Dermat1.qxd 6/11/08 6:45 PM Page 38

пользования и содержит подробную инструкцию, следует лечиться под руководством врача, так как препарат имеет цитотоксическое действие и при несоблюдении техники нанесения может вызвать побочные эффекты.

Побочные действия

Местные реакции. В начале лечения, чаще на 2–3-й день применения препарата одновременно с благоприятным терапевтическим эффектом (начинающийся некроз кондиломы) возможно появление покраснения, незначительно выраженной боли, изъязвления эпителиального покрова кондиломы. При наличии больших бородавок в препуциальной области возможно развитие отека и баланопостита, которые исчезают после местного применения противовоспалительных препаратов (например, глюкокортикоидов).

Нанесение препарата на большую поверхность (более 10 см^2) может привести к реакциям, связанным с резорбтивным действием подофиллотоксина.

Противопоказания:

- беременность;
- лактация;
- детский возраст (до 12 лет);
- применение других препаратов, содержащих подофиллин;
- гиперчувствительность к компонентам препарата.

Эффективность лечения кондилином (подофиллотоксином), по материалам зарубежной литературы достигает 87% у мужчин и 77% у женщин. Данные о полном исчезновении кондилом после лечения подофиллотоксином различны. По сведениям B.Wang, оно зарегистрировано у 86,5% пациентов, по данным G.Kinghorn и соавт. – у 86% мужчин и 72% женщин. В последней работе указывается, что уже после 1-й недели лечения кондиломы исчезают у 53% мужчин и у 37% женщин. Эффективность 0,5% раствора подофиллотоксина при его самостоятельном применении мужчинами с кондиломами полового члена составляет 81%.

Отличительной особенностью препарата Кондилин является то, что при местном нанесении он вызывает немедленную прижизненную фиксацию ткани, на которую наносится. Действие препарата строго ограничивается местом применения. При нанесении раствора признаком немедленного эффекта является изменение окраски обрабатываемого участка: девитализированная ткань высыхает, темнеет и мумифицируется, что позволяет четко контролировать процесс обработки и дальнейшее ведение больного. Положительным моментом является то, что "мумифицированный" струп отторгается самостоятельно, а процесс заживления непродолжителен. Осложнения лечения, такие как вторичная инфекция или образование рубцов, по данным литературы, наблюдаются очень редко. Препарат пригоден для лечения остроконечных кондилом в амбулаторных условиях. Лечение происходит практически безболезненно, не требует анестезии и специальной аппаратуры. Каких-либо ограничений для больного не существует, за исключением его использования у беременных. Несомненным достоинством препарата является возможность безопасного самостоятельного применения самими пациентами.

Таким образом, применение Кондилина является высокоэффективным, доступным, удобным в использовании и безопасным методом лечения ВПЧ-индуцированных новообразований кожи и слизистых оболочек. Этот препарат может широко использоваться в клинической практике для амбулаторного лечения.

Литература

1. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В 2 т. Т. 1. Под ред. Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. М.: Медицина, 1999; с. 466–590.

2. Кожные и венерические болезни: учебник. Под ред. О.Л.Иванова. М.: Шико, 2002; с. 325–51.

3. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней: Руководство для врачей. Т. 1. М.: МИА, 2006; с. 532–619.

4. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селисский Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем: Практическое руководство. М.: МЕД-пресс-информ, 2001; с. 10–144.

5. Александрова Ю.Н., Лыщев А.А., Сафронникова Н.Р. ПВИ у здоровых женщин Санкт-Петербурга. Вопр. онкол. 2000; 6 (2): 175–9.

6. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий, клиника, диагностика, лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.

7. Kinghorn GR, McMillan A, Mulcahy F et al. Int J STD AIDS 1993; 4 (4): 194–9.

8. Genital human papillomavirus infections. Number 19 June 1994. ACOG technical bulletin. Int J Gynaecol Obstet 1994; 46 (3): 339–45.

9. Wang B, Shao Y, Chung Kuo I Hsueh Ko Hsueh Yuan Hsueh Pao 1994; 16 (2): 122–5.

Место Виферона в комплексной терапии заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека (обзор литературы)

А.А.Халдин, Д.В.Баскакова
ММА им. И.М.Сеченова

Система интерферона направлена на распознавание и элиминацию чужеродной генетической информации. Основные эффекты интерферона, которые он осуществляет во взаимодействии с другими цитокинами, можно разделить на противовирусный, противомикробный, антипролиферативный и иммуномодулирующий. Перечисленные эффекты, присущие интерферонам, делают их универсальным фактором неспецифической резистентности, обеспечивающим защиту организма от чужеродной информации (вирусы, бактерии, хламидии, микоплазмы, патогенные грибы, онкогены). Кроме непосредственного воздействия на системы репродукции вирусов, интерфероны (ИФН) являются важными медиаторами иммунитета, что позволяет отнести их к семейству регуляторных цитокинов [1].

В 1957 г. А.Айзекс и Г.Линдеман назвали вещество, ответственное

Dermat1.qxd 6/11/08 6:45 PM Page 39

за феномен интерференции вирусов, ИФН. Проведенные затем многочисленные экспериментальные исследования ИФН как у нас в стране, так и за рубежом позволили считать его "естественным противовирусным антибиотиком", вырабатывающимся в организме и обладающим широким спектром иммунного действия [2].

Первые клинические опыты аппликаций человеческого лейкоцитарного интерферона (ЧЛИ) в офтальмологии, а затем в дерматологии убедительно показали значительное сокращение длительности обострения инфекционного процесса, что послужило толчком для формирования иммунного направления терапии и вторичной профилактики инфекционных заболеваний. Однако стоимость ЧЛИ ограничивала его практическое использование. Ситуация изменилась после синтеза рекомбинантных генно-инженерных ИФН, и в настоящее время препараты этой группы достаточно широко применяются как парентерально, так и наружно [3].

Существует довольно много зарубежных и российских препаратов рекомбинантных ИФН. Однако препараты вводятся в организм больного парентеральным путем (внутривенно, внутримышечно, подкожно) и, как правило, в высоких дозах (3–10 млн МЕ/сут). При этом наблюдаются побочные эффекты: гриппоподобный синдром, сильные головные боли, артралгия, депрессивное состояние, галлюцинации, выпадение волос, диарея.

В результате фундаментальных исследований, проведенных в отделе интерферонов НИИ эпидемиологи и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН (Москва) под руководством проф. В.В.Малиновской, была найдена реальная возможность обойти сложности, возникающие при парентеральном применении препаратов ИФН.

Виферон – комплексный препарат, в состав которого входят ИФН человеческий рекомбинантный альфа-2b, мембраностабилизирующие компоненты (антиоксиданты) токоферола ацетат, аскорбиновая кислота и основа.

Препарат выпускается в трех лекарственных формах:

- ректальные суппозитории,
- мазь,
- гель [1].

В настоящее время Виферон нашел применение в самых разных областях медицины (инфекционные болезни, акушерство и гинекология, педиатрия и неонатология, хирургия, гастроэнтерология, аллергология, дерматовенерология).

Виферон с успехом применяется в том числе при патологиях, вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ), как в комплексной терапии, так и в целях профилактики рецидивов и прогрессирования процесса, в том числе после удаления папиллом и кондилом. Этот успех имеет патогенетическое обоснование, подтвержденное клиническими исследованиями.

Так, С.И.Роговская, А.В.Жданов и соавт. в исследовании интерфероновой системы у женщин с хронической папилломавирусной инфекцией (ПВИ) установили, что иммуномодулирующая терапия с применением Виферона на протяжении 1 мес нормализует концентрацию ИФН в крови (у 39,4%) и продукцию ИФН-γ лимфоцитами в ответ на индукторы (87,9%), в то время как после монотерапии с применением лазера эти параметры улучшаются лишь в 13,2 и 7,6% случаев соответственно. Авторы делают вывод, что стойкое комплексное воздействие на собственную систему ИФН происходит при иммуномодулирующей терапии ПВИ [4].

Т.Г.Сухих, Н.С.Логинова изучали состояние интерферонового статуса при остроконечных кондиломах влагалища и вульвы, обусловленных ПВИ, до и на фоне лечения препаратом Виферон. Исследованы 20 женщин с множественными остроконечными кондиломами влагалища и вульвы, обусловленными ВПЧ. Иммунокорригирующую терапию получали 12 пациенток, 8 больным лечение иммунными препаратами не проводилось. Все женщины основной группы получали внутривлагалищно суппозитории Виферон 1 раз в день в течение 10 дней и ларифан по 2 мл внутримышечно. У пациенток 1-й группы в течение 1 мес после лечения остроконечные кондиломы небольших размеров элиминировались в 4 случаях и значительно уменьшились в 2 (50%), в то время как во 2-й группе экзофитные образования исчезли спонтанно лишь у 1 (12%) женщины. При этом показатели интерферонового статуса у пациенток 1-й группы нормализовались или имели тенденцию к нормализации [5].

О.В.Почтаренко и С.А.Галустян сообщают об опыте применения суппозиториев Виферон у пациенток, которым проводилось удаление аногенитальных папиллом радиоволновым методом.

Под наблюдением находились 32 пациентки в возрасте от 18 до 45 лет. Клинически проявления ВПЧ протекали в виде остроконечных кондилом (25 случаев), папиллярных кондилом, напоминающих бородавку-опухоль (3 случая), бородавок в виде папул, расположенных на эпителии малых и больших половых губ, коже перианальной области (2 случая), поражений в виде пятен (macules; 2 случая).

Всем больным на первом этапе назначался Виферон 1 млн МЕ в виде ректальных суппозиториев 1 раз вечером в течение 10 сут. По завершении курса проводилось радиохирургическое лечение на аппарате "Сургитрон ТМ" с исходной частотой 3, 8 МГц. За одну

Dermat1.qxd 6/11/08 6:45 PM Page 40

процедуру удалялись все образования. После проведения радиохирургического лечения вновь назначался 10-дневный курс Виферона (1 млн МЕ 1 раз вечером per rectum).

В процессе применения первого 10-дневного курса свечей Виферон у всех больных удалось добиться стабилизации патологического процесса. Отмечалось прекращение появления свежих кондилом, периферического и экзофитного роста имеющихся кондиломатозных образований, а также значительно снизилась острота воспалительной реакции. После проведения радиохирургического лечения ни в одном случае не было грубых ожоговых струпов, заживление происходило под фибриновой пленкой, отторгавшейся во время первой после операции менструации. После операции 7 пациенток отмечали проходящее чувство жжения и легкой болезненности, которые эффективно купировались после введения Виферона при локализации патологических элементов на слизистой оболочке влагалища и в области анального отверстия. В процессе проведения второго 10-дневного курса Виферона (17–20-е сутки лечения) на месте бывших кондиломатозных образований возникали явления легкой рубцовой атрофии. В ряде случаев обратная эволюция экзофитных элементов не сопровождалась проявлением стойких вторичных изменений.

Динамическое наблюдение в течение 3–8 мес показало, что стойкое клиническое выздоровление было достигнуто у 28 (82,8%) пациенток. У 1 больной рецидив заболевания произошел через 30 дней после проведенного лечения, у 2 – через 3 мес и у 2 – через 7 мес. Рецидивы заболевания протекали в виде единичных, небольших по размеру остроконечных кондилом. При повторном применении комплексного метода у 2 больных кондиломы полностью регрессировали на 7–8-й день лечения Вифероном и радиохирургического лечения не потребовалось [6].

В особой степени заслуживает внимания возможность применения препарата Виферон в педиатрической практике в связи с безопасностью, отсутствием побочных эффектов и простотой использования, в том числе и у грудных детей.

Л.К.Асламазян, Л.П.Мазитова применяли Виферон в комплексной терапии детей с ПВИ. В последние годы в поликлинической практике детских дерматологов заметно увеличилось число детей, страдающих папилломавирусной инфекцией. В то же время лечение таких пациентов вызывает определенные трудности, а косметический дефект, к которому приводят бородавчатые разрастания на коже, особенно в области лица и кистей, создают социальные проблемы, обусловливая снижение качества жизни ребенка. Основным и единственным методом терапии данного недуга является их механическое удаление, но такой метод лечения плохо переносится маленькими пациентами, не всегда положительно воспринимается родителями, часто приводит к рецидивированию и прогрессированию заболевания.

Под клиническим наблюдением находились 70 детей (34 девочки и 36 мальчиков) в возрасте от 6 мес до 17 лет с разными проявлениями ПВИ на коже. Клинически заболевание проявлялось в виде плоских (43%), вульгарных (49%) бородавок, папиллом (8%). Наиболее часто патологический процесс развивался на коже ладоней, пальцев кистей и подошвах, реже – на коже туловища и лица (8%). Количество высыпаний варьировало от единичных до 25 штук. В 20,7% случаев отмечались сочетанные высыпания: на фоне вульгарных бородавок отмечались плоские бородавки и папилломы.

Всем обследованным с выявленными нарушениями интерферонового статуса была проведена комплексная терапия, которая включала использование Виферона в свечах и наружно. Детям до 7 лет назначался Виферон-1 (содержание ИФН-альфа-2b – 150 000 МЕ) в соответствии со схемой: по 1 свече 2 раза в день с 12-часовым интервалом в течение 10 дней, затем по 1 свече 2 раза в день 3 раза в неделю в течение 1–2 мес. Детям старше 7 лет назначался Виферон-2 (содержание ИФН-альфа-2b – 500 000 МЕ) по той же схеме.

Одновременно было проведено удаление папиллом комбинированным методом с помощью лазера. После удаления в течение 2 нед наносился гель Виферон на места бывших высыпаний. Группу сравнения составили 30 детей, для лечения которых использовали только механическое удаление, без лечения Вифероном.

Анализ проведенного лечения и наблюдение за данными группами детей в течение 1,5 года после проведенной терапии показали, что в группе получавших комбинированное лечение, включавшее, кроме механического удаления кондилом, применение Виферона, рецидива заболевания практически не отмечалось (1,7%), а в группе получавших монотерапию рецидив зарегистрирован в 87,2% случаев. Наряду с этим в группе получавших комбинированное лечение интерфероновый статус восстанавливался у 74,8% детей, а у пациентов, получавших монотерапию, достоверной нормализации интерферонового статуса не отмечено [7, 8].

Виферон активно применяется в педиатрии и в комплексной терапии вирусного папилломатоза гортани, этиологическим фактором которого является ВПЧ. Е.А.Цветков и С.А.Сельков применяли Виферон в комплексе с хирургическим лечением папилломатоза. В большинстве случаев был получен хороший клинический результат параллельно с улучшением показателей интерферонового статуса [9].

В.Д.Кольцов, Е.К.Ануфриева и соавт. применяли Виферон при распространенной форме папилломатоза гортани и трахеи с частыми рецидивами (1,5–2 мес), требующей оперативного вмешательства. Виферон испытан у 13 прооперированных детей в возрасте от 1 до 5 лет с длительностью заболевания от 1,5 мес до 3 лет. Больным вводили Виферон-1 ректально по схеме: первые 10 дней по 1 свече 2 раза в день, затем по 1 свече 3 раза в неделю. В группе детей, получавших Виферон-1, выраженный эффект и улучшение составили 69,2%, побочных эффектов отмечено не было, тогда как у больных в группе сравнения (получавших внутримышечный реаферон) суммарный положительный эффект составил 66,6% случаев, имели место нежелательные побочные явления. Кроме того, антитела к ИФН в основной группе обнаружены лишь у 15,4% детей, а в группе сравнения – в 88,8% случаев. Эти данные свидетельствуют о низкой иммунизирующей активности Виферона [10].

Виферон включен в ряд методических рекомендаций и практических пособий по лечению бактериальных и вирусных инфекций, в том числе ВПЧ. В частности, И.М.Нестеров, А.А.Тотолян, Э.К.Айламазян в пособии для практикующих врачей "Иммунокорригирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы" предлагают применять Виферон при вирусных инфекциях, в том числе ВПЧ, урогенитальном хламидиозе, в комплекс-

Dermat1.qxd 6/11/08 6:45 PM Page 41

ной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза [7].

Таким образом, можно заключить, что в настоящее время в комплексную эффективную терапию заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, целесообразно включать препарат Виферон, сочетающий в себе высокую клиническую эффективность и уникальную безопасность, отсутствие серьезных противопоказаний и побочных эффектов, а также простоту в использовании. Накоплено достаточно данных клинических испытаний препарата, подтверждающих его высокую эффективность при широком спектре патологий и безопасность применения, в том числе в педиатрии.

Литература
1. Малиновская В.В., Деленян Н.В. и др. Виферон. Руководство для врачей. М., 2004.
2. Халдин АА., Самгин МА. Простой герпес. Дерматологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
3. Халдин АА., Самгин МА., Баскакова Д.В., Васильев АН. Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA. Герпес. 2007; 2.
4. Rogovskaya SI, Zhdanov AV, Loginova NS et al. Interferon system in women with genital papillomavirus infection receiving immunomodulatory therapy. Bull Exp Biol Med 2002; 134 (5): 463–6.
5. Сухих Т.Г., Логинова Н.С. и др. Виферон в лечении заболеваний гениталий женщин, обусловленных папилломавирусной инфекцией. Сб. трудов научно-практической конференции "Новые перспективы применения препаратов интерферона в педиатрии и гинекологии". С. 6–8.
6. Почтаренко О.В., Галустян С.А. Опыт применения виферона 1 млн МЕ и метода радиоволновой хирургии при лечении поражений аногенитальной области вирусом папилломы человека. Врач и аптека XXI века. 2007; 3: 28–9.
7. Айламазян Э.К., Павлов И.П., Нестеров И.М., Тотолян АА. Иммунокорригирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы. Практическое пособие для практикующих врачей акушеров-гинекологов, студентов медицинских вузов, врачей-интернов и клинических ординаторов. СПб.: Тактик-Студио, 2007.
8. Асламазян Л.К., Мазитова Л.П. Современные особенности течения и лечение папилломавирусной инфекции у детей. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006; 6.
9. Цветков ЕА., Сельков С.А., Шмырева Н.Н. Интерферонотерапия и иммунотерапия у детей с респираторным папилломатозом. Вестн. оториноларинг. 2002; 2: 34–6.
10. Кольцов В.Д., Ануфриева Е.К., Нурмухаметов Р.Ф., Маслова И.В. Применение препарата Виферон при лечении детей с ювенильным респираторным папилломатозом. Сб. трудов научно-практической конференции "Новые перспективы применения препаратов интерферона в педиатрии и гинекологии". с. 10–11.
11. Асламазян Л.К., Намазова Л.С., Мазитова Л.П. Современные подходы к терапии папилломавирусной инфекции кожи в детском возрасте. Вопр. совр. педиатр. М., 2006; 5 (5): 98–100.
12. Малиновская В.В., Учайкин В.Ф. и др. О применении Виферона для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в педиатрической и акушерской практике. Информационное письмо. М., 1999.

Болезни волос: классификация. Нерубцовые алопеции

А.Г.Гаджигороева
ООО "Клиника Данищука"

Волосы – неотъемлемая часть человека как индивида. Во всех странах, во все времена волосы имели символическое значение и были наиболее важным средством выражения индивидуальности. В Древнем Египте по внешнему виду можно было определить статус человека, его роль в обществе и даже политическую позицию. Дороманские кельты носили длинные волосы как символ мужской силы и женского плодородия. В настоящее время в некоторых африканских племенах наследные принцы носят короткую стрижку, в то время как царствующие короли – длинные волосы и особенную повязку на голове. Африканские девушки меняют прическу после потери невинности. Когда наступает половое созревание, волосы стригут, отрастание волос до определенной длины служит сигналом к тому, что девушку можно выдавать замуж.

Волосы начинают формироваться на 2–3-м месяце внутриутробной жизни плода. После рождения жесткие (длинные) волосы имеются только на голове. Остальные части тела покрывает пушок. При половом созревании большинство волос на теле и конечностях заменяется жесткими волосами; степень оволосения имеет гендерную зависимость, поскольку рост волос связан с уровнем половых гормонов. У взрослого человека встречается несколько видов волос: длинные волосы (область скальпа, усов, бороды, подмышечных впадин, лобка, наружных половых органов), щетинистые волосы (брови, ресницы, кожа ноздрей и наружного слухового прохода) и пушковые волосы. Пушковые волосы растут на теле, за исключением ладоней и подошв стоп, тыла концевых фаланг рук и ног, сосков молочных желез, кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, внутренней поверхности больших и малых половых губ [1].

В строении волоса принято выделять две части: стержень и корень. Стержень волоса непосредственно выступает над поверхностью кожи. Корень волоса залегает в коже на границе дермы и гиподермы; он окружен эпителиальным корневым влагалищем и вместе с ним называется волосяным фолликулом. Волосяной фолликул можно представить как инвагинацию эпидермиса в дерму. В нижней части фолликул увеличен в размере и формирует луковицу. В основании луковицы имеется впячивание соединительной ткани с гемокапиллярами – сосочек волоса, который представляет собой клетки мезенхимы, определяющие цикличность роста волоса. Над луковицей имеется небольшое утолщение фолликула – нижняя шейка, к вздутию на которой крепится пиломоторный мускул (гладкая мышца, поднимающая волос). Далее следует перешеек, который переходит в верхнюю шейку, выше которой прикрепляется выводной проток сальной железы и, в зависимости от места расположения, выводной проток потовой железы (рис. 1).

На поверхность кожи стержень волоса выходит через устье фолликула. Терминальный волос кожи головы имеет концентрические участки: кутикулу, корковое и мозговое вещество.

В нижней части волосяной луковицы и вокруг сосочка располагаются недифференцированные плюрипотентные клетки, которые составляют матрицу волосяной луковицы. Здесь находятся активно деля-