



Целью исследования явилась оценка изменения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в процессе лечения у пациентов с ММ после стандартной и последующей высокодозовой химиотерапии с ауто-трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ВДХТ с ТГСК).

Проведен анализ результатов денситометрического исследования у 64 больных, которые были разделены на две группы: группа I, получавших курс стандартной химиотерапии ( $n=35$ ) и группа II, которой проводился курс последующей ВДХТ с ТГСК ( $n=29$ ). До начала лечения всем пациентам выполнена денситометрия позвоночника в прямой проекции, правого и левого тазобедренных суставов и повторно в тех же проекциях через 7–12 мес ( $m=10$ ). Диагностика МПКТ оценивалась по Т-критерию в значениях стандартных отклонений (SD). Нормальные показатели: Т-критерий выше  $-1$  SD; остеопения – Т-критерий от  $-1$ SD до  $2,5$  SD; остеопороз – Т-критерий ниже  $-2,5$  SD.

Оценку достоверности проводили по критерию Стьюдента ( $t$ ), при  $p \leq 0,05$ .

До лечения у пациентов в группе I по критериям денситометрической плотности мы имели следующие данные: у 34,3% больных показатели нормы ( $n=12$ ); у 51,4% пациентов – остеопения ( $n=18$ ); у 14,3% – остеопороз ( $n=5$ ). После проведенного лечения отмечались изменения МПКТ с повышением плотностных показателей у всех пациентов на  $0,1–0,3$  SD; увеличение количества пациентов с показателями норма до 37,1% ( $n=13$ ) за счет уменьшения числа больных в группе остеопения до 48,7% ( $n=17$ ).

Несмотря на увеличение денситометрических показателей, количество пациентов с остеопорозом осталось прежним 14,2% ( $n=5$ ).

В группе II до лечения были следующие результаты: норма 27,6% человек ( $n=8$ ); остеопения – 55,2% ( $n=16$ ); остеопороз – 17,2% ( $n=5$ ). После лечения также наблюдалось увеличение показателей минеральной плотности костной ткани на  $0,2–0,7$  SD; число пациентов с показателями МПКТ в пределах нормы увеличилось до 37,9% ( $n=11$ ) за счет уменьшения количества пациентов с остеопенией до 44,8% ( $n=13$ ), количество больных с остеопорозом осталось прежним 17,2% ( $n=5$ ).

Проведен статистический анализ средних показателей Т-критерия плотности костной ткани обеих групп до и после лечения. После проведенного лечения отмечались изменения МПКТ с повышением плотностных показателей на  $0,1–0,3$  SD у пациентов группы I, на  $0,2–0,7$  SD у пациентов в группе II.

Таким образом, у пациентов с ММ в обеих группах до начала лечения отмечалось снижение минеральной плотности костной ткани в виде остеопении либо остеопороза. В процессе лечения наблюдалась отчетливая тенденция к восстановлению минеральной плотности костной ткани в обеих группах, но более выраженному в группе II.

Результаты проведенных нами наблюдений позволяют сделать вывод, что метод двух-энергетической абсорбционной рентгеновской денситометрии дает возможность не только диагностировать остеопороз при ММ, но и подтвердить эффективность проведенной терапии у этой категории больных.

Полученные нами предварительные данные позволяют предложить новый рентгенологический критерий эффективности лечения у больных множественной миеломой. Эффективная репарация костной ткани, подтвержденная денситометрией, отчетливо указывает на отсутствие активности основного заболевания.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 615.5-006.03-085.27

**Ламоткин И.А.** ([ilamotkin@mail.ru](mailto:ilamotkin@mail.ru))<sup>1</sup>, **Селезнева Е.В.** ([selezneva-elena@mail.ru](mailto:selezneva-elena@mail.ru))<sup>2</sup>, **Хлебникова А.Н.**<sup>2</sup> – Опыт деструктивной терапии актинического кератоза.

<sup>1</sup>Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; <sup>2</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

*Изучена эффективность лечения актинического кератоза у 20 пациентов с 44 очагами поражения. В 36 (81,8%) случаях заболевание было представлено эритематозной формой, в 8 (18,2%) – кератотической. Эпителизация очагов после нанесения препарата происходила в период с 7 по 21-й день, в большинстве случаев – с 12 по 16-й день. При лечении отсутствовали побочные эффекты и осложнения, за исключением случаев (5%) возникновения гипертрофических рубцов на месте обработки препаратом.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** актинический кератоз, дерматозы у военнослужащих, инсоляция, Мардил Селен®.

*Lamotkin I.A., Selezneva E.V., Khlebnikova A.N. – Experience of destructive therapy of actinic keratosis. The efficacy of treatment of actinic keratosis in 20 patients with 44 lesions was studied.*



*In 36 (81.8%) cases, the disease was represented by the erythematous form, in 8 (18.2%) – keratotic. Epithelialization of the foci after the application of the drug occurred during the period from 7 to 21 days, in most cases – from 12 to 16 days. The treatment had no side effects and complications, except for cases (5%) of hypertrophic scars on the site of treatment with the drug.*

*К е у о р д с:* actinic keratosis, dermatoses in military personnel, insolation, Mardil Selen®.

Наиболее опасным последствием неблагоприятного воздействия солнечного облучения является развитие опухолей и предраковых поражений кожи. Одним из таких состояний является *актинический кератоз* (АК). АК чаще встречается у людей, проживающих в южных широтах, а также, в силу своей профессии и образа жизни, подвергшихся его воздействию. АК обычно болеют мужчины старше 50 лет (Frost С.А. et al., 1998; Salasche S.J., 2000). Это объясняется тем, что профессия мужчин нередко связана с избыточным солнечным излучением (альпинисты, военнослужащие, фермеры, строители, моряки, сельскохозяйственные рабочие).

Выделяют 5 основных клинических форм АК: эритематозная, кератотическая, папилломатозная, роговая и пигментная (Verman В., 2006). Современные методы лечения направлены на удаление очагов АК, при выборе которых важно учитывать их локализацию, площадь поражения, ранее проводимую терапию. К общепринятым методам лечения АК относят криодеструкцию, кюретаж и электрокоагуляцию, лазеротерапию, а также *фотодинамическую терапию* (ФДТ). Наиболее простым и доступным методом является криодеструкция. Криотерапия жидким азотом сопровождается болью, образованием пузыря, изъязвлением, длительным периодом заживления. Механический кюретаж в комбинации с электрокоагуляцией применим только к очагам АК гипертрофической формы и к ограниченному количеству поражений. Кроме того, для проведения процедуры необходима анестезия, а после лечения возможно появление гипер- или гипопигментации и гипертрофических рубцов. В последнее время широко используется лазерная деструкция: СО<sub>2</sub> или ER:YAG-лазеры. Метод имеет ряд недостатков: обязательное применение местной анестезии; длительный период эпителизации; образование рубца. ФДТ, несмотря на высокую эффективность, также имеет ряд недостатков: возникновение выраженных болевых ощущений в момент выполнения процедуры, несмотря на использование различных методов обезболивания; появление после манипуляции значительного отека мягких тканей и эритемы, а также лихорадки. Вследствие этого продолжается поиск оптимального метода лечения АК – доступного, простого в исполнении, способного обеспечить высокую эффективность терапии при минимальных побочных эффектах.

В последнее время в лечении АК стали использовать Мардил Селен® – раствор селенистой кислоты (0,45% в пересчете на селен) в 70% 2,2-дихлорпропионовой кислоте. Препарат предназначен для лечения пациентов с доброкачественными, предраковыми (актинический кератоз) и злокачественными немеланоцитарными (базально-клеточный рак кожи) новообразованиями кожи. При аппликации препарата на патологически измененные ткани происходит дегидратация с образованием коагуляционного некроза; 2,2-дихлорпропиононовая кислота обладает интравитальным фиксирующим действием, способностью прерывать рост и жизнедеятельность посредством дегидратации и мумификации патологически измененной ткани, коагуляции сосудов. Кроме того, эта кислота характеризуется высокой проникающей способностью, обеспечивающей необходимое пропитывание ткани вплоть до глубоких слоев дермы. Входящий в состав препарата селен обладает канцеропротекторным действием вследствие избирательного накопления в опухолевых клетках, а также участвует в регулировании пролиферации и апоптоза клеток благодаря влиянию на синтез иммунизирующего фермента глутатионпероксидазы, участвующей в антиоксидантной защите организма (Burk R.F. et al., 2005; Combs G.F. et al., 2006).

Целью исследования явилось изучение эффективности препарата Мардил Селен® в лечении АК.

Под наблюдением находились 20 чел. (11 мужчин и 9 женщин) в возрасте 45–82 года, у которых было диагностировано 44 очага АК. Длительность заболевания варьировала от 6 мес до 10 лет. Количество очагов АК у каждого пациента было от 1 до 10 (в среднем 4±1,8). Обычно образования располагались на лице – 38 очагов (86,4%), в т. ч. щеки – 15 (34,1%), виски – 12 (27,3%), лоб – 7 (15,9%), нос – 4 (9,1%). В остальных случаях АК выявлялся на туловище и верхних конечностях (плечи и предплечья) – 6 очагов (13,6%). Диагностировали две клинические формы АК. В 36 (81,8%) случаях выявлена эритематозная форма в виде одиночных или множественных пятен округлых или овальных очертаний, с четкими границами, до 2 см в диаметре, покрытых плотно прилегающими серовато-белыми чешуйками. В 8 (18,2%) случаях отмечалась кератотическая форма АК в виде элементов, покрытых плотными роговыми массами желтоватого, грязно-



коричневого или серо-черного цвета, при удалении которых обнажалась покрасневшая, иногда растрескавшаяся поверхность.

Препарат наносили с помощью деревянного аппликатора на поверхность очагов АК, предварительно обезжиренную 70% спиртом. При кератотической форме обработка спиртовым раствором проводилась после удаления роговых масс скальпелем или ложкой Фолькмана. Аппликацию препарата проводили однократно, до появления бело-серого окрашивания очагов в течение 1–2 мин после 2–3 последовательных аппликаций. Через несколько дней после обработки отмечали мумификацию тканей и образование струпа темного цвета, который отторгался в течение 7–21 дня. Обработка препаратом проводилась врачом-дерматовенерологом только в условиях процедурного кабинета.

Полное излечение составило практически 100%. Эпителизация очагов отмечалась в период с 7 по 21-й день после нанесения препарата, при этом отторжение мумифицированного струпа с 7 по 11-й день наблюдалось в 4 (9%) случаях, с 12 по 16-й – в 32 (73%) и с 17 по 21-й – в 8 (18%) случаях. После отторжения мумифицированного струпа на месте ранее обработанных очагов визуализировалась ярко-розовая окраска тканей. Спустя 3 мес от начала лечения в местах аппликации в 29 (66%) случаях отмечалось образование нормотрофических рубцов, в 13 (29%) – визуализировались пятна от бледно-розового до светло-телесного цвета с легкой атрофией и в 2 (5%) случаях наблюдались гипертрофические рубцы. После лече-

ния через 3 мес рецидивов новообразований выявлено не было. При нанесении препарата все пациенты ощущали жжение в местах аппликации, которое самостоятельно проходило в течение 10–12 мин. Объективно у большинства пациентов отмечалось появление ободка гиперемии и инфильтрации вокруг обработанного новообразования (купировались самостоятельно через 24–48 ч).

Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности данного способа лечения АК, значительными преимуществами которого являются хорошая переносимость и атравматичность, сохранение пациентами привычного образа жизни, формирование на месте очагов в 95% случаев нормотрофических рубцов либо легкой атрофии. Учитывая преимущественную локализацию АК в области лица, незначительный косметический дефект в результате лечения имеет немаловажное значение. Изложенное позволяет сделать следующие выводы.

1. Эффективность терапии АК препаратом Мардил Селен® составляет практически 100% при однократной обработке данным средством.

2. Эпителизация большинства очагов (73%) происходит с 12 по 16-й день после лечения.

3. После лечения в местах аппликации в 95% случаев образуются нормотрофические рубцы или пятна от бледно-розового до светло-телесного цвета с легкой атрофией и только в 5% – гипертрофические рубцы.

4. Перед нанесением препарата на очаги кератотической формы АК необходимо удалять роговые массы.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 616.66-002.182-02

**Бабкин П.А., Кушниренко Н.П. (nikolaj.kushnirenko@yandex.ru), Харитонов Н.Н., Рассветаев А.В., Игловиков Н.Ю., Сиваков А.А., Карандашов В.К., Гозалишвили С.М.** – Полиакриламидная гранулема полового члена.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторные аспекты течения гранулемы полового члена после подкожного введения гидрофильного полиакридного геля «Интерфал» для увеличения его размеров с целью повышения качества половой жизни. На клиническом примере показано, что со временем введенный препарат постепенно перемещается в сторону крайней плоти полового члена, где в силу своей гидрофильности образует большую полиакридную гранулему, затрудняющую ведение половой жизни. Приведены описание и результат хирургического лечения полиакридной гранулемы.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** увеличение полового члена, полиакридный гель, полиакридная гранулема полового члена, иссечение гранулемы.

*Babkin P.A., Kushnirenko N.P., Kharitonov N.N., Rassvetaev A.V., Iglouikov N.Yu., Sivakov A.A., Karandashov V.K., Gozalishvili S.M. – Polyacrylamide granuloma of the penis. The anamnestic, clinical and laboratory aspects of the course of granuloma of the penis were analyzed after subcutaneous administration of hydrophilic polyacrylamide gel Interfall to increase its size in order to improve the quality of sexual life. In the clinical example, it is shown that over time the injected drug gradually moves toward the prepuce of the penis, where due to its hydrophilicity it forms a large polyacrylic granuloma that makes it difficult to maintain a sexual life. The description and the result of surgical treatment of polyacrylamide granuloma are presented.*

**К е у о р д с:** augmentation of the penis, polyacrylamide gel, polyacrylamide granuloma of the penis, excision of the granuloma.