

# За матеріалами зарубіжних наукових видань

## Ботокс лікує депресію

<http://psychcentral.com/blog/archives/2013/03/21/botox-as-a-cure-for-depression/>

Дерматолог із Вашингтона доктор Ерік Фінци (Finzi) видав книгу, яку The New York Times назвала «першою авторизованою біографією» ботоксу. Автор розглядає вплив косметичної процедури на настрій. У книзі «Обличчя емоцій» (The Face of Emotion) йдеться про те, що половина всіх процедур, які зменшують зморшки, може значно впливати на настрій і стосунки з іншими людьми. Ботуліністичний токсин типу А (ботокс є лише одним з його брендів) уводять у м'язи, що насуплюють брови. Це паралізує м'язи на півроку, і зморшки розгладжуються. Ці м'язи слугують для вираження переважно негативних емоцій – суму, страху, гніву. Їх після введення ботоксу пацієнти фізично не можуть виявляти на обличчі. Ще Дарвін передбачав, що мімічні м'язи створені не лише для вираження емоцій, а також для досвіду і його сприйнят-

тя. Гіпотеза полягала в тому, що емоції без міміки обмежать фізіологічну відповідь, що зменшить відчуття злості або страху. В одному дослідженні було зафіксовано настрій 25 жінок до введення ботоксу в ділянку перенісся і після нього. Різниця в настрої вразила! Значно менше негативних емоцій було в тих, кому вводили препарат. Спочатку це свіввіднесли з поліпшенням настрою завдяки більшій привабливості після процедури. Але з'ясувалося, що це не так. У 2009 році в Journal of Cosmetic Dermatology повідомлялося, що після паралічу м'язів, які насуплюють брови, знижується можливість виражати негативні емоції. Пацієнтам стає складніше підтримувати поганий настрій, тому вони почuvануться позитивніше. Ботокс становить певний інтерес не лише як косметологічний препарат, а і як засіб, що впливає на настрій та виліковує депресію.

## Нові препарати для лікування розацеа

[http://www.skinandallergynews.com/index.php?id=159&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=142237&cHash=45230da282c8683bc110780d6e7718f](http://www.skinandallergynews.com/index.php?id=159&tx_ttnews[tt_news]=142237&cHash=45230da282c8683bc110780d6e7718f)

Протягом найближчих двох років в арсеналі дерматологів з'являться два нових зовнішніх засобів для лікування розацеа: бримонідин тартрат 0,5 % гель і оксиметазолін крем. Бримонідин – у стадії розроблення, компанія Galderma подала заявку на реєстрацію препарату в FDA (Food and Drug administration) (США). Оксиметазолін крем проходить II фазу досліджень.

Обидва препарати є вазоконстрикторами і застосовуються у практичній медицині, проте розацеа не входить до списку показань для його призначення. Оксиметазолін входить як деконгестант до назального спрею, бримонідин-альфа-2-агоніст є складником очних крапель для лікування глаукоми. На сьогодні для лікування розацеа дозволено використання лише двох зовнішніх засобів – метронідазолу та азелайнової кислоти. Жодний з них не є ефективним на стадії еритеми. В разі нанесення на шкіру крапель з бримонідином пацієнтам потрібно пояснювати, що іноді на тлі еритеми під дією цього препарату можуть утворюватися

блі смуги, що зберігаються до 4–8 годин. Спрей для носа з оксиметазоліном також можна розпилювати на обличчя для зменшення еритеми. Крем, який вчені ще розробляють, буде ефективнішим. Метронідазол 0,75 % був першим оригінальним препаратом, схваленим для зовнішнього лікування розацеа. Запропонований пізніше 1 % метронідазол більше ефективний. Деякі фахівці прирівнюють препарат у колишній концентрації до плацебо. Другим зовнішнім препаратом, схваленим FDA, є азелайнова кислота. В одних пацієнтів краще виявляє свою дію метронідазол, в інших – азелайнова кислота. Зовнішні препарати з кліндаміцином або бензоїлу пероксидом ефективні при папулах, хоча механізм їхньої дії неясний. Такролімус і пімекролімус не призначають хворим з неускладненою формою розацеа. При коморбідній патології, зокрема розацеа на тлі атопічного або себорейного дерматиту, ці препарати можуть бути ефективними, оскільки розацеа супроводжується постійним запаленням.

## Лікування вітиліго трансплантацією епідермальних клітин

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ced.12040/abstract;jsessionid=E6002244FB7088C5E0D231566100B7B9.d03t01>

**В**ітиліго — захворювання, що мало піддається лікуванню. Особливі труднощі виникають у разі локалізації вогнищ у ділянці суглобів або при акральній формі захворювання. Хірургічні методи лікування в цьому випадку малоекективні. Проделано ретроспективний аналіз даних хворих на вітиліго, які отримали трансплантацію суспензії некультивованих епідермальних клітин. Загалом було проліковано 36 пацієнтів з 80 вогнищами вітиліго в ділянках кистей, стоп і суглобів. У 33 пацієнтів встановлено генералізовану форму вітилі-

го, в 3 — фокальну. Після завершення терапії за пацієнтами спостерігали протягом 18 місяців. У 51 з 80 пролікованих вогнищ пігментація відновилася на 75 % і більше, в 23 — на 50–75 %. В інших 6 вогнищах, розташованих у дистальних відділах пальців кистей, стоп та ділянці колінних суглобів, не було відповіді на лікування. Трансплантація суспензії некультивованих епідермальних клітин зумовлює певну репігментацію вогнищ вітиліго і може використовуватися у зонах, важкодоступних для хірургічного лікування.

## Діагностичні критерії ерозивної форми червоного плескатого лишаю в ділянці статевих органів у жінок

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23521206>

**Д**о сьогодні не було чітких критеріїв діагностики і лікування еrozивної форми червоного плескатого лишаю в ділянці статевих органів у жінок. У складанні міжнародного погоджувального документа брали участь 73 фахівці з дерматології, гінекології, гістопатології та урології. Ця робота передбачала три етапи, їх завершило 69 (95 %) фахівців. Сформульовано діагностичні критерії: 1) рубцювання/втрата нормальної форми (архітектоніки); 2) наявність гіперкератотич-

ної бляшки, або сітки Уікхема (Wickham's); 3) залучення слизових оболонок іншої локалізації; 4) ерозії або еритематозні плями з чіткими контурами в піхвовій ділянці; 5) відчуття печіння/болю; 6) знаки запалення піхви; 7) гістопатологічні ознаки запалення із залученням дермо-епідермального зчленування; 8) переважання лімфоцитів в інфільтраті; 9) ознаки дегенерації базального шару. Для встановлення діагнозу потрібно мінімум три критерії.

## Застосування наночасток у терапії акне

<http://www.nature.com/jid/journal/vaop/ncurrent/full/jid2012399a.html>

**Р**озроблено новий препарат — 0,1 % бензоїлу пероксид, розміщений в наночастки. За даними дослідження *in vitro*, проведеного в медичному коледжі Альберта Ейнштейна в Нью-Йорку, цей препарат вирізняється більшою антимікробною активністю, ніж звичайний бензоїлу пероксид або наночастки самі по собі. Наночастки складаються з хітозанальгінатного комплексу, чинять антимікробну і протизапальну дію на *Propionibacterium acnes*. Структура наночасток забезпечує антимікробні й імунологічні властивості хітозану, тоді як альгінат додає стабільноті. Відомо, що побічний ефект у вигляді подразнення шкіри обмежує застосування

бензоїлу пероксиду, проте структура наночасток дозволяє знизити вираженість цього явища, що сприятиме комплаєнтності пацієнтів. У дослідженні з використанням скануючої і трансмісійної електронної мікроскопії виявлено виражену деструкцію, розриви і «пілінг» клітинної стінки мікроорганізмів. Це означає пошкодження клітин унаслідок осмотичного дисбалансу, який створює бензоїлу пероксид. Розміщення одразу кількох препаратів у наночастках відкриє додаткові можливості для лікування пацієнтів з автоімунними захворюваннями та боротьби з інфекціями, викликаними резистентними мікроорганізмами.

## FDA попереджає: тимчасове татуювання небезпечне для здоров'я

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/258250.php>

Агентство з контролю за продуктами харчування і лікарськими засобами США (FDA) попереджає, що тимчасове татуювання, зроблене хною, що зберігається від трьох днів до кількох тижнів, може бути небезпечне для здоров'я. «Багато хто думає: якщо татуювання тимчасове, то не шкодить здоров'ю», — говорить директор відділу косметики і барвників FDA, доктор Лінда Катц. — Проте це не так». На відміну від звичайного татуювання хна не ін'ектується у шкіру, а наноситься на її поверхню. Зафіковано неодноразові скарги на побічні ефекти тимчасового татуювання. Вони можуть з'явитися як одразу після нанесення, так і через кілька тижнів. У рамках програми реєстрації побічних ефектів (Medwatch) у FDA надійшло безліч повідомлень про появу почервоніння, пухирів, підвищеної чутливості до сонячного випромінювання, утворення рубців. У кількох випадках була потрібна невідкладна допомога. Хну добувають із квітучої рослини,

перетираючи її на пасту і використовують для фарбування шкіри, нігтів та шерсті. У наш час у препарат додають інші інгредієнти. Наприклад, «чорна хна» містить фарбу для волосся з кам'яновугільних смол. Таке татуювання має темніший колір та довше тримається на шкірі. Кам'яновугільні смоли містять фенілендиамід (PDD), який викликає серйозні шкірні реакції. Офіційно його забороняється додавати в косметичні засоби, проте не скрізь цей процес підлягає контролю. Відділ супільного здоров'я штату Алабами кілька років тому вже попереджав про небезпеку вживання «чорної хни». В одному з випадків, наприклад, постраждала п'ятирічна дівчинка. Через два тижні після нанесення татуювання у неї з'явилися еритема, свербіж, утворилися пухирі з рідинним вмістом. FDA закликає людей, постраждалих від нанесення тимчасового татуювання, звернутися до лікаря і повідомити про побічні реакції в Medwatch.

## Нові погляди на диспластичний невус

[http://www.derm101.com/content\\_v1/748831](http://www.derm101.com/content_v1/748831)

Journal of American Academy of Dermatology опубліковано статтю у двох частинах, присвячену проблемі диспластичного невусу. Автори на підставі літературних, історичних, гістологічних, клінічних і молекулярних даних роблять висновок, що так званий диспластичний невус є різновидом меланоцитарного невусу. Отже, і лікувати його потрібно, як меланоцитарний невус. Опис невусу Кларка (Clark) ґрунтуються на теорії багатоступінчастого канцерогенезу. Автори вважали, що диспластичний невус є проміжною стадією між невусом і меланомою: «він укладається в схему прогресу від гіперплазії до дисплазії, а потім неоплазії, яка застосується до всіх епітеліальних пухлин». Коли термін «дисплазія» вживається щодо гістології пухлин, мається на увазі інтраепітеліальна неоплазія з цитоморфологічними ознаками малігнізації, карцинома *in situ*. Якщо шукати аналогію з меланоцитарною неоплазією, це відповідатиме меланомі *in situ*, а не диспластичному невусу. Але «диспластичний» невус є варіантом

меланоцитарного невусу, що є найпоширенішим у людини. Він абсолютно добрякісний і не є проміжною стадією між невусом та меланомою. Немає потреби в його хірургічному видаленні, якщо це не косметичний дефект і немає підозри на меланому. Проте з 1980 року, коли запропонували таку назву і почали розглядати цей невус як аналог карциноми *in situ*, проводиться необґрунтоване видалення диспластичних невусів. Дослідження засвідчило, що 86 % дерматологів наполягають на повному видаленні диспластичного невусу і його біопсії, 75 % – відступають на 2 мм від краю, 67 % – вдаються до повторного видалення у разі підозрілої гістологічної картини по краях. Оскільки термін не відображає справжньої природи утворення і призводить до невиправданого лікування, з'явилася потреба в зміні термінології. Як же слід називати цей невус? Автори пропонують простий термін «меланоцитарний невус». Інший варіант – «невус Кларка (Clark's nevus)», за ім'ям вченого, що описав його і виділив з інших типів невусів.

## Кокосова олія ефективніша за мінеральну при атопічному дерматиті та ксерозі

[http://www.skinandallergynews.com/index.php?id=159&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=142517&cHash=81e1880e074831e086af74f1cd23a8a1](http://www.skinandallergynews.com/index.php?id=159&tx_ttnews[tt_news]=142517&cHash=81e1880e074831e086af74f1cd23a8a1)

**К**окосова олія первого віджиму ефективніша за мінеральну при атопічному дерматиті легкої або середньої тяжкості у дітей та при сенільному ксерозі. В педіатричному рандомізованому контролюваному дослідженні взяли участь 117 дітей з атопічним дерматитом, які наносили на шкіру кокосову або мінеральну олію двічі на добу протягом 8 тижнів. У 93 % дітей, що застосовували кокосову олію, спостерігалося поліпшення відповідно до зниження індексу SCORAD. У випадках застосування мінеральної олії — лише в 53 % дітей. Зниження індексу SCORAD на 75 % і більше зафіксовано в 46 і 19 % пацієнтів відповідно. Обидва види олії мають як оклюзивні, так і пом'якшувальні властивості, але кокосова олія має ще протизапальну і антибактеріальну дію. Кокосова олія за всіма показниками виявилася ефективнішою від мінеральної: за суб'єктивною і об'єктивною оцінками, за індексом SCORAD, трансеп-

дермальною втратою води. Лікування пацієнти переносили добре, побічні ефекти у групах не спостерігалися. Кокосова олія є ефективною і недорогою альтернативою іншим пом'якшувальним засобам комерційного виробництва. В іншому рандомізованому дослідженні взяли участь 148 пацієнтів з сенільним ксерозом у ділянці гомілок, які застосовували кокосову або мінеральну олію двічі на добу протягом 2 тижнів. Клінічна відповідь була у 32,1 % пацієнтів у першій групі, у 8,9 % — у другій. Кокосова олія виявилася ефективною за всіма показниками, із суб'єктивною та об'єктивною оцінками: за сумарною шкалою інвалідизації (Overall Disability Sum Score, ODSS), оцінкою ефективності пацієнтом, корнеометрією, себометрією (відносне зниження ризику на 60,5; 27,6; 51,75 і 55,5 % відповідно). Дерматологічний індекс якості життя (DLQI) у групах не відрізнявся, побічних ефектів не було.

## Оптимізація терапії системної склеродермії із застосуванням генетичного аналізу шкіри

<http://www.medicalnewstoday.com/releases/259014.php>

**С**истемна склеродермія — рідкісне автоімунне захворювання сполучної тканини, що важко піддається лікуванню. При цьому захворюванні стоншується шкіра, уражуються суглоби і внутрішні органи — найчастіше стравохід, нижні відділи травного каналу, легені, серце, нирки. Препаратором вибору є мікофенолату мофетил, ефективність якого обмежена. Не виявлено біомаркерів, що дають змогу визначити ефективну терапію, тому препарати підбираються емпірично, що збільшує вірогідність розвитку побічних ефектів. На базі медичних шкіл Фейнберга Північно-Західного університету і Гейзеля в Дартмуті розроблено аналіз для підбору ефективного методу лікування хворих на склеродермію. У першому дослідженні показано, що набір генів, які експресують у шкірі, допомагає виявити пацієнтів з відповіддю на терапію мікофенолату мофетилом. Результати опубліковано в Journal of Investigative Dermatology. «Терапія склеродермії пов'язана з серйозними

побічними ефектами і навіть може стати причиною смерті пацієнта. Водночас лікування не можна відкладати, — пояснює доктор Моніка Хінкліф, професор генетики в медичній школі Гейзеля. — Підбір терапії, відповідної конкретному хворому, є головною проблемою у практиці лікаря». Під час клінічних досліджень у пацієнтів з відповіддю на мікофенолату мофетил спостерігається експресія набору «запальних» генів. У хворих, що не відповідають на лікування, експресія набору генів подібна до норми або «фібропроліферативних». В основу дослідження було покладено гіпотезу про те, що мікофенолату мофетил пригнічує проліферацію лімфоцитів. Експресія набору генів змінюється у хворих з відповіддю на терапію і залишається незмінною в пацієнтів без неї. Це дослідження було пілотним. Якщо результати підтверджаться у великому когортному дослідженні, це відкриття значно змінить стратегію лікування хворих на склеродермію.

Підготувала К.В. Коляденко  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця