

Исследование кратковременной зрительной памяти у больных с повторным и впервые полученным сотрясением головного мозга в остром периоде (P+m%).

Таблица 4. Результаты исследования кратковременной зрительной памяти у больных с повторным и впервые полученным сотрясением головного мозга в остром периоде (P+m%)

Критерий оценки теста	Группа сравнения			
	Повторное СГМ		Первичное СГМ	
	%	n	%	N
Количество неправильно воспроизведенных чисел	95,0+3,4	57	90,0+4,3	36
Количество правильно воспроизведенных чисел	5,0+4,7	3	10,0+5,1	4

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Акиулаков С.К. Клинико-эпидемиологическое исследование острой черепно-мозговой травмы и её последствий в Республике Казахстан (на модели г.Алматы): Автореферат. Дис. Докт. – Москва, 1992. – 42с.
- 2) Акиулаков С.К., Непомнящий В.П. Актуальные вопросы изучения эпидемиологии острого черепно-мозгового травматизма и его последствия в Республике Казахстан/Здравоохранение Казахстана, 1993. - №2, - с. 31-32.
- 3) Feinstein A., Mild traumatic brain injury: the silent epidemic// Can. J. Public/ Health/ - 2000. - Vol. 91, N 5. - P. 325-332.
- 4) Бабиченко Е.И. Хурина А.С. Повторная закрытая черепно-мозговая травма. Издательство Саратовского университета 1982. - с.3-7.
- 5) Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и её последствий // Вопрос. Нейрохирургии. – 1994.-№4-С.18-25.
- 6) Яковлев Н.А., Фомичёв В.В. Лёгкая черепно-мозговая травма (патогенез, клиника, диагностика, лечение): Краткое руководство для врачей. – Тверь, 2000.-с.-40.
- 7) Яковлев Н.А., Слюсарь Н.Н., Фомичёв В.В. Лёгкая черепно-мозговая травма: подходы к восстановительной терапии // Материалы 3 Международной конференции по восстановительной медицине (реабилитологии).-М., 2000.-с.202.

8) Батаршев А.В. Тестирование – основной инструментарий практического психолога. Издательство Дело. Москва. 2001. с. 121.,193.

9) Справочник психолога-консультанта организации. Ростов-на-Дону. Феникс. 2006. с. 119-120.

10) Коваленко А.П. Вегетативные расстройства у больных с последствиями лёгкой черепно-мозговой травмы. Автореферат. Дисс.Канд. мед.наук.- СПб, 2001.- с.-32

11) Коваленко А.П., Особенности изменения тонуса вегетативной нервной системы при лёгкой черепно-мозговой травме и её последствиях // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии.-СПб. 2003.- С. 269.

12) Махмутов Х. Применение электросон-актовегин инфузии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при сотрясении головного мозга: Автореферат. Дисс. Канд.-Астана.-2006. с.103.

13) Жулёв Н.М., Яковлев Н.А. Лёгкая черепно-мозговая травма и её последствия/ Москва. Медицина, 2004.-с. 127.

14) Алдунгарова Р.К. Эпилепсия. Патологическая сущность, дифференциальная диагностика, лечение. Алматы. 1997. с. 35-41.

ТҮЙІН

Бас ми шайқалуы бар аурулардың психофизиологиялық жағдайын зерттеу, бастапқы бас ми шақауы мен қайталанған бас ми шайқалуы жағдайын емдеуге өте маңызды. Бұл зерттеу психо-эмоционалдық өзгерістерді көрсетіп, аурулардың уақытында ем алуына алып келеді. Сонымен, аурулардың өмірін жақсартады және аурудың қиыншылықтарын төмендетеді.

SUMMARY

In conclusion, researching psycho-physiological profiles of patients with the cerebral concussion is one of the most important diagnostic criterias in the cases of primary and repeated cerebral concussion. This type of research shows extent of psycho-emotional drawbacks in comparative groups requiring timely pathogenetical treatment and early rehabilitation of patients with both primary and repeated cerebral concussion. As a result, improving quality of life and minimizing drawbacks from suffered traumas.

Keywords: repiated cerebral concussion psycho-physiological profiles

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

УДК 616.36-002:616.9:615.225.2.03

С.Т.Доскожаева

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Примерно 350 - 400 миллионов человек во всем мире хронически инфицированы вирусом гепатита В (ВГВ) и около 1 млн. ежегодно умирают от связанных с ВГВ болезни. Во всем мире распространенность диапазонов вируса гепатита В от 0,1% до 20%. Этот широкий спектр в основном из-за разницы в возрасте на момент заражения. Риск перехода острой ВГВ-инфекции в хроническое заболевание с возрастом снижается: при перинатальном заражении он составляет 90%, для детей 1-5 лет – 25-50%, для детей старше 5 лет и взрослых – 1-5% (2).

Около 45% населения Земли живет в высоко эндемичных по хронической ВГВ-инфекции регионах, где поверхностный антиген определяется у ≥8% населения,

43% - в умеренно эндемичных (HBsAg определяется у 2-7% населения) и 12% - в низко эндемичных регионах (HBsAg определяется у 0,6-2% населения).

ВГВ и ВИЧ имеют общие пути передачи и сходные эндемичные регионы, однако контагиозность ВГВ примерно в 100 раз выше. В связи с этим более чем у 70% людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) обнаруживаются маркеры текущей или перенесенной ВГВ-инфекции. У мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), частота коинфекции ВГВ/ВИЧ выше, чем у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) или гетеросексуалов. Риск хронического гепатита В выше у ЛЖВ, а также при врожденном или приобретенном иммунодефиците,

вызванном лимфопролиферативными заболеваниями, иммуносупрессивной терапией или поддерживающим гемодиализом. Связанные с ВГВ-инфекцией заболевания печени, в том числе цирроз и его осложнения у ЛЖВ протекают тяжелее.

Влияние ВИЧ-инфекции на прогрессирование ВГВ-инфекции.

У ЛЖВ гепатит В встречается чаще и протекает тяжелее. У пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ некрвоспалительные процессы в ткани печени обычно менее выражены. Однако активная репликация ВГВ усугубляет развитие фиброза и повышает риск развития цирроза (в 4,2 раза чаще); при этом быстрее наступает терминальная стадия заболевания печени (ТСЗП). У пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ и циррозом печени гепатоклеточная карцинома (ГКК) возникает раньше и прогрессирует быстрее, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция, особенно сопровождающаяся тяжелым иммунодефицитом, по-видимому, повышает у пациентов риск реактивации гепатита В после сероконверсии по HBeAg (антитела к HBeAg обнаруживают у 60-70% ЛЖВ). При коинфекции ВИЧ-1 и ВГВ, особенно при малом числе лимфоцитов CD4, повышается риск смерти от заболеваний печени.

Влияние ВГВ-инфекции на прогрессирование ВИЧ-инфекции. В большинстве клинических исследований, в которых диагностическим критерием хронической ВГВ-инфекции считалось наличие HBeAg, не удалось обнаружить влияния ВГВ-инфекции на прогрессирование ВИЧ-инфекции. Однако при коинфекции ВГВ/ВИЧ возрастает риск заболеваемости и смертности, связанных с поражением печени, а также более выражена гепатотоксичность на фоне антиретровирусной терапии (АРТ).

Ведение пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ.

Основной вопрос при лечении пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ – когда начинать лечение каждого из заболеваний. При принятии решения основываются на анализе следующих параметров: концентрация ДНК ВГВ; тяжесть заболевания печени; число лимфоцитов CD4 и показания к АРТ; противопоказания.

Наблюдения показывают, что у пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ фиброз печени прогрессирует быстрее, хотя данные в скорости прогрессирования фиброза при относительно высоком содержании лимфоцитов CD4 (>350/мкл) ограничены. Однако поскольку некоторые препараты для лечения гепатита В используются и для лечения ВИЧ-инфекции, а выбор препаратов для лечения гепатита В без риска отбора штаммов ВИЧ с мутациями устойчивости невелик, у всех пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ и признаками активного поражения печени (высокая активность АлАТ, высокая концентрация ДНК ВГВ в сыворотке крови, наличие некрвоспалительных изменений или фиброза по данным биопсии печени) ВОЗ рекомендует начинать АРТ при любом уровне лимфоцитов CD4.

Пациенты с коинфекцией ВГВ/ВИЧ, которые не нуждаются в лечении: число лимфоцитов CD4 \geq 350/мкл; легкая или не прогрессирующая форма гепатита В (ДНК ВГВ < 2 000 МЕ/мл; активность АлАТ в норме; отсутствие тяжелого поражения печени по данным биопсии). Ограничиваются тщательным наблюдением, включающим: определение числа лимфоцитов CD4 каждые 3-6 месяцев; клиническое обследование для исключения симптомов ВИЧ-инфекции каждые 3-6 месяцев; при неактивной ВГВ-инфекции определение активности АлАТ каждые 3-6 месяцев, также определение уровня α -фетопротеина или УЗИ печени для исключения ГКК.

Пациенты с коинфекцией ВГВ/ВИЧ, которые нуждаются в лечении гепатита В:

- при наличии HBeAg и/или если уровень ДНК ВГВ > 2 000 МЕ/мл (при наличии цирроза — при любом уровне ДНК ВГВ), а также, если повышена активность АлАТ либо гистологически подтверждена активность болезни (оценка по шкале Metavir \geq A2 и/или \geq F2) у пациентов с нормальной активностью АлАТ;

- если оценка по шкале Metavir (по результатам биопсии или неинвазивным маркерам) \geq A2 и/или \geq F2 — у пациентов с уровнем ДНК ВГВ < 2 000 МЕ/мл и повышенной активностью АлАТ.

Широкомасштабных рандомизированных контролируемых испытаний эффективности лечения гепатита В у пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ не проводилось. Рекомендации по лечению и наблюдению должны основываться на имеющемся опыте и данных о лечении пациентов с ВГВ-моноинфекцией.

У пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГВ стойкий ответ на лечение ИФН или ПЕГ-ИФН достигается редко, поэтому в качестве терапии первого ряда при ВГВ-инфекции эти препараты не рекомендуются. ИФН и ПЕГ-ИФН более эффективны при инфекции, вызванной ВГВ генотипа А, чем ВГВ генотипа D. Также эффективность этих препаратов выше у пациентов с HBeAg, активностью АлАТ, превышающей верхнюю границу нормы более чем в 2 раза, и низким уровнем ДНК ВГВ. Для лечения гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией рекомендуется использовать пегилированный интерферон (ПЕГ-ИНФ) α -2a, стандартный ИНФ α -2b. ПЕГ-ИНФ назначают в течение 48 недель. Дозы и режим введения ИНФ α -2a или α -2b: при наличии HBeAg – подкожное введение 10 млн МЕ 3 раза в неделю или 5 МЕ ежедневно в течение 4-6 месяцев; в отсутствие HBeAg – те же дозы в течение 12 месяцев.

Противопоказания:

Абсолютные – беременность и кормление грудью; декомпенсированное заболевание печени (в связи с повышением риска тромбоцитопении, смерти от печеночной недостаточности или сепсиса); психическое расстройство в отсутствие лечения; выраженная лейкопения или тромбоцитопения; нестабильная стенокардия, сахарный диабет или заболевание, сопровождающееся судорогами, в отсутствие лечения.

Относительные – аутоиммунные заболевания (например, псориаз, ревматоидный артрит); депрессия или психическое заболевание в анамнезе.

Адефовир — нуклеотидный аналог, который у пациентов с ВГВ-моноинфекцией за 48 недель лечения снижает уровень ДНК ВГВ в среднем на 3,5 log₁₀ копий/мл, однако уступает в активности тенофовиру. Накоплено много данных об успешном применении адефовира у пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ, при которых ВГВ устойчив к ламивудину.

Только в одном исследовании лечение продолжалось более 48 недель; в этом исследовании у 25% пациентов достигнут неопределяемый уровень ДНК ВГВ (400 копий/мл) к 144-й неделе; при этом всплесков реактивации вируса и мутаций устойчивости к адефовиру не наблюдалось. Однако в другом исследовании, в котором HBeAg-негативные пациенты с гепатитом В получали монотерапию адефовиrom на протяжении до 240 недель, кумулятивный риск развития устойчивости к адефовиру составил 20%.

В высоких дозах адефовир активен против ВИЧ, но не активен в дозах, применяемых для подавления репликации ВГВ. Дозу адефовира корректируют в зависимости от расчетной скорости клубочковой фильтрации

(СКФ):

- при СКФ 30–49 мл/мин доза составляет 10 мг каждые 48 ч;

- при СКФ < 30 мл/мин доза составляет 10 мг каждые 72 ч;
- если пациент находится на гемодиализе, доза составляет 10 мг каждые 7 дней после диализа.

Противопоказания: беременность и кормление грудью (ограничен опыт применения препарата).

Энтекавир — аналог гуанозина, обладающий высокой активностью против ВГВ, однако при лечении им возможен отбор штаммов ВИЧ с мутациями устойчивости (M184V). В связи с этим у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГВ энтекавир следует применять только в дополнение к АРТ, полностью подавляющей репликацию ВИЧ (а не взамен какого-либо ее компонента).

У пациентов с нарушенной функцией почек дозу энтекавира снижают:

- при СКФ 30–49 мл/мин — до 0,25 мг 1 раз в сутки;
- при СКФ 10–29 мл/мин — до 0,15 мг 1 раз в сутки;
- при СКФ < 10 мл/мин или гемодиализе — до 0,5 мг 1 раз в неделю.

У пациентов с устойчивостью к ламивудину дозу следует удвоить. Противопоказания: беременность и кормление грудью (ограничен опыт применения препарата).

Ламивудин — нуклеозидный аналог, активный против ВИЧ и ВГВ. Монотерапия ламивудином у пациентов с коинфекцией связана с высоким риском развития устойчивости ВГВ (25% в год), поэтому ламивудин по возможности всегда следует комбинировать с тенофовиром.

У пациентов с нарушенной функцией почек дозу ламивудина снижают:

- при СКФ 30–49 мл/мин — до 150 мг 1 раз в сутки;
- при СКФ 15–29 мл/мин — до 100 мг 1 раз в сутки;
- при СКФ 5–14 мл/мин — до 50 мг 1 раз в сутки;
- при СКФ < 5 мл/мин — до 25 мг 1 раз в сутки.

Если требуется снижение дозы ламивудина, но таблетки по 150 мг недоступны, в качестве альтернативы можно применять эмтрицитабин.

Эмтрицитабин.

Эмтрицитабин — нуклеозидный аналог, сходный с ламивудином по структуре, эффективности и профилю устойчивости. Он одобрен FDA для лечения ВИЧ-инфекции, но не одобрен для лечения гепатита В. Комбинированный препарат эмтрицитабина и тенофовира с фиксированной дозировкой (Трувада) во многих руководствах рекомендуется в качестве нуклеотидной основы схем АРТ первого ряда.

У пациентов с нарушенной функцией почек дозу эмтрицитабина снижают:

- при СКФ 30–49 мл/мин — до 200 мг каждые 48 ч;
- при СКФ 15–29 мл/мин — до 200 мг каждые 72 ч;
- при СКФ < 15 мл/мин — до 200 мг каждые 96 ч.

Телбивудин — относительно новый нуклеозидный аналог, более активный против ВГВ, чем ламивудин и адефовир, однако его эффективность ограничена высокой частотой развития устойчивости (25% к 24-му месяцу у пациентов с ВГВ-моноинфекцией), перекрестной с ламивудином или эмтрицитабином, но не с адефовиром. Опыт применения этого препарата при коинфекции ВГВ/ВИЧ пока ограничен. Сообщалось об активности препарата против ВИЧ у пациента с ВГВ/ВИЧ-коинфекцией, однако другие данные такую активность не подтвердили. В связи с высоким риском устойчивости монотерапия телбивудином не рекомендуется.

Тенофовир — нуклеотидный аналог с сильной активностью против ВГВ и ВИЧ, который предпочтительно использовать в составе полной схемы АРТ для лечения пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ. По имеющимся данным, устойчивость ВГВ к этому препарату развивается очень редко. Однако когда тенофовир используется в

составе АРТ для лечения пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ, рекомендуется всегда сочетать его с другим активным против ВГВ препаратом (например, ламивудином или эмтрицитабином). Тенофовир активен против штаммов ВГВ, устойчивых к ламивудину и эмтрицитабину. Комбинированные препараты тенофовира с эмтрицитабином или ламивудином с фиксированной дозировкой во многих руководствах рекомендуются в качестве нуклеозидной/нуклеотидной основы схем АРТ первого ряда. Хотя использование тенофовира связано с повышенным риском нефротоксичности, его можно назначать пациентам с нарушенной функцией почек, скорректировав дозу:

- при клиренсе креатинина ≥ 50 мл/мин доза составляет 300 мг 1 раз в сутки;
- при клиренсе креатинина 30–49 мл/мин доза составляет 300 мг каждые 48 ч;

Алгоритмы диагностики и лечения хронического гепатита В у ВИЧ-инфицированных пациентов. АРТ рекомендуется всем пациентам с числом лимфоцитов CD4 ≤ 350 клеток/мкл, независимо от наличия или отсутствия у них показаний к лечению ВГВ-инфекции. Схема АРТ должна включать два препарата, активных против ВИЧ и ВГВ. Желательно, чтобы это были тенофовир и эмтрицитабин или ламивудин. У пациентов с числом лимфоцитов CD4 >350 клеток/мкл раннее начало АРТ целесообразно, если есть показания к лечению ВГВ-инфекции.

Пациенты с коинфекцией ВГВ/ВИЧ и клиническими проявлениями цирроза или декомпенсированного цирроза.

- Все пациенты с циррозом печени и определяемым уровнем ДНК ВГВ должны получать лечение ВГВ-инфекции. Лечение должно быть длительным и непрерывным, т.к. при его отмене часто наблюдаются реактивация вируса и быстрое клиническое ухудшение.

- Компенсированный цирроз не является противопоказанием к лечению. ИФН противопоказан пациентам с декомпенсированным заболеванием печени в связи с плохой переносимостью.

- У пациентов с циррозом необходимо каждые 6 месяцев определять уровень сывороточного альфа-фетопротеина и проводить УЗИ печени для раннего выявления ГЦК. Также рекомендуется обследовать этих пациентов на варикозное расширение вен пищевода при первичной постановке диагноза и в интервалом в 1–2 года в дальнейшем.

- Может потребоваться коррекция дозы антиретровирусных (АРВ), препаратов, метаболизирующихся в печени. Не следует назначать ставудин и диданозин. Схемы с ингибиторами протеазы (ИП) требуют тщательного мониторинга.

- При терминальной стадии заболевания печени у пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ требуются те же меры по лечению асцита, гепаторенального синдрома, кровотечений из варикозно расширенных вен, печеночной энцефалопатии и других проявлений печеночной декомпенсации, что и у не инфицированных ВИЧ пациентов с ВГВ-инфекцией.

- У пациентов с выраженным или декомпенсированным циррозом печени расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта–Голта дает завышенную оценку СКФ. Рекомендуется подсчитывать среднее арифметическое уровня мочевины и клиренса креатинина или инулина.

Схемы АРТ первого ряда. У пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ выбор лечения усложняется в связи с потребностью в препаратах с двойной противовирусной активностью и возможным ухудшением переносимости лечения в связи с нарушением функции печени.

Схемы	Режим АРТ	НИОТ-компонент	ННИОТ-компонент	ИП/р-компонент
Предпочтительная	2 НИОТ + 1ННИОТ (или ИП)	Тенофовир + (ламивудин или эмтрицитабин)	Эфавиренз	Лопинавир/р или атазанавир/р
Альтернативная	2 НИОТ + ННИОТ (или ИП)	(Абакавир или зидовудин + (ламивудин или эмтрицитабин)	Невирапин	Дуранавир/р

Схемы АРТ второго ряда. У пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ выбор лечения усложняется в связи с необходимостью поддерживать подавление репликации ВГВ после смены препаратов для подавления ВИЧ. При выборе препаратов следуют тому же правилу, что и при подборе АРТ первого ряда у пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ. Это означает, что в схему АРТ второго ряда по возможности включают не менее двух препаратов двойного действия. Может потребоваться продолжение лечения препаратами двойного действия, входившими в схему первого ряда в составе схемы второго ряда. Эти препараты могут быть добавлены к схеме АРТ второго ряда (теперь исключительно для подавления репликации ВГВ), если они сохраняют активность против ВГВ.

Заключение. В последние годы все большее значение приобретает коинфекция парентеральными гепатитами и ВИЧ-инфекция. С того момента как комбинированная антиретровирусная терапия существенно увеличила

выживаемость больных с ВИЧ-инфекцией, терминальные стадии печеночной недостаточности стали основным угрожающим их жизни состоянием.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ, 2011 – 166 с.*
2. *ВИЧ-медицина. Руководство для врачей под редакцией Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. СПб, 2010. – 749 с.*
3. *Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2011 - 27 с.*

Ключевые слова: вирусный гепатит В, ВИЧ-инфекция, противовирусная терапия, антиретровирусная терапия.

ТҮЙІН

Қазіргі уақытта АИВ-инфекциясымен ауыратын науқастардың арасында В вирустық гепатиттері кең таралған. Ретровирусқа қарсы емінің негізінде бірге жұғатын екі инфекцияның тіркесуі ауыр созылмалы гепатиттердің және донорлық бауырдың трансплантациясын қажет ететін бауыр циррозының дамуына алып келеді. Коинфекциясымен ауыратын науқастарды мағыналы жүргізуі маңызды болып келеді.

SUMMARY

Nowadays the hepatitis B are wide-spread among HIV-infected patients. The combination of two co-infections with antiretroviral therapy leads to development of heavy chronic hepatitises and a cirrhosis, requiring the transplantation of a donor liver. The actual point is an adequate conducting of patients with a co-infection/: HIV/HV.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЕЙ ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ НЕДОСТАТКАМИ КОЖИ

УДК 616.5-026.746/547.995.15

Дербисова Г.Е.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Введение. В настоящее время профилактика и лечение возрастных изменений кожи становится все более актуальной проблемой. По мере старения кожи снижается её гидратация, возрастает шероховатость, появляются тонкие и глубокие морщины, пигментные пятна. Возрастные изменения, происходящие в коже, влияют на внешний облик человека, его психо-эмоциональное состояние и даже на процесс социальной адаптации. При естественном старении кожи морфологические признаки развиваются постепенно, начиная с 40 лет, и отчетливо проявляются после 60 лет [1].

Для активной борьбы с хроностарением применяется масса различных методов, одним из которых является инъекционная терапия или процедура контурной пластики.

Контурная пластика лица – это коррекция контуров или восполнение объемов лица с помощью синтетических или естественных гелей-наполнителей (филлеров) [2].

Гиалуроновая кислота – основное составляющее вещество кожи человека и других его органов и тканей. Именно гиалуроновая кислота обеспечивает увлажнение кожи.

Филлеры на основе модифицированной (защищенной) гиалуроновой кислоты – не животного происхождения. Ввиду этого риск развития аллергических реакций при проведении инъекций гиалуроновой кислоты минимален и не требуют проведения аллергической пробы [3].

Цель – оценка эффективности контурной пластики носогубных складок у пациентов с эстетическими недостатками кожи препаратами Surgiderm 30 и Surgiderm 30 XP (филлеры гиалуроновой кислоты) в сравнении с применением курса процедур «ENERGI LIFT» с микрогранулами гиалуроновой кислоты с лифтинговым эффектом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет, обратившихся в центр дерматокосметологии с жалобами на возрастные изменения кожи и выраженные заломы в области носогубных складок.

По методу лечения пациенты были распределены на 2 группы (основную и контрольную), сопоставимые по полу и возрасту. Основную группу составили 10 пациентов,