

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕМА АЛДАРА

Н.В. Михайлец, Л.В. Музыка

*Днепропетровский областной
кожно-венерологический диспансер*

5%-ный крем Алдара по клинико-фармакологической группе относится к иммуномодуляторам местного применения. Действующее вещество крема Алдара – 5% имиквимод – является фактором иммунного ответа, индуктором синтеза эндогенного интерферона. Таким образом, прямой противовирусной активности вещество не имеет, а является ее модификатором, то есть индуцирует выработку цитокинов, в частности альфа-интерферона и других факторов некроза опухолей.

Материалы и методы. Крем Алдара применялся в лечении больных с базальноклеточной карциномой (базалиомой) на коже головы – 4 человека, 2 мужчины 60 и 67 лет, и 2 женщины 67 и 68 лет. Диагноз был подтвержден у 2 человек гистологическими исследованиями, у остальных 2 человек – только дерматоскопически. Крем Алдара применялся 5 дней в неделю на очаг тонким слоем и втирался до полного впитывания. Также 1 больная 72 лет с диагнозом – актинический кератоз (АК) на спинке носа, с подтвержденным АК биопсией. У больной с АК применялся крем Алдара 3 раза в неделю, согласно инструкции.

Результаты исследования. У всех больных наблюдались реакции воспаления кожи вокруг очага, которые у больных не вызывали болевых ощущений, но плохо переносились эмоционально. Курс лечения составил 4 – 6 курсов по 5 дней. Исход лечения – полная эпителизация патологического очага с образованием атрофического рубца до 2-3 мм. Больная с актиническим кератозом по собственной инициативе провела 2 повторных гистологических исследования после отмены препарата – диагноз АК не подтвердился.

Также проводилось лечение кремом Алдара 4 больным с остроконечными кондиломами расположенными на половых губах у 3 женщин и на теле полового члена у мужчины. Возраст больных 27 – 35 лет. Размеры остроконечных кондилом были от миллиарных до множественных крупных, размером до 0,7 мм в длину. Крем Алдара применялся через день, 3 раза в неделю. Наиболее мелкие образования регрессировали к концу первой недели. Полное исчезновение крупных раннее элементов, наблюдалось к концу третьей недели. Реакций воспаления больные не наблюдали. Лечение переносили хорошо.

У 5 больных проведена терапия мелких бородавок на ладонях и подошвах, применение крема Алдара было рекомендовано после снятия гиперкератических масс с поверхности образований. Во всех 5 случаях бородавки полностью регрессировали.

Выводы: крем Алдара является эффективным экономичным средством по лечению базалиомы кожи, АК, остроконечных кондилом, вирусных бородавок. Возможные побочные реакции со стороны кожи необходимо расценивать, как терапию «поля канцеризации».

РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D ТА ЙОГО МЕТАБОЛІТІВ У ХВОРИХ НА СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ

М.В. Нарожна

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Особливий інтерес у розвитку себорейного дерматиту (СД) представляє вивчення вітаміну D та його метаболітів. Поряд із загальновідомими патологічними станами і захворюваннями (остеопороз, остеомалія) виявлено нові механізми впливу вітаміну D на фізіологічні процеси. Відомо, що більшість органів і клітин імунної системи мають рецептори вітаміну D, деякі з них

(шкіра) володіють здібністю до метаболізму 25-гідроксивітаміну D в 1,25-дигідроксивітамін D. Останні дослідження показують, що кератиноцити мають рецептори вітаміну D, які інгібують проліферацію і стимулюють диференціювання клітин епідермісу. Ліганди рецептора вітаміну D зменшують рівень експресії прозапальних цитокінів і надають терапевтичний ефект при багатьох запальних шкірних захворюваннях. Разом з тим, рівень вітаміну D та його метаболітів при СД практично не досліджений. Рівень 25(OH)D₃ у сироватці крові відображає як утворення вітаміну D в шкірі, так і надходження з їжею.

Мета дослідження: дослідити рівень кальцидолу та кальцитріолу у хворих на СД.

Матеріали та методи. Обстежено у осінньо-зимовий період 36 хворих на ОСД (22 чоловіків і 14 жінок), середній вік склав 35,5±1,2 роки. Визначення вмісту 25(OH)D₃ і 1,25(OH)₂D₃ у сироватці крові здійснювали імуноферментним методом. Контрольну групу склали 20 хворих відповідного віку та статі. Інтерпретацію результатів проводили згідно клінічних рекомендацій Товариства ендокринологів (Holick M.F. та ін., 2011): дефіцит вітаміну D - при пониженні 25(OH)D₃ у крові менш за 50 нмоль/л, недостатність вітаміну D - рівень 25(OH)D₃ від 50 до 75 нмоль/л, достатній запас 25(OH)D₃ - при рівні понад 75 нмоль/л.

Результати дослідження. Проведене дослідження виявило, що достатній рівень 25(OH)D₃ у сироватці крові реєструвався у 8,3 % пацієнтів з СД. Недостатність вітаміну D визначалась у 25,0 % хворих, дефіцит вітаміну D - у 66,7 % пацієнтів. Вміст активного метаболіту вітаміну D₃ - D-гормону незначно знижувався, але достовірно не відрізнявся від такого у осіб контрольної групи. Ступінь вираженості змін показників залежав від клінічних проявів (стадії, поширеності процесу) і відображає не тільки дефіцит D-гормону, а й пониження рецепції 1,25(OH)₂D₃ в тканинах (резистентність до гормону).

Висновок. Встановлені порушення D-потенціалу потребують корекції дефіцитного стану.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОКЛІТИННОЇ КАРЦИНОМИ ШКІРИ

О.О. Ошивалова

*Державна наукова установа
«Науково-практичний центр
профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами*

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика*

В структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями шкіри перше місце займають пухлини епітеліального походження, із них частка плоскоклітинної карциноми шкіри (ПККШ) складає близько 20%. Важливим фактором виникнення ПККШ є вік хворого. В дитячому віці ПККШ зустрічається рідко, серед дорослого населення захворюваність різко зростає після 65 років, чоловіки хворіють частіше за жінок.

Відомо, що ПККШ виникає на ділянках шкіри, які тривалий час перебували під дією надлишкового сонячного опромінення. В патогенезі ПККШ ключовим моментом вважається генетична мутація TP53 – гена супресора пухлинного росту. Виникненню ракової пухлини сприяє тривале механічне подразнення чи травма шкіри. ПККШ також розвивається на тлі різноманітних патологічних станів шкіри (преканцерозів шкіри): вогнищево-рубцевих атрофій, післяопікових рубців, хвороби Боуена, еритроплазії Кейра, актинічного кератозу, пігментної ксеродерми та інших.

В середньому метастазування ПККШ відбувається в 16 % випадків. В 15 % метастази з'являються у вісцеральних органах (легенях) та кістках, в 85 % - в регіональних лімфатичних вузлах. Інколи відбувається внутрішньошкірна та гематогенна дисемінація ракових клітин.