проведенное исследование доказало эффективное воздействие средства Эгаллохит (Галадерм) на патогенетическое звено формирования аномального рубца в послеоперационной ткани.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В ЭТИОЛОГИИ ЭРИТЕМ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА

Е.В. Сорокина,

Консультативно-диагностический центр №6 УЗ САО г. Москвы

Резюме: на основании клинико-иммунологического анализа мед. документации у 69 больных эритемами и хронической идиопатической крапивницей в возрасте 16-73 лет (женщин — 42, мужчин — 27 чел.) выявлены иммунологические изменения в периферической крови, отмечена ведущая роль инфекционных агентов в патогенезе эритем.

Ключевые слова: эритемы, хроническая идиопатическая крапивница, инфекционные агенты, иммунологические нарушения.

В настоящее время существуют различные подходы в диагностике и терапии эритем и крапивницы, что создает некоторые сложности в определении схемы обследования пациентов и тактики лечения. В более чем половине случаев этиология и патогенез эритем остаются неясными. Однако, по данным многочисленных исследований, инфекционные агенты играют ведущую роль в развитии заболевания [1, 2, 3]. Бактерии и вирусы в процессе эволюции выработали ответные механизмы, подавляющие иммунную систему и обеспечивающие выживание в организме иммунокомпетентного хозяина. Поэтому, принимая также во внимание непрерывный рост заболеваемости эритемами, большой интерес представляют вопросы иммунологической перестройки макроорганизма при хроническом течении заболевания. Высокий процент диагностических ошибок делает целесообразным разработку алгоритма дифференциальной диагностики эритем и хронической идиопатической крапивницы [4, 5, 6, 7, 8].

Всего под наблюдением находилось 69 больных эритемами и хронической идиопатической крапивницей в возрасте от 16 до 73 лет. Из наблюдаемых больных — 42 женщины и 27 мужчин. Из них наиболее многочисленную группу составили больные хронической идиопатической крапивницей — 18 человек, многоформная экссудативная эритема выявлена у 13 больных, мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшутца диагностирована у 12, кольцевидная эритема Дарье у 10, узловатая эритема

у 9 больных. Реже встречались ревматическая эритема — у 2 больных, фиксированная распространенная эритема — у 2 больных, дисхромическая стойкая эритема Рамиреса у одного пациента. Сочетание индуративной эритемы и мигрирующей эритемы Афцелиуса-Липшутца с крапивницей хронической идиопатической наблюдалось у двух больных. Длительность при первичном обращении заболевания варьировала от 6 недель до 5 и более лет.

Всем больным наряду с общеклиническими методами обследования, применяли иммунологические методы исследования, которые включали оценку функциональной активности нейтрофилов, относительное и абсолютное содержание в крови субпопуляций лимфоцитов, экспрессирующих поверхностные маркеры CD3, CD4, CD8, CD16, CD21, CD23, CD72, CD25, CD95, HLA-DR, содержание общих иммуноглобулинов классов А, М, G (подклассы G1, G2), уровень общего IgE. Определяли специфические антитела классов IgG, IgM к HSV1,2; CMV; *Borrelia burgdorferi*; *Helicobacter pylori*; IgG, IgA к *Chl. trachomatis*. С целью идентификации возбудителя проводилось определение ДНК ВПГ 1 и 2 типа, ЦМВ, ВЭБ, *Chl. trachomatis* методом ПЦР. По показаниям больные были проконсультированы специалистами: гастроэнтерологом, ЛОР-врачом, урологом с целью выявления очагов хронической инфекции. Аллергологическое обследование включало определение специфической сенсибилизации, проведение провокационных проб.

В целом по группе у больных эритемами — 51 человек — сопутствующие заболевания выявлены у 38 больных (74%), причем наиболее часто регистрировали хронические воспалительные заболеваний ЛОР органов, вызванные *Str. pyogenes* — у 19 больных (37,2%); инфекция, вызванная ВПГ1,2 типа — у 13 больных (25,5%); заболевания органов ЖКТ, сопровождающиеся повышением в крови антител к *Helicobacter pylori* в клинически значимом титре — у 10 больных (19,6%); урогенитальная хламидийная инфекция — у 10 больных (19,6%);