



ДАЖЕ КОГДА КОЖА КАЖЕТСЯ СПОКОЙНОЙ,

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВСЕГДА ГОТОВ К АТАКЕ

ЧТОБЫ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СРОКА ДЕРЖАТЬ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПОД КОНТРОЛЕМ, НЕОБХОДИМО АКТИВНО ВОЗДЕЙСТВОВАТЬ НА СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, СОХРАНЯЮЩЕЕСЯ И В ПЕРИОДЫ РЕМИССИИ.^{1,2}

Можно проводить лечение атопического дерматита только в период обострения, но при этом всегда сохраняется угроза развития повторных обострений. Применение препарата Протопик® 2 раза в неделю в период ремиссии позволяет эффективно контролировать течение данного заболевания путем подавления субклинического воспаления. Назначение Протопика 2 раза в неделю предупреждает новые обострения и позволяет продлить ремиссию у взрослых и детей со среднетяжелым и тяжелым атопическим дерматитом.

НЕ ЖДИТЕ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ОБОСТРЕНИЯ, ПРИМЕНЯЙТЕ ПРЕПАРАТ ПРОТОПИК® 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ ДЛЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО КОНТРОЛЯ НАД АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.^{*1,2,3}

*Пациентам, у которых предшествующее лечение Протопиком при его применении 2 раза в день в течение срока до 6 недель было результативным.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата Протопик® (PROTOPIC®)
МНН: Такролимус (Tacrolimus). **Лекарственная форма:** Мазь для наружного применения. **Состав:** В 100 г мази содержится 0,03 г или 0,1 г такролимуса (в виде такролимуса моногидрата); вспомогательные вещества: парафин белый мягкий, парафин жидкий, пропиленкарбонат, воск пчелиный белый, парафин твердый. **Показания к применению:** Мазь Протопик® применяется в дозировке 0,03% и 0,1% у взрослых и только 0,03% у детей от 2 до 16 лет для лечения атопического дерматита (средней степени тяжести и тяжелых форм) в случае недостаточного ответа пациентов на традиционные методы лечения, такие как кортикостероиды, или наличия противопоказаний к таковым. **Способ применения и дозы:** Взрослым и детям старше 2 лет мазь Протопик® наносят тонким слоем на пораженные участки кожи. Препарат можно применять на любых участках тела, включая лицо и шею, в области кожных складок. Не следует наносить препарат на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки. **Применение у детей (2 года и старше) и подростков до 16 лет:** Лечение необходимо начинать с нанесения 0,03% мази Протопик® 2 раза в сутки. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать трех недель. В дальнейшем частота применения уменьшается до 1 раза в сутки, лечение продолжается до полного очищения очагов поражения. **Применение у взрослых и подростков 16 лет и старше:** Лечение необходимо начинать с применения 0,1% мази Протопик® 2 раза в сутки и продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения можно уменьшать частоту нанесения 0,1% мази или переходить на использование 0,03% мази Протопик®. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение 0,1% мазью Протопик® дважды в день. Если позволяет клиническая картина, следует предпринять попытку снизить частоту применения препарата либо использовать меньшую дозировку – 0,03% мазь Протопик®. **Применение у людей пожилого возраста (65 лет и старше):** Особенности применения у людей пожилого возраста отсутствуют. **Лечение обострений:** Мазь Протопик® может использоваться кратковременно или длительно в виде периодически повторяющихся курсов терапии. Лечение пораженных участков кожи проводится до полного исчезновения клинических проявлений атопического дерматита. Как правило, улучшение наблюдается в течение первой недели лечения. Если признаки улучшения не наблюдаются в течение 2 недель с момента начала использования мази, необходимо рассмотреть другие варианты дальнейшего лечения. Лечение следует возобновить при появлении первых признаков обострения атопического дерматита. **Профилактика обострений:** Для предупреждения обострений и увеличения длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями заболевания в анамнезе рекомендуется поддерживающая терапия мазью Протопик®. Целесообразность назначения поддерживающей терапии определяется эффективностью предшествующего лечения по стандартной схеме (2 раза в день) на протяжении не более чем 6 недель. При поддерживающей терапии мазь Протопик® следует наносить 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг) на участки кожи, обычно поражаемые при обострениях. Промежуток времени между нанесениями препарата должен составлять не менее 2-3 дней. **У взрослых и подростков 16 лет и старше используется 0,1% мазь Протопик®, у детей (2 года и старше) – 0,03% мазь Протопик®.** При проявлении признаков обострения следует перейти к обычному режиму терапии мазью Протопик® (см. раздел «Лечение обострений»). Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо оценить клиническую динамику и решить вопрос о целесообразности продолжения профилактического использования мази Протопик®. У детей для оценки клинической динамики следует временно отменить препарат и затем рассмотреть вопрос о необходимости продолжения поддерживающей терапии. **Побочное действие:** Наиболее частыми нежелательными реакциями являются симптомы раздражения кожи (ощущение жжения и зуда, покраснение, боль, парестезии и сыпь) в месте нанесения. Как правило, они выражены умеренно или незначительно и проходят в течение первой

недели после начала лечения. Часто встречается непереносимость алкоголя (покраснение лица или симптомы раздражения кожи после употребления спиртных напитков). У пациентов, применяющих мазь Протопик®, отмечается повышенный риск развития фолликулита, акне и герпетической инфекции. **Особые указания:** Мазь Протопик® нельзя использовать у больных с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или у пациентов, которые принимают иммуносупрессивные препараты. Во время применения мази Протопик® необходимо минимизировать попадание на кожу солнечных лучей, посещение пляжа, терапии УФ-лучами Б или А в комбинации с псораленом (PUVA-терапия). Мазь Протопик® не должна применяться для лечения участков поражения, которые рассматриваются как потенциально злокачественные или предзлокачественные. В течение 2 ч на участках кожи, на которые наносилась мазь Протопик®, нельзя использовать смягчающие средства. Эффективность и безопасность применения мази Протопик® в лечении инфицированного атопического дерматита не оценивались. При наличии признаков инфицирования до назначения мази Протопик® необходимо проведение соответствующей терапии. Применение мази Протопик® может быть связано с повышенным риском развития герпетической инфекции. При наличии признаков герпетической инфекции следует индивидуально оценить соотношение пользы и риска применения Протопика. При наличии лимфаденопатии необходимо обследовать пациента до начала терапии и наблюдать за ним в период применения мази. При отсутствии очевидной причины лимфаденопатии или при наличии симптомов острого инфекционного мононуклеоза необходимо прекратить применение мази Протопик®. Необходимо избегать попадания мази в глаза и на слизистые оболочки (при случайном попадании мазь необходимо тщательно удалить и/или промыть глаза и слизистые водой). Не рекомендуется носить мазь Протопик® под окклюзионные повязки и носить плотную воздухопроницаемую одежду. Так же как при использовании любого другого местного лекарственного средства, пациенты должны мыть руки после нанесения мази, кроме тех случаев, когда мазь наносится на область рук с лечебной целью. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к такролимусу, к вспомогательным веществам, к макролидам. Беременность и грудное вскармливание. Не следует применять Протопик® у пациентов с генетическими дефектами эпидермального барьера, такими как синдром Нетертона, а также при генерализованной эритродермии в связи с риском прогрессирующего увеличения системной абсорбции такролимуса. Применение мази Протопик® в дозировке 0,1% противопоказано у детей и подростков младше 16 лет, в дозировке 0,03% – у детей младше 2 лет. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Такролимус не метаболизируется в коже, что исключает риск лекарственных взаимодействий в коже, которые могут повлиять на его метаболизм. Так как системная абсорбция такролимуса при использовании в форме мази минимальна, взаимодействие с ингибиторами CYP3A4 (эритромицин, итраконазол, кетоконазол, дилтиазем и др.) при одновременном применении с мазью Протопик® маловероятно, однако не может быть полностью исключено у пациентов с обширными участками поражения и/или эритродермией. Влияние мази Протопик® на эффективность вакцинации не изучалось. Однако из-за потенциального риска снижения эффективности вакцинацию необходимо провести до начала применения мази или спустя 14 дней после последнего использования мази Протопик®. В случае применения живой атenuированной вакцины этот период должен быть увеличен до 28 дней, в противном случае следует рассмотреть возможность использования альтернативных вакцин. Возможность совместного применения мази Протопик® с другими наружными препаратами, системными глюкокортикостероидами и иммунодепрессантами не изучалась. **Форма выпуска:** Мазь для наружного применения 0,03% и 0,1% в тубах по 10, 30 г. **Регистрационный номер:** ЛСР-001885/10 от 12.03.2010 г. **Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.»:** 109147 Москва, ул. Марксистская, 16.



Новый подход к длительному контролю над атопическим дерматитом при применении 2 раза в неделю

РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

2013

RUS/PRT/08.2013/FamaRuPrint

А

Научно-практический журнал

ISSN 1560-9588

9 771560 958001

РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

5.2013

Анетодермия эритематозная Ядассона (стр. 22)

Базально-клеточный рак: методы лечения

Неинвазивные методы исследования в изучении особенностей кожи

Рестриктивная дерматопатия — редкая летальная патология

Лихеноидная реакция кожи на татуаж

Издательство «МЕДИЦИНА»
www.medlit.ru

А

1. Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F, et al. *Allergy* 2008; 63:742-750.
2. Thaci D, Reitamo S, Ensenat MAG et al. *Br J Dermatol* 2008; 159:1348-1356.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Протопик ЛСР-001885/10-120310



VIII ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА 2014

18-20 МАРТА
МОСКВА, ГК «КОСМОС»

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Молекулярные технологии в диагностике инфекционных болезней и биобезопасность
- Перспективы использования методов массивного параллельного секвенирования (NGS) в клинической практике
- Биоинформатическая обработка данных секвенирования геномов
- Современные возможности медицинской генетики
- Алгоритмы использования современных лабораторных методов в клинической практике
- Молекулярная онкология
- Новые направления молекулярной биологии и генной инженерии в диагностике
- Фармакогенетика — от теории к практике
- Молекулярно-диагностические технологии в судебной медицине и криминалистике
- Инфекционные болезни животных и птиц
- Безопасность продуктов питания и кормов для животных
- Генетический анализ сельскохозяйственных растений
- Вопросы стандартизации лабораторных исследований



Загадка Уильяма Хогарта

С.А. Монахов

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О. Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России



Уильям Хогарт (1697—1764) — английский живописец, график, начал творческий путь в искусстве как гравёр, выполняя афиши и книжные иллюстрации. Искусство Хогарта, впитавшее в себя идеи эпохи Просвещения и литературы XVIII века, нашло яркое выражение в жанре сатиры и назидательного романа. Художник создал несколько графических серий, в которых подобно писателю раскрывает историю своего героя, выражая при этом какую-либо мораль или высмеивая пороки общества [1]. В частности, в серии из шести гравюр «Карьера проститутки» (1730—32) высмеивается наивность, доверчивость и простодушие деревенской девушки по имени Шарлота, решившей переехать в город в надежде на красивую и беззаботную жизнь. На первой гравюре цикла девушку встречает сводня (рис. 1). Гусь в корзине — аллегория девичьей глупости. На заднем плане — сутенер, занимающийся мастурбацией; священник, сидящий на лошади (символ похоти и необузданной страсти), поглощен письмом от епископа из Лондона. У девушки был выбор: отправиться к брату, которому она в подарок привезла гуся, или поддаться на уловки городской сводни. Выбранный девушкой путь перемещает зрителя ко второй сцене, в которой Шарлота попадает на содержание к богатому еврею (рис. 2). Из-за измены с молодым покупателем из лавки своего хозяина Шарлота изгоняется из дома и попадает в бордель (третья сцена). Поднятые вверх палки в руках входящих в притон мужчин — фаллические символы, олицетворяющие сексуальные желания. Намёком на расплату в виде «нехороших» болезней за блуд являются медицинские банки и бутылки на столике, а служанка с седловидным носом — напоминание о том, что все может измениться в одночасье в худшую сторону (рис. 3). В четвёртой сцене Шарлота попадает в тюрьму за занятие

проституцией, где трудится, отбивая льняные бечевки. Пятая сцена — болезнь Шарлоты (рис. 4). Двое лекарей спорят, в каком виде препараты ртути были бы предпочтительнее для бедняжки: мазевые обертывания или пилюли. На переднем плане справа, на рецепте доктора Рока, лежат выпавшие зубы Шарлоты, что является одним из ранних побочных явлений меркуриаризма (рис. 5). Презерватив, лежащий на полу на переднем плане гравюры, — напоминание о пренебрежении средствами барьерной контрацепции, которые также оберегают от половых болезней (рис. 6). В заключительной, шестой, сцене запечатлено бессилие докторов, гибель Шарлоты и дележ ее имущества коллегами по цеху [3].

На протяжении столетий ртутный метод лечения «заболевания Шарлоты» являлся основной терапевтической методикой. Ртуть больному вводили посредством паровой ванны, на сухой печи, с помощью мазевых обертываний, ингаляционным способом. В последнем случае мерой эффективности лечения был уровень саливации. Так, усиление слюноотделения до 1,5 л в сутки считалось хорошим прогностическим признаком. Среди врачей существовала шуточная поговорка: «За час, проведенный с Венерой, придется расплачиваться жизнью с Меркурием». В связи со слюноотечением, наблюдавшимся при данном лечении, во Франции появилось эвфемистическое выражение «поехать в Баварию», основанное на игре слов *Bavière* (Бавария) и *bave* (слюна) и означавшее «лечиться от ...» [2].

Вопросы:

1. Каким венерическим заболеванием страдала Шарлота?
2. Исходом какого проявления «заболевания Шарлоты» является седловидный нос у служанки из третьей сцены?
3. Назовите осложнение в виде выпадения зубов, имевшее место при лечении препаратами ртути?

Ответы на с. 56.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мировое искусство (500 мастеров живописи). — СПб., 2005.
2. Монахов С. А. Палитра женского здоровья. — М., 2013.
3. Haslam F. From Hogarth to Rowlandson: Medicine in Art in Eighteenth-century Britain. — United Kingdom, 1997.

Сведения об авторе:

Монахов С. А. — доктор мед. наук (samskin@yandex.ru).

РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Russian Journal
of Skin
and Sexually Transmitted
Diseases

———— 5.2013 ————

Научно-практический журнал

Выходит один раз в два месяца

Основан в 1998 году

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор О. Л. ИВАНОВ

Ю.С. БУТОВ, Е.Н. ВОЛКОВА, Н.Г. КОЧЕРГИН, Л.С. КРУГЛОВА,
С.С. КРЯЖЕВА, К.М. ЛОМОНОСОВ, А.Н. ЛЬВОВ, В.А. МОЛОЧКОВ
(заместитель главного редактора), С.А. МОНАХОВ, О.Ю. ОЛИСОВА
(заместитель главного редактора), А.Ю. СЕРГЕЕВ, Е.С. СНАРСКАЯ
(ответственный секретарь), Г.И. СУКОЛИН, Г.Н. ТАРАСЕНКО,
А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА



Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В. П. АДАСКЕВИЧ (Витебск), **С. А. БУРОВА** (Москва),
Н. И. ИЗМЕРОВА (Москва), **И. А. КАЗАНЦЕВА** (Москва),
Е. А. КОЗУЛИН (Хабаровск), **Н. Г. КОРОТКИЙ** (Москва),
Ю. Н. КОШЕВЕНКО (Москва), **М. И. КУРДИНА** (Москва),
В. М. ЛЕЩЕНКО (Москва), **Н. П. МАЛИШЕВСКАЯ** (Екатеринбург),
В. А. НАСОНОВА (Москва), **Н. К. НИКУЛИН** (Нижний Новгород),
А. И. НОВИКОВ (Омск), **Н. И. РАССКАЗОВ** (Астрахань),
Ю. В. СЕРГЕЕВ (Москва), **Н. П. ТОРОПОВА** (Екатеринбург),
М. Ф. ТРАПЕЗНИКОВА (Москва), **В. П. ФИСЕНКО** (Москва),
Е. БУРОВА (E. Burova, Великобритания),
Х. ВИЛЬЯМС (H. Williams, Великобритания),
У. ГИЛЕР (U. Gieler, Германия), **С. МАЕВСКИЙ** (S. Majewski, Польша),
Г. ПЛЕВИГ (G. Plewig, Германия),
Г. РАЙКА (G. Rajka, Норвегия), **И. РИНГ** (I. Ring, Германия),
К. ТЕСТРУП-ПЕДЕРСЕН (K. Thestrup-Pedersen, Дания),
Э. ФИНЛЕЙ (A. Y. Finlay, Великобритания),
Я. ШЕПИТОВСКИЙ (J. Szepietowski, Польша)

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Тришкина О.В., Кабанова М.А., Кагоянц Р.В. Сравнительная характеристика различных видов лечения базально-клеточного рака кожи 4

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

Колхир П.В., Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г., Игнатъев Д.В. Хроническая крапивница как аутоиммунное заболевание 10

Иванов О.Л., Теплюк Н.П., Пинегин В.Б., Плиева Л.Р., Романов Д.В. Синдром Гарднера—Даймонда 17

Молочков В.А., Карзанов О.В., Прокофьев А.А., Молочкова Ю.В. К эффективности фотофереза при анетодермии 22

Альбанова В.И., Брунова О.Ю., Корсунский А.А. Токсический эпидермальный некролиз у ребенка 25

Шливко И.Л., Каменский В.А., Донченко Е.В. Роль неинвазивных методов исследования в изучении структурных и функциональных особенностей кожи новорожденных 30

Сердюкова Е.А., Родин А.Ю., Франчук М.Е., Сапрунова О.Н. Рестриктивная дерматопатия — редкая летальная наследственная патология 37

Снарская Е.С., Проскурина М.В., Бобров М.А., Молочкова Ю.В. Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая 40

Бакуров Е.В. Лихеноидная реакция кожи, спровоцированная татуировкой 43

Перламутров Ю.Н., Микрюков А.В. Клинико-лабораторные характеристики псориаза, ассоциированного с гормонально-метаболическими нарушениями 46

Альбанова В.И. Трихотилломания 50

Дегтярев О.В., Сазыкина У.А., Лазарева Е.Н. Диагностическая значимость остеокальцина при лепрозных остеодеструктивных осложнениях 54

CONTENTS

DERMATO-ONCOLOGY

Volgin V.N., Stranadko E.F., Trishkina O.V., Kabanova M.A., Kagoyants R.V. Comparative characteristics of therapies for cutaneous basal-cell carcinoma 4

CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS, AND THERAPY OF DERMATOSES

Kolkhir P.V., Olisova O.Yu., Kochergin N.G., Ignatyev D.V. Chronic urticaria as an autoimmune disease 10

Ivanov O.L., Teplyuk N.P., Pinegin V.B., Plieva L.R., Romanov D.V. Gardner—Diamond's syndrome 17

Molochkov V.A., Karzanov O.V., Prokofyev A.A., Molochkova Yu.V. On photopheresis efficiency in anetodermia 22

Albanova V.I., Brunova O.Yu., Korsunsky A.A. Toxic epidermal necrolysis in a child 25

Shlivko I.L., Kamensky V.A., Donchenko E.V. The role of noninvasive methods in studies of the structure and functions of newborn skin 30

Serdyukova E.A., Rodin A.Yu., Franchuk M.E., Saprunova O.N. Restrictive dermatopathy — a rare lethal hereditary abnormality 37

Snarskaya E.S., Proskurina M.V., Bobrov M.A., Molochkova Yu.V. Clinical and morphological characteristics of pigmented lichen planus 40

Bakurov E.V. Lichenoid reaction of the skin provoked by tattoo 43

Perlamutrov Yu.N., Mikryukov A.V. Clinical and laboratory characteristics of psoriasis associated with hormonal metabolic disorders 46

Albanova V.I. Trichotillomania 50

Degtyarev O.V., Sazykina U.A., Lazareva E.N. Diagnostic significance of osteocalcin in leprous osteodestructive complications 54