

МД МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ

#13 (53)
МАРТ
2026

WWW.NADC.RU

ИНТЕРВЬЮ

Достижения и проблемы пластической хирургии в России

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В 2025 ГОДУ, УНИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ КИСТИ, ВЫПОЛНЕННОЙ НЕДАВНО РОССИЙСКИМИ И КИТАЙСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ, И О ТОМ, ЧЕМ ПЛАСТИЧЕСКОМУ ХИРУРГУ ПОЛЕЗНЫ ЗНАНИЯ ОСНОВ РИСОВАНИЯ И СКУЛЬПТУРЫ, РАССКАЗЫВАЕТ НАТАЛЬЯ ЕВГЕНЬЕВНА МАНТУРОВА, ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАН, ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПЛАСТИЧЕСКИЙ ХИРУРГ МИНЗДРАВА РОССИИ И ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ, ЗАВЕДУЮЩАЯ КАФЕДРОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ И КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ИНОПРНИМУ ИМ. Н. И. ПИРОГОВА, Д. М. Н., ПРОФЕССОР, ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПЛАСТИЧЕСКИХ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ.



— Сегодня пластическая хирургия стала огромной и сложной областью медицины. Какие вы видите здесь самые перспективные и быстрее всего развивающиеся направления?

— Пластическая хирургия в целом является одной из наиболее быстро развивающихся медицинских специальностей.

Реконструктивное направление сейчас претерпевает выраженный рост, связанный с большим количеством пациентов, пострадавших в ходе боевых действий. Мы ожидаем, что рост микрохирургии в ближайшие годы будет усиливаться, что даст определенный толчок для развития специальности в этом направлении.

Эстетическая часть также является быстро развивающейся. Это обусловлено общим увеличением спроса на эстетические процедуры, что является тенденцией не только для России, но и для всего мира. Мы видим увеличение

спроса как среди женского, так и среди мужского населения. Растет число клиник пластической хирургии и выполняемых оперативных вмешательств.

— Какие задачи стоят перед вами как главным внештатным специалистом пластическим хирургом Минздрава России и ДЗМ?

— Одной из главных задач я считаю обеспечение единообразия принципов предоставления услуг по пластической хирургии в масштабе страны, повышение качества и безопасности оказываемой помощи и приведение практики в соответствие с нормативами через регуляторную работу и непрерывное обучение.

Важной задачей является и создание среды, где может быть установлен диалог о достижениях и планах по развитию отрасли между профессиональным сообществом и пациентами.

Продолжение на стр. 2

6

Многоликость фенотипических проявлений мутаций в генах, контролирующих опухолевый рост. От факоматозов до злокачественных опухолей de novo

10

Рождение службы: Хабаровскому краевому кожно-венерологическому диспансеру – 100 лет

12

Нормативно-правовые аспекты в трихологии



16

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ
И КОСМЕТОЛОГОВ

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ:
СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

Москва

14-15 октября 2026

ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

— **Какую оценку вы даете работе службы по итогам 2025 года?**

— Наша служба активно развивается. Большой частью она представлена в частном секторе здравоохранения. Это связано с тем, что пластическая хирургия не включена в реализацию программ помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

На конец 2025 года подготовку ординаторов по специальности «пластическая хирургия» вели 24 образовательных учреждения, где в общей сложности обучается более 235 ординаторов первого года обучения.

Более половины кафедр сосредоточено в Москве и Санкт-Петербурге, где исторически сформировались крупные центры пластической хирургии. Остальные базы расположены в регионах, постепенно происходит усиление и региональных команд.

Говоря о клиниках, оказывающих медицинскую помощь по профилю «пластическая хирургия», приведу данные из Федерального регистра медицинских организаций на конец 2025 года. Общее число клиник, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по пластической хирургии, составляет 7728 учреждений. Количество клиник пластической хирургии, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, составляет 1354 учреждения.

— **Как бы вы оценили соответствие оснащенности службы оборудованием, в том числе современным, утвержденному Минздравом порядку оказания медицинской помощи по направлению пластической хирургии?**

— Отделение не может существовать, если оно не оснащено в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения РФ порядком оказания медицинской помощи. Оснащение является обязательным для каждого отделения пластической хирургии.

Во-первых, этот аспект контролируется во время лицензирования медицинского учреждения, которое хочет открыть отделение пластической хирургии.

Во-вторых, это должно контролироваться путем саморегуляции организации. Если у организации чего-то не хватает, она должна это либо приобрести, построить или развить, либо закрыть отделение.

И, хотя пластическая хирургия не самая требовательная к оборудованию специальность, с одной стороны, с другой стороны, эта отрасль является одной из наиболее оснащенных. Наши отечественные хирурги в настоящее время оперируют в соответствии с самими высокими стандартами и используют наиболее современное оборудование, как и во всем мире, где существует развитая медицина.

— **На сегодня ведущим в России учреждением по пластической хирургии является Институт пластической хирургии и косметологии, который был создан в Москве еще в 1937 году как Институт косметики и гигиены Главфарммерпрома. Какие задачи сегодня решает это учреждение?**

— Институт пластической хирургии и косметологии — ведущий научно-клинический кластер, крупнейшая медицинская организация по профилю пластическая хирургия в стране, и он решает множество задач.

В клинической работе мы обеспечиваем полный цикл помощи пациентам: от квалифицированной консультации и точной диагностики до эффективного лечения на базе мощной лечебной инфраструктуры. При этом для нас принципиально важны индивидуальный подход и сервис высшего уровня — забота о пациенте лежит в основе нашей философии.

Значительное внимание уделяется и развитию медицинского образования. В Институте действует ординатура, которая служит базой для кафедр ведущих вузов Москвы: ежегодно здесь обучается свыше двухсот ординаторов. Кроме того, в стенах Института реализуются программы непрерывного медицинского образования.

Мы проводим курсы повышения квалификации, лекции и мастер-классы.

Важное направление нашей деятельности — участие в реабилитации участников специальной военной операции, получивших боевые травмы. Мы стремимся внести вклад в восстановление их здоровья и качества жизни.

Институт также выступает организатором отечественных и международных образовательных мероприятий: конгрессов, конференций, лекций и мастер-классов с участием приглашенных зарубежных специалистов. Это позволяет укреплять международные связи и обмениваться профессиональным опытом без границ.

Наконец, существенная часть нашей работы связана с научными исследованиями. Мы активно развиваем направление регенеративной медицины: занимаемся разработкой лекарственных препаратов, биомедицинских и клеточных продуктов, новых хирургических материалов и методов лечения.

Вся работа Института нацелена на следование его главной миссии — заботе о красоте и здоровье каждого пациента. Благодаря слаженной командной работе мы удерживаем лидирующие позиции в отрасли и стали лауреатами Премии Правительства РФ в области качества за 2025 год. Мы гордимся историей почти в девять десятилетий, и нас воодушевляет будущее — все это помогает двигать вперед отрасль и предлагать пациентам самые современные решения.

— **Знаю, какое большое внимание вы уделяете подготовке пластических хирургов, сколько стараний приложили для того, чтобы в 2023 году ординатура по специальности «пластическая хирургия» в России из двух-летней превратилась в пятилетнюю, чтобы в медресах появились новые кафедры по пластической хирургии. С какой целью были осуществлены эти нововведения? Считаете ли вы, что для улучшения подготовки пластических хирургов реформу образования нужно продолжить?**

— Действительно, была проделана большая работа. Мы подготовили профессиональный стандарт «Врач-пластический хирург» и федеральный государственный образовательный стандарт по специальности «Пластическая хирургия», который определил введение пятилетней ординатуры.

Мы считаем это решение правильным и не сомневаемся в нем, поскольку это соответствует мировой практике. Ведь в большинстве стран с развитием медицины в области пластической хирургии врачу перед началом такой работы необходимо последипломное обучение по данной специальности не менее пяти лет.

И мы видим, что эта цифра в реальной жизни действительно соответствует тем срокам, которые нужны пластическому хирургу для полноценного становления и начала самостоятельной качественной деятельности. Несмотря на образование немалого временного барьера, который необходимо преодолеть молодому коллеге, то есть от старта обучения до начала работы пластическим хирургом, количество ординаторов соответствует и даже превышает расчетный параметр, который мы предусмотрели.

Это говорит о высокой востребованности нашей специальности, несмотря на трудное и долгосрочное образование. Также благодаря пятилетнему стандарту мы можем отобрать самых целеустремленных и уверенных в своем выборе абитуриентов, из которых с наибольшей вероятностью вырастут в профессионалы своего дела.

— **В одном из интервью вы рассказали, что работаете над многотомным учебным пособием по пластической хирургии. В каком состоянии сейчас эта работа?**

— Проект находится на стадии подготовки материалов. Рабочие группы, состоящие из пластических хирургов и экспертов смежных областей, работают над тематическими блоками учебного пособия. Формирование содержания идет поэтапно: от согласования оглавления, отбора фундаментальных тем и вопросов к каждому



блоку до разработки методических материалов и рекомендаций.

Мы внимательно следим за качеством и полнотой каждого блока, чтобы итоговый текст отражал современные подходы, базировался на клиническом опыте и научной базе. По готовности блоки будут переданы в редакцию. После этого учебное пособие станет доступным широкому кругу читателей и принесет пользу практикующим специалистам и студентам.

— **Известно, что помимо организаторской и образовательной деятельности в направлении пластической хирургии вы остаетесь практикующим хирургом, совмещая операции с активной научной деятельностью. Ваша последняя статья была опубликована в конце 2025 года. В ней вы доложили о впервые выполненной аллотрансплантации донорской кисти в России. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этой работе.**

— Конечно, практическая хирургия остается неотъемлемой частью моей жизни. В начале сентября 2025 года в Пекине было подписано соглашение о сотрудничестве между Институтом пластической хирургии и косметологии, Госпиталем пластической хирургии Китайской академии медицинских наук и Университетом Цинхуа (город Пекин).

И уже в прошлом году благодаря совместной работе российской команды хирургов и наших китайских коллег под руководством профессора Сяопинь Рэня были успешно выполнены две операции по аллотрансплантации кисти на базе НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в Москве.

Это исторический шаг для нашей страны и важный результат многолетнего российско-китайского взаимодействия в пластической хирургии и трансплантологии. Мы фактически подтвердили технологическую и организационную готовность к выполнению на мировом уровне одних из самых сложных реконструктивно-трансплантологических вмешательств.

Именно такие проекты наполняют реальным содержанием соглашения о сотрудничестве.

— **В выступлениях в СМИ вы говорили, что уделяете серьезное внимание роли искусства в формировании ключевых компетенций и включили курсы по искусству в образовательную программу ординатуры по пластической хирургии. С какой целью вы приняли такое решение?**

— Современный формат подготовки пластического хирурга предполагает изучение не только хирургической техники. Для глубокого понимания и анализа лица необходимы исчерпывающие знания анатомии и биомеханики тканей. И я считаю безоговорочно полезными знания основ рисования, скульптуры и других изящных искусств.

«Почему?» — спросите вы. Потому что эти знания позволяют точнее анализировать форму

и объемы лица, замечать закономерности переходов света и тени, закладывает так называемую «насмотренность». Не зря художники перед тем, как приступить к рисованию лица, детально изучают анатомию мимических мышц и череп — именно для того, чтобы добиться успеха в изображении человека.

Следовательно, курсы по изобразительному искусству в образовательной программе ординатуры по пластической хирургии являются дополнением к набору фундаментальных знаний, который закладывается будущему специалисту пластическому хирургу. Это некий якорь для пластического хирурга.

Ведь зная правила построения геометрических фигур, образования теней от падения света под тем или иным углом, способа отображения объемов — специалист понимает, где начинается и заканчивается грань между естественной, заложенной природой формой лица человека, и начинается неестественное преобразование, которое может привести к полной потере изначального образа и индивидуальности пациента.

Современный пластический хирург — не только техник. Он художник и эстет, который не может обойтись без знания основ художественного искусства.

— **Также вы представили авторский подход к проведению пластических операций на лице с использованием знаний из области изобразительного искусства. Какое преимущество получит пациент, для которого операция будет выполнена по этой необычной методике?**

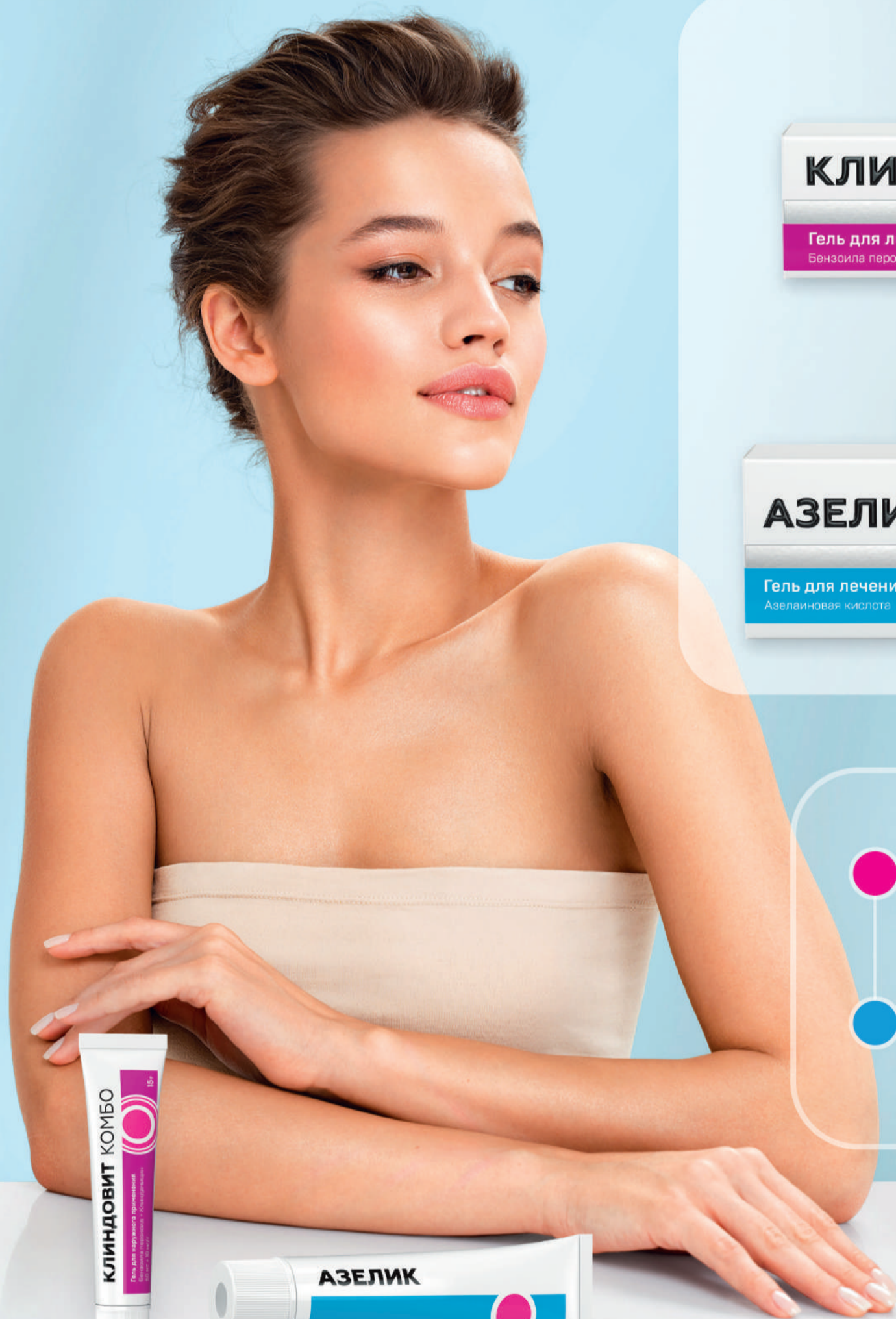
— Продолжая ответ на предыдущий вопрос, отмечу, что применение знаний из области изобразительного искусства не делает технику операции необычной. Точнее будет сказать, что это усовершенствует ее. Мы не ставили задачу создания универсальной техники или «идеальных» критериев, так как их попросту не существует.

Цель работы заключалась в том, чтобы на основании художественного, математического и анатомического анализа предложить практикующему специалисту правильные ориентиры, иными словами — векторы по перемещению мягких тканей в каждом конкретном случае.

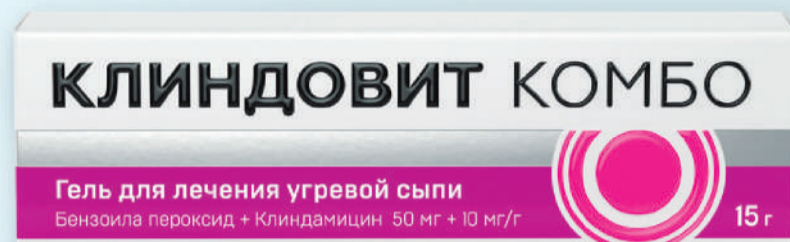
Когда к нам обращаются пациенты, они хотят быть моложе и красивее. «Моложе» — это ремесло, где предполагается удаление возрастных избытков кожи, восполнение объемов на лице, улучшение линий и устранение видимых заломов кожи лица. «Красивее» — это умение выполнить коррекцию лица, учитывая все каноны визуализации внешности, которыми пользуются художники, ориентируясь на неповторимое строение лица пациента. Это творческий подход. Таким образом, пациент получает возможность сохранить индивидуальность, естественность, узнаваемость лица благодаря более совершенной хирургической технике пластического хирурга.

Беседовал к.м.н. А. Рылов

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ¹⁻⁵

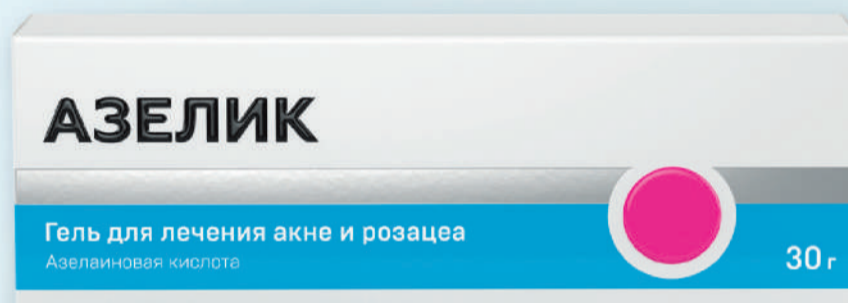


КЛИНДАМИЦИН 1% +
БЕНЗОИЛА ПЕРОКСИД 5%



+

АЗЕЛАИНОВАЯ КИСЛОТА 15%



КЛИНДОВИТ КОМБО⁴

- 1 РАЗ В ДЕНЬ
- ДО 12 НЕДЕЛЬ

АЗЕЛИК³

- 2 РАЗА В ДЕНЬ
- ДЛИТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ
НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ

* Представлен вариант комплексной схемы лечения, который может меняться в зависимости от индивидуальных особенностей.

1. Ковалева Ю.С., Кокина О.А., Петренко Т.П. Комбинированная топическая терапия акне: вопросы эффективности и безопасности // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 11. С. 16–22. 2. Акне. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2020. 3. Полная информация о лекарственном препарате Азелик гель содержится в ИМП, ОХЛП. 4. Полная информация о лекарственном препарате Клиндовит Комбо гель содержится в ИМП, ОХЛП. 5. Угревая болезнь и повышенная жирность кожи. Серия «Моя специальность – косметология» / Под общ. ред. Эрнандес Е.И. М.: ООО «ИД «Косметика и медицина»», 2012. 67 с.



Россия, Московская область, Богородский городской округ, г. Старая Купавна, ул. Кирова, д. 29.
Тел.: +7 (495) 702-95-06; факс: +7 (495) 702-95-03. E-mail: info@akrihin.ru. РИМ-2025-0135.

РЕКЛАМА

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Генетические методы исследований в диагностике дерматологических заболеваний

СОВРЕМЕННАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАЕТ ТРАНСФОРМАЦИЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ СРЕДИТЕЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ОСНОВАННЫЕ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ВСЕ ЧАЩЕ ДОПОЛНЯЮТСЯ И УТОЧНЯЮТСЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ (КАРИОТИПИРОВАНИЕ, ХРОМОСОМНЫЙ МИКРОМАТРИЧНЫЙ АНАЛИЗ (ХМА), ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ (NGS), МЕТАГЕНОМНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ).

Внедрение генетической диагностики в клиническую практику позволяет не только установить точный диагноз и оценить прогноз, но и определить риски для родственников, а в некоторых случаях — подобрать таргетную терапию.

Кожа, как самый большой орган человека, поражается при множестве наследственных и приобретенных заболеваний. Значительная доля всех генетических синдромов проявляется кожными симптомами, а многие воспалительные и онкологические дерматозы имеют выраженную генетическую предрасположенность. Исторически диагностика основывалась на клинической картине и гистологии, однако эти методы часто не позволяют дифференцировать схожие фенотипы. Точная диагностика, особенно в случаях атипичного течения, перекреста клинических признаков или раннего дебюта заболевания, часто невозможна без применения генетических методов. Внедрение генетического тестирования позволит не только ставить точные диагнозы, но и проводить пренатальную диагностику и подбирать таргетную терапию.

ОСНОВНЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Цитогенетические методы (кариотипирование) позволяют визуализировать хромосомный набор и обнаружить крупные хромосомные aberrации (анэуплоидии, делеции, дупликации, транслокации). В дерматологии применяется ограниченно, в основном для диагностики синдромов, сочетающих кожные проявления с множественными пороками развития (например, некоторые формы гипомеланоза Ито). При данном методе диагностики выявляют числовые аномалии (трисомии, моносомии); структурные перестройки (делеции, дупликации, инверсии, транслокации); мозаицизм (разные кариотипы в одном организме). Результат оформляют как кариограмму.

МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

1. Флуоресцентная in situ гибридизация (FISH) — метод, который позволяет выявлять качественные и количественные изменения



Сгенерировано ИИ

хромосом с использованием строго комплементарных флуоресцентных проб. В дерматологии FISH применяется преимущественно для диагностики меланоцитарных новообразований кожи — невусов и меланомы. Метод помогает улучшить дифференциальную диагностику, оценить прогноз заболевания и скорректировать лечение. FISH назначают при подозрении на наличие злокачественного заболевания, тактика лечения и прогноз которого зависят от хромосомного состава опухолевого клона. Метод используется для прицельного поиска микроделеций/дупликаций или транслокаций в конкретных локусах. Актуальна в онкодер-

матологии для диагностики меланоцитарных новообразований кожи — метод FISH позволяет оценить количество копий генов, ответственных за злокачественную трансформацию клеток, например, *RREB1* (6p25), *MYB* (6q23), *CCND1* (11q13). FISH-исследование в сочетании с гистологическим исследованием помогает улучшить диагностику, скорректировать лечение и оценить дальнейшее течение заболевания.

2. Хромосомный микроматричный анализ (ХМА, chromosomal microarray) — метод, который позволяет выявить структурные изменения количества генетического материала (ДНК)

в хромосомах, например, делеции и дупликации участка хромосомы. Является методом первого выбора для пациентов с множественными врожденными аномалиями и кожными стигмами. Данный метод применяется для выявления микроделеционных/дупликационных синдромов и CNV (вариации числа копий) по всему геному с высоким разрешением.

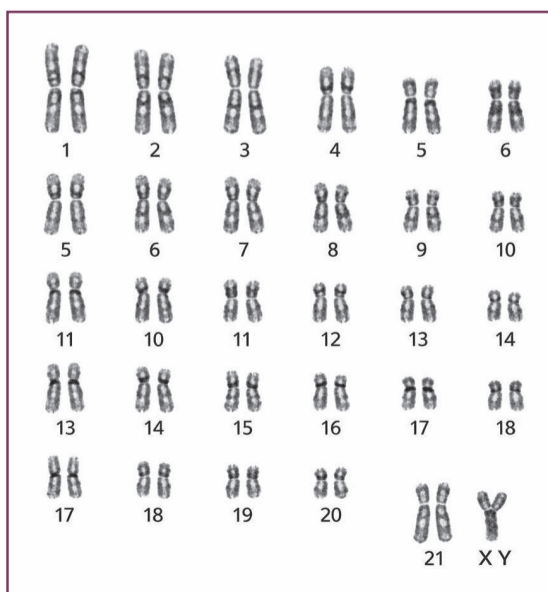
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

1. ПЦР-диагностика (Полимеразная цепная реакция). Высококчувствительный и специфичный метод диагностики, который широко применяется в дерматологии для выявления инфекционных агентов, вызывающих кожные заболевания. Он позволяет обнаружить ДНК или РНК патогенов даже при их низкой концентрации в биоматериале, что особенно ценно для ранней диагностики и в случаях, когда другие методы менее информативны. Но также и широко применяется в генетике человека для выявления частых (мажорных) мутаций при наследственных заболеваниях.

2. Секвенирование по Сэнгеру в дерматологии служит важным инструментом для подтверждения генетических изменений, уточнения диагноза и подбора персонализированной терапии. Метод считается «золотым стандартом» секвенирования благодаря высокой точности (до 99%). Метод используется при подтверждении мутаций, выявленных другими методами, при изучении меланомы кожи (для подтверждения мутаций в генах, играющих ключевую роль в патогенезе меланомы, таких как *BRAF*, *NRAS*, *KIT*, *GNAQ*, *GNA11*). Выявление конкрет-



Кариотипирование



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ных подтипов опухоли позволяет подобрать селективную терапию и прогнозировать развитие химиорезистентности. Например, мутация BRAF V600E часто встречается в приобретенных невусах и может указывать на риск озлокачествления. Секвенирование по Сэнгеру используют для выявления мутаций при таких состояниях, как эластическая псевдокантома (мутации в гене *ABCC6*), X-сцепленный ихтиоз (мутации в гене стероидной сульфатазы (*STS*), что приводит к нарушению кератинизации), врожденные формы алопеции (мутации в гене *HR*, которые разрушают регуляцию экспрессии гена и вызывают алопецию) и других заболеваний.



Секвенирование по Сэнгеру также используют при анализе инфекционных агентов. Метод может применяться для изучения генома патогенных микроорганизмов, например, различных штаммов *Cutibacterium acnes*, связанных с акне.

3. Высокопроизводительное секвенирование (NGS) — революционная технология, определившая современный этап генетической диагностики, — группа современных методов, позволяющих определить первичную нуклеотидную последовательность фрагментов ДНК и РНК с высокой скоростью и точностью. В отличие от классического метода Сэнгера, который секвенирует один фрагмент ДНК за раз, NGS работает с большим количеством фрагментов одновременно. NGS позволяет провести быструю и точную генетическую диагностику, что особенно важно для заболеваний с генетической гетерогенностью. При буллезном эпидермолизе (БЭ) панельное секвенирование генов, кодирующих белки базальной мембраны и дермо-эпидермального соединения (например, *KRT5*, *KRT14*, *COL7A1*, *LAMB3*), является золотым стандартом. Определение типа мутации в гене *COL7A1* позволяет дифференцировать дистрофические формы БЭ и прогнозировать тяжесть течения. При ихтиозах NGS-панели, включающие гены, участвующие в кератинизации и липидном обмене (например, *TGM1*, *ALOX12B*, *ALOXE3*, *ABCA12*), помогают разграничить аутосомно-рецессивный врожденный ихтиоз, синдромальные формы и более легкие варианты. При синдроме Горлина-Гольца (неусоидная базальноклеточная карцинома) выявление мутаций в гене *PTCH1* подтверждает диагноз и позволяет начать ранний скрининг и профилактику. NGS применяется для анализа соматических мутаций в опухолевой ткани, что определяет стратегию лечения.



Секвенирование по Сэнгеру также используют при анализе инфекционных агентов. Метод может применяться для изучения генома патогенных микроорганизмов, например, различных штаммов *Cutibacterium acnes*, связанных с акне.

3. Высокопроизводительное секвенирование (NGS) — революционная технология, определившая современный этап генетической диагностики, — группа современных методов, позволяющих определить первичную нуклеотидную последовательность фрагментов ДНК и РНК с высокой скоростью и точностью. В отличие

4. Метагеномный метод изучения генетического материала микробного сообщества без предварительного выделения и культивирования отдельных микроорганизмов на основе NGS. В отличие от таргетного секвенирования (например, 16S), метагеномный метод позволяет анализировать весь микробный состав образца — бактерии, археи, вирусы, грибы, простейшие и паразиты, предоставляет информацию, какие микроорганизмы, вплоть до рода и вида, населяют образец и в каком процентном соотношении, позволяет получать данные о функциональных генах антибиотикорезистентности и вирулентности.

ПРЕИМУЩЕСТВА NGS В ДЕРМАТОЛОГИИ

- Высокая точность и скорость: позволяет быстро проанализировать огромные объемы генетической информации.
 - Комплексный анализ: возможность тестировать множество генов или патогенов одновременно одним методом.
 - Диагностика редких и сложных случаев: когда клиническая картина нетипична или заболевание не поддается стандартной диагностике.
 - Персонализированная медицина
 - Таргетная терапия: подбор лечения на основе генетического профиля опухоли (особенно в онкодерматологии).
 - Генетическое консультирование: оценка риска для родственников, пренатальная диагностика.
 - Открытие новых патогенов и механизмов болезней: mNGS позволяет обнаруживать ранее неизвестные инфекционные агенты.
- Таким образом, NGS перестает быть исключительно исследовательским инструментом, становясь неотъемлемым компонентом современной клинической дерматологии, открывающим путь к медицине, основанной на глубоком понимании молекулярных основ заболевания. NGS стала мощным инструментом в арсенале дерматолога, смещая диагностику от чисто морфологической

к молекулярно-точной. Она особенно незаменима в онкодерматологии для выбора терапии, в диагностике сложных генетических синдромов и резистентных инфекций. Хотя метод еще не стал рутинным для всех случаев, его роль будет только возрастать, способствуя развитию персонализированной дерматологии.

Интеграция генетических методов в рутинную дерматологическую практику коренным образом изменила подходы к диагностике, прогнозированию и лечению многих заболеваний кожи.



NGS-технологии стали основным инструментом для диагностики сложных и редких генодерматозов. Будущее направления связано с дальнейшим снижением стоимости исследований, внедрением транскриптомного и эпигеномного анализа для понимания регуляции генов, а также с развитием биоинформатических алгоритмов для интерпретации вариантов неясного значения.

Основной задачей на современном этапе является не только доступность тестирования, но и подготовка врачей-дерматологов к корректному назначению генетических исследований и интерпретации их результатов в контексте клинической картины, что является залогом истинной персонализированной медицины в дерматологии.

к.м.н. С. А. Полевщикова
к.м.н. Е. Е. Баранова
к.м.н. А. А. Мамедова

ЛАБОРАТОРИЯ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ



Автоматическая станция для выделения нуклеиновых кислот



Детектирующий амплификатор



Система капиллярного электрофореза



Полногеномный секвенатор

Многоликость фенотипических проявлений мутаций в генах, контролирующих опухолевый рост. От факоматозов до злокачественных опухолей de novo

МОЛЕКУЛЯРНЫЙ КАСКАД PI3K/AKT/MTOR ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КЛЮЧЕВУЮ И УНИВЕРСАЛЬНУЮ СИСТЕМУ, ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА. ПУТЬ PI3K/AKT/MTOR — ЭТО ВАЖНЕЙШАЯ КЛЕТОЧНАЯ СИГНАЛЬНАЯ СЕТЬ, КОТОРАЯ РЕГУЛИРУЕТ ТАКИЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ФУНКЦИИ КЛЕТКИ, КАК КЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ, РОСТ, ПРОЛИФЕРАЦИЯ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ, И ВЛИЯЕТ НА АНГИОГЕНЕЗ.



И. В. Заварина

Семейство фосфатидил-инозитол-3-киназ — семейство ферментов, играющих центральную регуляторную роль в клетке, которые находятся на пересечении множества сигнальных путей и контролируют ключевые клеточные функции. На сегодняшний день результаты множества исследований доказали, что обнаруженная у PI3K двойная ферментативная активность (липид- и протеинкиназная), а также способность активировать ряд сигнальных белков, определяют принципиальное значение PI3K в регуляции таких фундаментальных функций клетки, как метаболизм, дифференцировка, миграция, рост, выживаемость, старение и онкогенная трансформация.

Онкогенная активация сигнального каскада PI3K-Akt-mTOR наряду со стойким отклонением от нормальной регуляции MAPK-опосредованного пути считаются одними из самых частых нарушений, наблюдающихся на различных этапах канцерогенеза. Аномальная активация PI3K-Akt-mTOR может быть реализована минимум тремя независимыми путями. Во-первых, молекула PI3K воспринимает и опосредует множество внеклеточных сигналов, поступающих от активированных факторами роста рецепторов на

поверхности клетки (таких как IGF-1, EGFR, HER2, VEGF, ALK, c-Met, c-Kit, PDGF, TGF α). При взаимодействии фактора роста с рецептором тирозинкиназы происходит димеризация последнего. Далее образуется комплекс димера с регуляторной субъединицей PI3K-p85, что служит триггером для активации каталитической субъединицы p110 α , в дальнейшем — и всего сигнального каскада. При избыточном поступлении ростовых факторов или наличии активирующей мутации в генах, кодирующих рецепторы тирозинкиназы, происходит постоянная активация PI3K, а следовательно, и сигнального пути PI3K-Akt-mTOR.

Другой причиной дисрегуляции PI3K-Akt-mTOR является потеря активности или подавление экспрессии генов, кодирующих негативный регулятор молекулярного каскада, онкосупрессор, белок PTEN. Потеря функциональной активности белка-супрессора PTEN сопровождается неконтролируемой активацией сигнального пути mTOR, что вносит существенный вклад в патогенез неопластических изменений клеток.

К ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРИЧИН ГИПЕРАКТИВАЦИИ PI3K-ОПОСРЕДОВАННОГО СИГНАЛЬНОГО КАСКАДА ОТНОСИТСЯ АМПЛИФИКАЦИЯ ИЛИ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ PIK3CA, КОДИРУЮЩЕМ α -ИЗОФОРМУ КАТАЛИТИЧЕСКОЙ СУБЪЕДИНИЦЫ P110-PI3K.

Независимая от факторов роста и рецепторов тирозинкиназ конститутивная активация сигнального каскада PI3K-Akt-mTOR лежит в основе онкогенной трансформации при наличии мутации PIK3CA+.

Мутация гена PIK3CA и потеря функции белка PTEN (PTEN-) — одни из самых частых молекулярно-генетических изменений при злокачественных неоплазиях разных тканей человеческого организма.

Мутации гена PIK3CA (PIK3CA+) являются соматическими и встречаются с различной частотой во многих опухолях человека, включая рак молочной железы, рак простаты, колоректальный рак, рак матки, рак яичников, рак легкого, опухоли головы и шеи, лимфомы, рак поджелудочной железы, рак желудка, рак пищевода, рак щитовидной железы, рак печени, опухоли яичников и глиобластому.

PIK3CA-АССОЦИИРОВАННЫЙ СПЕКТР ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ.

Синдромы избыточного роста, связанные с фосфатидилинозитол-4,5-бисфосфат-3-киназой (PI3K), объединены в группу PROS (PIK3CA-related overgrowth spectrum). Это гетерогенная группа заболеваний, считающихся редкими (ORPHA: 530313), при которых сосудистые мальформации сочетаются с избыточным ростом отдельных частей тела, и обусловленные мутациями в гене, кодирующем альфа-субъединицу PI3K. Эти мутации являются соматическими и происходят на эмбриональной стадии развития. Мутации в гене PIK3CA не передаются по наследству, а возникают de novo. В зависимости от стадии эмбрионального развития и пораженных зародышевых листков фенотип может быть самым разным: от синдромов с обширным поражением до изолированных форм. Для PROS характерен мозаицизм — одновременное присутствие клеточных линий с мутантным вариантом PIK3CA

и без такового. Тканевая специфичность и количественное представительство клеток с мутантным геном в организме влияют на разнообразие клинических проявлений — могут быть поражены кожа, головной мозг, конечности, мышцы, а также другие органы и ткани. В целом PROS включает гетерогенную группу клинических фенотипов избыточного роста и ряд синдромов. Несмотря на наличие клинических критериев, диагноз подтверждается только после выявления мутации с помощью биопсии, что является довольно сложной задачей.

В итоге в настоящее время клинические проявления PROS подразделяют на три основные группы.

1. Чрезмерное разрастание тканей, которое выявляют в разные возрастные периоды, включая внутриутробный, нередко диагностируемое и в первые месяцы жизни.

2. Сосудистые мальформации — капиллярные, венозные, артериовенозные или лимфатические.

Согласно классификации Международного общества по изучению сосудистых аномалий (ISSVA), нарушения PROS включают следующее: врожденный избыточный липоматозный рост, пороки развития сосудов, эпидермальные невусы, сколиоз/скелетно-спинномозговой синдром (CLOVES); диспластическая мегалэнцефалия (DMEG); фиброадипозная гиперплазия или избыточный рост (FAO); фиброадипозный инфильтрирующий липоматоз/лицевой инфильтративный липоматоз (FIL); множественная гемигиперплазия липоматоз (HHML); синдром Клиппеля-Треноне (KTS); макродактилия и МСАР/М-СМ. В классификации ISSVA также перечислены другие сосудистые аномалии, связанные с вариантами PIK3CA: синдром CLAPO (капиллярная мальформация нижней губы + лимфатическая мальформация лица и шеи + асимметрия и частичный/генерализованный гипертрофический гиперостоз); распространенная (кистозная) лимфатическая мальформация (ЛМ); распространенная висцеральная мальформация; фиброадипозная сосудистая аномалия (ФАСА). Новые данные свидетельствуют о том, что PIK3CA-мутации могут быть обнаружены при комбинированных лимфатико-венозных мальформациях (ЛВМ) и комбинированных капиллярно-лимфатико-венозных мальформациях (КЛВМ) — мальформациях, которые также встречаются у пациентов с синдромом Клиппеля-Фейля.

3. Кожные изменения включают:

- дермальные меланоцитарные невусы;
- пятна от кофе с молоком;
- гипопигментированные пятна;
- мраморную кожу;
- гиперпигментированные пятна;
- пятнистую гиперпигментацию по линиям Блашко;
- линейные кератиноцитарные невусы, которые могут возникать на любом участке тела и иметь дерматомальное распределение;
- себорейный кератоз и доброкачественный лихеноидный дерматоз;
- гиперэластичность кожи, дряблость и утолщение подкожной клетчатки у лиц с МСАР фенотип из-за дисплазии соединительной ткани.



КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

К другим проявлениям относят единичные или множественные аномалии пальцев рук или ног (макродактилия, синдактилия, полидактилия, сандалевидная щель); пороки развития почек и костной системы (сколиоз, spina bifida, аномалии позвонков и грудной клетки); очаговое разрастание тканей головного мозга (с кортикальной дисплазией или без нее), включая гемимегалэнцефалию, очаговую кортикальную дисплазию, диспластическую мегалэнцефалию. У ряда больных выявляется гипермобильность суставов, обусловленная дисплазией соединительной ткани.

У таких больных также повышен риск злокачественных новообразований (опухоль Вильмса, острый лейкоз, менингиома).

Важно вовремя диагностировать PROS — назначенное лечение помогает предупредить осложнения.

При дифференциальной диагностике заболеваний, связанных с PIK3CA, важно учитывать другие синдромы со схожими характеристиками, но другими генетическими причинами, такие как синдром Протея и синдром гамартомной опухоли PTEN. Синдром Протея связан с соматической активирующей мутацией AKT1 и имеет характерные клинические проявления.



Особенности синдрома CLOVES у ребенка с большим липоматозным образованием

Синдром гамартомной опухоли PTEN более чем у 50% пациентов сопровождается сосудистыми аномалиями, а также избыточным разрастанием жировой ткани, что может привести к ошибочному диагнозу в пользу заболеваний, связанных с нарушением регуляции обмена веществ, таких как синдром Клове или синдром FAVA. Кроме

того, существуют схожие клинические фенотипы, вызванные соматическими мутациями в других связанных генных путях, например, при мозаичных RAS-патиях. В процессе дифференциальной диагностики следует помнить о туберозном склерозе, MPPH (megalencephaly-polymicrogyria-polydactyly-hydrocephalus



Макродактилия левой стопы

syndrome, о синдроме мегалэнцефалии-полимикрогирии-полидактилии-гидроцефалии), LNSS (linear nevus sebaceous syndrome, синдром линейного невуса сальных желез), SKS (syndrome Smith-Kingmore, синдром Смита-Кингсмора), синдром базально-клеточных невусов (синдром Горлина-Гольца).

В связи с разработкой подходов к патогенетическому лечению ингибиторами PIK3-ассоциированного сигнального пути (сиролимус, алпелисиб, мирансертиб) возникла потребность в молекулярно-генетическом тестировании пациентов с подозрением на PROS.

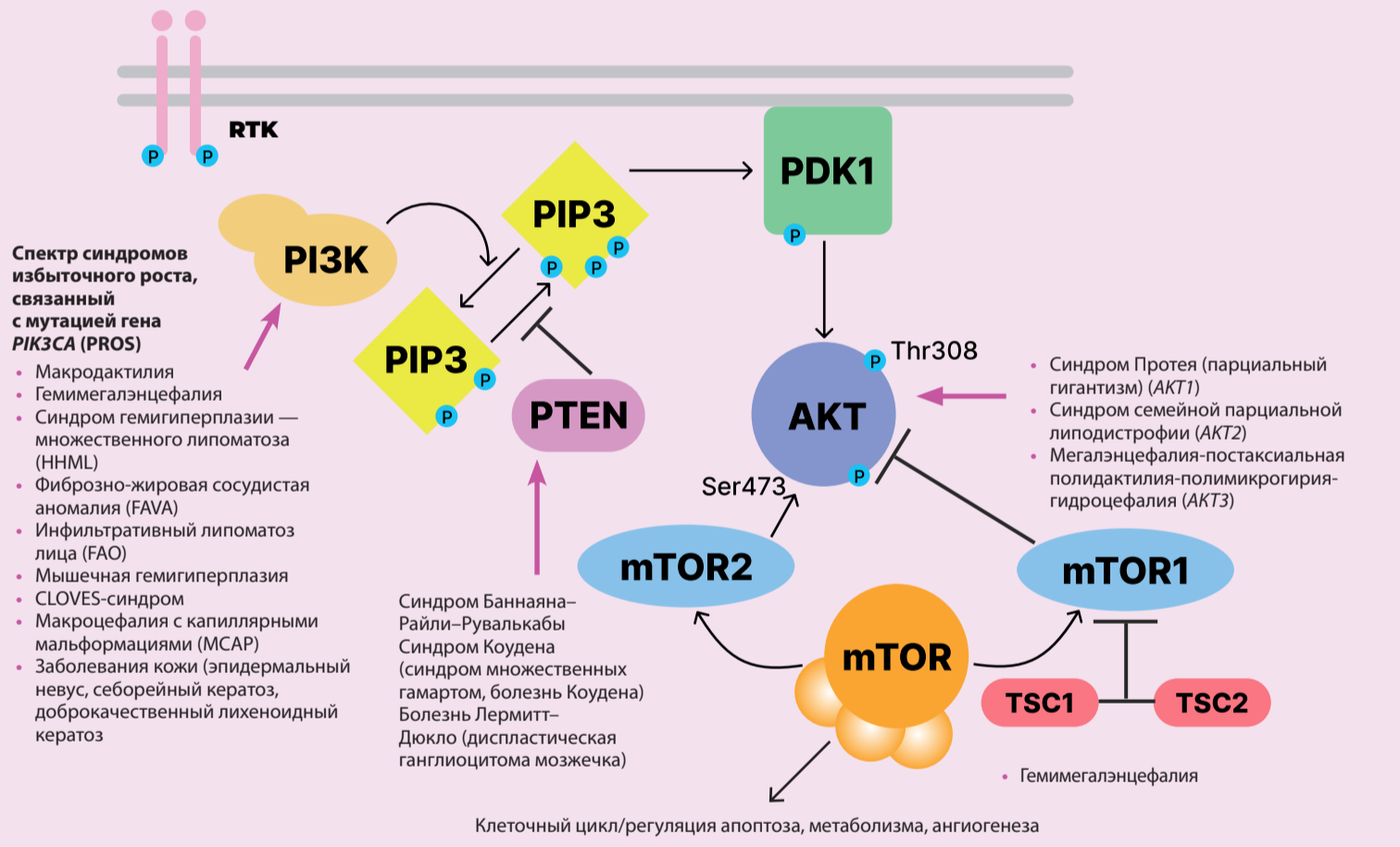
Для молекулярно-генетического исследования гена PIK3CA предпочтительно использовать материал тканевой биопсии или послеоперационный материал из очага поражения. Молекулярно-генетическая диагностика по крови отличается низкими показателями информативности: кровь при PROS мозаична, мутация гена PIK3CA может присутствовать в небольшом проценте клеток крови.

Молекулярно-генетическое исследование не только позволяет подтвердить диагноз PROS (так как симптомы могут быть неспецифичны), но и выявить конкретную генетическую мутацию, определяющую активность PIK3-пути, отобрать пациентов, которые потенциально ответят на терапию ингибиторами PIK3, то есть спланировать персонализированную терапию с учетом молекулярного профиля пациента.

Молекулярно-генетическое тестирование стало обязательным этапом перед назначением таргетной терапии ингибиторами PIK3, поскольку только генетическая верификация позволяет точно определить, будет ли лечение эффективным и безопасным для конкретного пациента.

к.м.н. И. В. Заварина

PIK3-АКТ СИГНАЛЬНЫЙ ПУТЬ

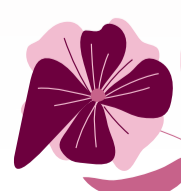


НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

РЕДАКЦИЯ СЕРДЕЧНО ПОЗДРАВЛЯЕТ КОМПАНИЮ «АКРИХИН» С ЮБИЛЕЕМ!

90 лет «Акрихин» гордо носит статус одной из ведущих российских фармацевтических компаний, производит эффективные, доступные по ценам, высококачественные препараты, лекарства, которым доверяют. Компания входит в ТОП-5 производителей по объёму продаж на розничном рынке, при этом около 40% портфеля компании включено в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Пусть верность традициям, стремление к развитию и ответственность перед обществом и дальше укрепляют позиции компании на благо здравоохранения страны!



Псориаз волосистой части головы у детей: современные патогенетические аспекты и терапевтические возможности

ПСОРИАЗ — ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ, ПОРАЖАЮЩЕЕ КОЖУ, НОГТИ И СУСТАВЫ. ПСОРИАЗ СЧИТАЕТСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, И ЕГО ДЕБЮТ МОЖЕТ БЫТЬ ЧАСТИЧНО ОБУСЛОВЛЕН ВНЕШНИМИ ФАКТОРАМИ, ТАКИМИ КАК ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ ИЛИ СТРЕСС. ЭТОТ ОТНОСИТЕЛЬНО РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ДЕРМАТОЗ ПОРАЖАЕТ КАК ВЗРОСЛЫХ, ТАК И ДЕТЕЙ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННЫМИ ЭРИТЕМАТОСКВАМОЗНЫМИ ПАПУЛАМИ И БЛЯШКАМИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОРАЖАТЬ ЛЮБЫЕ УЧАСТКИ ТЕЛА. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, ПСОРИАЗ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИЗ-ЗА ТАКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, ЗУД, И ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЛЕЧЕНИЕМ. ОСОБУЮ ОБЕСПОКОЕННОСТЬ ВЫЗЫВАЕТ ЗНАЧИМОСТЬ ЭТОГО АСПЕКТА В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОПРЕДЕЛЯЯ НЕГАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.

Псориаз в детском возрасте нельзя считать казуистикой: по данным эпидемиологических исследований, его распространенность в педиатрической популяции составляет около 0,1–1%, причем до 30–40% всех случаев псориаза дебютируют именно в детстве или подростковом возрасте. Если перейти от общей частоты к анализу клинических фенотипов, то данные крупного популяционного исследования Mayo Clinic демонстрируют, что у детей доминирует хронический бляшечный псориаз, выявляемый примерно у трех четвертей пациентов (около 74%). При этом одной из ключевых локализаций выступает волосистая часть головы: поражение скальпа отмечено примерно у половины детей (46–50%), что подчеркивает его высокую клинико-эпидемиологическую значимость.

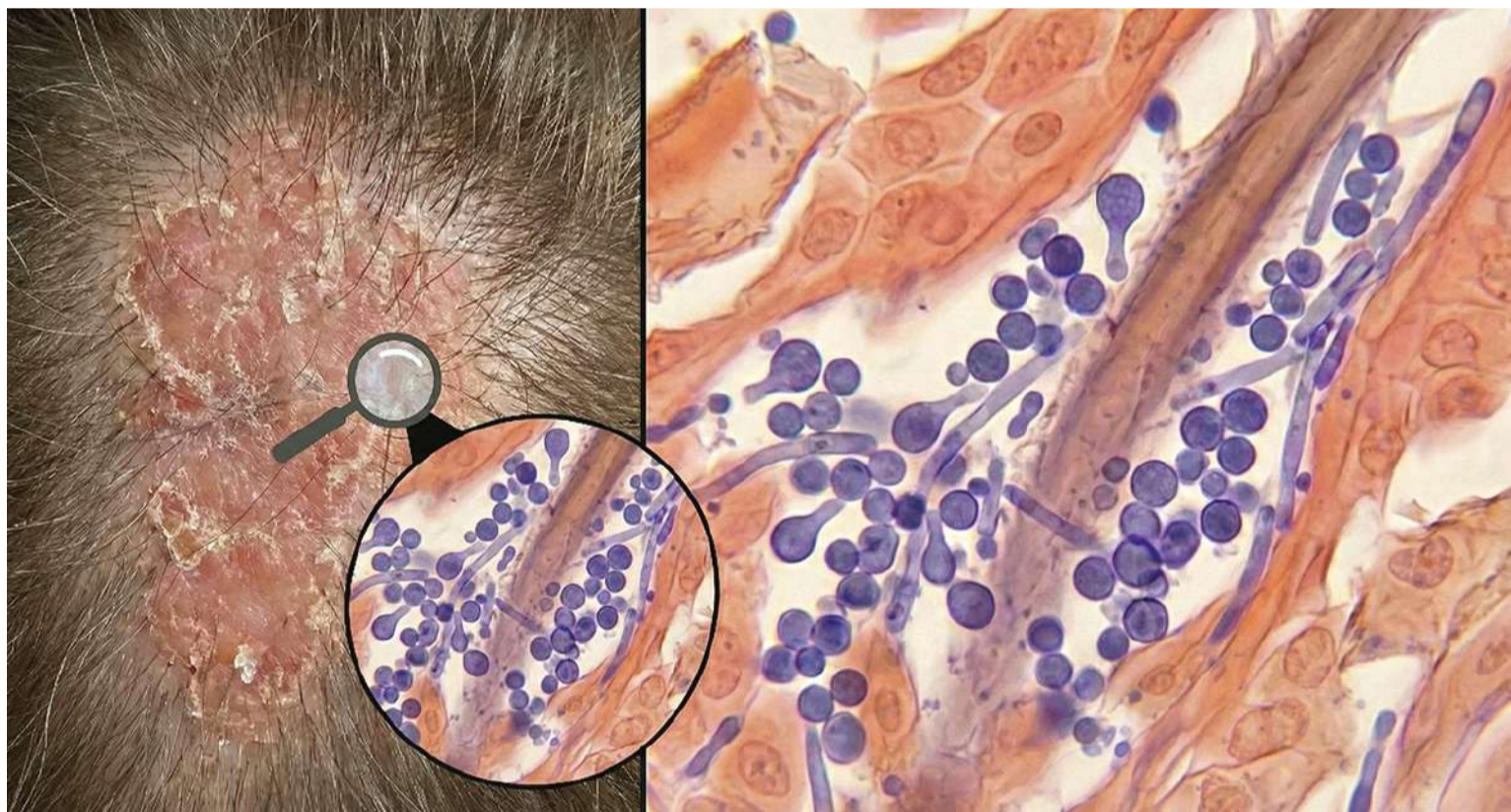
Любопытно, что в этой локализации зачастую начинается заболевание или развиваются наиболее стойкие очаги. Хотя данных о педиатрическом псориазе меньше, клинические серии и обзоры указывают на сходную структуру клинических изменений: у значительной части детей первые проявления псориаза представлены поражением волосистой части головы с переходом на лобную область, линию роста волос и заушные складки. Локализованные формы псориаза с преимущественным поражением волосистой части головы, лба и заушных областей относятся к так называемым «видимым» и наиболее функционально значимым. Кроме того, в части вышеуказанных областей высока плотность сальных желез и клиническая картина часто перекрывается с себорейным дерматитом, особенно у детей и подростков.

у пациентов с поражением волосистой части головы и лица, даже если общая площадь поражения невелика. Это еще раз подтверждает, что «видимые» локализации оказывают непропорционально сильное влияние на качество жизни в сравнении с высыпаниями, «закрытыми» одеждой. Этому есть клинически очевидное объяснение. Волосистая часть головы, лобная область и заушные зоны формируют особый

грибов рода *Malassezia*. Известно, что эти микроорганизмы являются доминирующим компонентом микробиома кожи в себорейных зонах, таких как волосистая часть головы, лоб и заушные складки, то есть локализации, где они существуют как комменсалы. Однако при псориазе, как показывают современные работы, наблюдаются изменения, в частности, описано перераспределение видов *Malassezia*

как с непораженной кожей тех же пациентов, так и с кожей здоровых лиц.

Дальнейшие сравнительные исследования состава видов *Malassezia* у пациентов с псориазом, себорейным дерматитом и у здоровых показали, что при псориазе волосистой части головы и так называемом себорейном псориазе чаще доминируют *M. globosa* и *M. restricta*, что позволяет говорить о специфическом паттерне



В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКИХ ДЕРМАТОЛОГОВ ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА ПО ЧАСТОТЕ НЕ УСТУПАЮТ, А ПО НЕКОТОРЫМ ДАННЫМ ЧАСТО ПРЕВОСХОДЯТ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ КЛАССИЧЕСКИЕ ОЧАГИ НА РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ.

Систематический обзор, включивший более 60 исследований, показал, что у детей с псориазом выражено снижаются показатели качества жизни по различным шкалам, причем это снижение отмечается даже при легком течении болезни, то есть при относительно низких показателях индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index). При фокусе на локализацию становится ясно, что именно поражения волосистой части головы и лица несут наибольшее психосоциальное бремя. Так, в кросс-секционном исследовании детей и подростков с псориазом было показано, что максимальное влияние на качество жизни ребенка и его семьи (Family Dermatology Life Quality Index) оказывают поражение волосистой части головы, лица и пустулезные формы, даже если общая площадь поражения остается ограниченной.

В исследовании подростков 16–17 лет показано, что показатели дерматологического индекса качества жизни особенно неблагоприятны

профиль: с одной стороны, поражения сопровождаются зудом, жжением и болезненностью, а с другой — вызывают выраженное шелушение, которое проявляется в виде заметных чешуек на волосах и одежде. Все это особенно негативно влияет на детей школьного возраста, регулярно находящихся в окружении сверстников. Таким образом, локализованный псориаз волосистой части головы, лба и заушных областей у детей и подростков следует рассматривать как форму с высоким психосоциальным бременем, которая требует активной и ранней коррекции даже при минимальной и умеренной площади поражения.

РОЛЬ ГРИБОВ РОДА MALASSEZIA ПРИ ПСОРИАЗЕ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ЗАУШНЫХ ОБЛАСТЕЙ

Важно рассмотреть роль микробиома кожи, а именно липофильных дрожжеподобных

и изменение их плотности по сравнению с контрольными группами, что позволяет говорить о микробиомном дисбиозе.

Одной из первых работ, прямо указавших на участие *Malassezia* при псориазе волосистой части головы, было исследование Faergemann и соавт. Авторы показали, что присутствие этих дрожжей усиливает раздражение и эритему при терапии кальципотриолом, а снижение плотности *Malassezia* на скальпе ассоциируется с уменьшением воспалительных проявлений. Таким образом, грибы были рассмотрены как возможный кофактор обострения. В дальнейшем эта гипотеза получила дополнительное подтверждение. В исследовании Gómez-Moyano и соавт. было показано, что у пациентов с псориазом волосистой части головы количество колониеобразующих единиц *Malassezia* на пораженных участках достоверно выше, чем на непораженной коже этих же больных и у здоровых пациентов из группы контроля. При этом выделены доминирующие виды: *M. globosa* и *M. restricta*. Схожий вывод содержится в работе Rudramurthy и соавт., где анализировались псориазные очаги различной локализации. Оказалось, что именно поражения волосистой части головы характеризуются более высокой плотностью *Malassezia* по сравнению

колонизации для псориазных поражений в себорейных зонах.

Современные микробиомные исследования волосистой части головы с использованием секвенирования нового поколения фактически углубили эти наблюдения. В работе Choi и соавт. показано, что у пациентов со скальп-псориазом изменяется как бактериальное, так и грибковое сообщество, включая относительную представленность *Malassezia*, причем эти изменения коррелируют с тяжестью псориаза волосистой части головы. Обзор по хроническим *Malassezia*-ассоциированным заболеваниям дополнительно подчеркивает, что при псориазе эти дрожжи, очевидно, не являются единственной причиной болезни. Вместе с тем они могут выступать в качестве модифицирующего фактора, усиливающего воспаление через активацию врожденного и адаптивного иммунитета, особенно в себорейных и окклюзированных зонах.

Что касается педиатрической популяции, обзор Chang и Stein акцентирует внимание на ведущей роли *Malassezia* в ряде детских дерматозов (себорейный дерматит, *Malassezia*-фолликулит, head and neck dermatitis) и подчеркивает необходимость дальнейшего изучения участия этих грибов при детском псориазе, особенно в себорейных зонах.

ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ЛБА И ЗАУШНЫХ ОБЛАСТЕЙ У ЧАСТИ ПАЦИЕНТОВ ФОРМИРУЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫЙ ДИСБИОЗ С УЧАСТИЕМ MALASSEZIA, КОТОРЫЙ СПОСОБЕН МОДИФИЦИРОВАТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫРАЖЕННОСТЬ ЗУДА И РЕАКЦИЮ НА ТЕРАПИЮ.

MALASSEZIA КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Различные исследования показывают, что дрожжи рода *Malassezia* могут играть более значимую роль в патогенезе псориаза, чем считалось ранее. Так, в ряде наблюдений отмечено, что фолликулит, индуцированный *Malassezia*, способен трансформироваться в каплевидный псориаз, а обострения заболевания иногда совпадают по времени с обострением разноцветного лишая. Косвенную поддержку участия *Malassezia* дают исследования волосистой части головы, отражающие корреляцию снижения количества комменсалов на фоне уменьшения выраженности псориазического воспаления.

Более новые данные уточняют иммунологические пути, через которые *Malassezia* может усиливать течение псориаза. Показано, что эти дрожжи способны индуцировать высвобождение провоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина-8, через сигнальный каскадный путь, связанный с Toll-подобным рецептором 2 и повышать экспрессию TGF-β1 в кератиноцитах, а также активировать систему комплемента, в результате чего наблюдается миграция нейтрофилов и иммунных клеток в дерму. Все эти наблюдения указывают на несколько потенциальных путей, через которые *Malassezia* может усиливать воспаление и провоцировать обострения псориаза. Однако остается дискуссионным вопрос, способны ли эти микроорганизмы запускать формирование псориазических поражений «de novo», или их роль не более чем триггера, усиливающего существующую склонность к воспалительному процессу.

На сегодняшний день признано, что интерлейкин-17 (IL-17) считается одним из центральных медиаторов воспалительных процессов при псориазе и его блокада приводит к выраженному улучшению течения заболевания у большинства пациентов. Помимо роли в кожном воспалении, IL-17 обладает выраженной антимикробной активностью, особенно направленной против грибковых микроорганизмов. В экспериментальном исследовании Sparber и соавт. показали, что *Malassezia* способна активировать IL-23/IL-17-зависимые пути и тем самым усиливать кожное воспаление. Дополнительные данные свидетельствуют о том, что метаболиты *Malassezia* стимулируют повышение уровня IL-36γ в кератиноцитах человека in vitro, что далее способствует увеличению продукции IL-17.

ИНТЕРЕСНО, ЧТО ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА IL-17A АССОЦИИРОВАНЫ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ГРИБКОВОЙ КОЛОНИЗАЦИИ И, СООТВЕТСТВЕННО, С БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Под наблюдением находилась пациентка 11 лет, которую беспокоят симметричные высыпания на коже волосистой части головы в заушных областях. Впервые высыпания дебютировали в возрасте 7 лет, когда появились слабовыраженные папулы и бляшки, которые субъективно сопровождалась слабой болезненностью и зудом. Наблюдалась с диагнозами «локализованная форма атопического дерматита» и «себорейный дерматит» в течение нескольких лет. В терапии использовались топические глюкокортикостероиды в сочетании с кератолическим шампунем. На фоне курсов

терапии отмечалось улучшение с последующим ухудшением и постепенным прогрессированием заболевания. В возрасте 10 лет высыпания стали более выраженными: сформировались инфильтрированные бляшки с наслоением чешуек и трещинами в центре, после чего был верифицированный псориаз. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена, отец ребенка страдал целиакией. Общее состояние пациента на момент осмотра — удовлетворительное. По органам и системам не наблюдались клинически значимые изменения.

St. Localis: кожный патологический процесс носит локализованный симметричный характер, представлен инфильтрированными крупными бляшками розово-красного цвета, локализованными в заушной области. Бляшки покрыты серебристо-белыми чешуйками на поверхности, в центре наблюдались трещины. PASI 5 баллов. Субъективно — зуд и болезненность средней степени интенсивности (рис. 1).



Рисунок 1. Симметрично расположенные псориазические бляшки с наслоением чешуек и трещинами на коже волосистой части. Состояние при первичном визите.

Дифференциальная диагностика проводилась с себорейным дерматитом, однако на основании наличия положительных симптомов псориазической триады, четких границ, а также более специфического цвета изменений, установлен клинический диагноз «вульгарный псориаз».

Лечение. Учитывая клинические данные (локализация процесса, площадь поражения) и анамнез, негативное влияние на качество жизни (CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) 13 баллов), ранее применяемые методики терапии, было принято решение о назначении терапии с применением препаратов активированного цинка пиритиона в форме крема и шампуня (Скин-кап), а также симптоматическое противозудное лечение левометицином.

Исход и результаты последующего наблюдения. Проводимая наружная терапия приводила к значительному улучшению (рис. 2) с последующим сохранением эффекта на фоне

продолжения скорректированного лечения и более выраженного акцента на дерматококметические средства.

Пиритион цинка (ПЦ) является одним из наиболее изученных антимикотических компонентов, десятилетиями применяемых в дерматологической практике. Изначально его использовали преимущественно для терапии перхоти и себорейного дерматита — заболеваний, тесно связанных с гиперколонизацией дрожжеподобных грибов рода *Malassezia* на коже головы. Однако накопленные микробиологические данные показывают, что аналогичный дисбиоз нередко присутствует и при псориазе волосистой части головы, особенно у подростков, что делает ПЦ потенциально значимым терапевтическим звеном при локализованных формах заболевания.

Антифунгальное действие ПЦ хорошо изучено на дрожжах *Malassezia restricta*: препарат вызывает резкое повышение внутриклеточных концентраций цинка и умеренный рост уровня меди, нарушает образование Fe-S-кластеров и приводит к митохондриальной дисфункции с последующей гибелью клеток. Показано также, что ПЦ снижает экспрессию липаз *Malassezia*, участвующих в гидролизе кожного сала и формировании провоспалительных липидных метаболитов, что имеет значение при себорейно-псориазiformных состояниях кожи головы.



Важной особенностью ПЦ является его эпидермотропное действие. Он обладает антипролиферативным эффектом, что было доказано

в классической модели химически индуцированной гиперпролиферации эпидермиса: при местном применении ПЦ митотическая активность снижается приблизительно на 50%. Гистопатологические исследования подтверждают этот эффект: Rowlands и Danby наблюдали исчезновение типичных признаков псориаза и появление апоптоза кератиноцитов после применения препаратов с ПЦ. Дополнительно ПЦ демонстрирует противовоспалительные и антибактериальные свойства, что еще более расширяет его терапевтический потенциал.

Клинические данные подтверждают эффективность ПЦ при локализованных формах псориаза. В рандомизированном двойном слепом исследовании Sadeghian и соавт. локальное применение крема с 0,25% ПЦ приводило к значимому снижению PASI по сравнению с эмоленом: с 3,4 ± 1,8 до 0,9 ± 1,3 (p < 0,01) в течение 12 недель.

Особую клиническую значимость приобретает активированная форма пиритиона цинка (АЦП), представленная оригинальным препаратом Скин-кап. Эта технология модифицирует свойства молекулы, обеспечивая ее улучшенную стабильность и выраженное иммуномодулирующее действие. АЦП способен интегрироваться в клеточные мембраны, изменять их проницаемость и инициировать высвобождение митохондриального цитохрома C, что запускает апоптоз кератиноцитов. В экспериментальной модели псориаза АЦП не вызывает атрофии кожи, что делает его особенно привлекательным для длительной терапии хронических дерматозов.

Параллельно АЦП увеличивает количество дермальных макрофагов и влияет на дифференцировку T-клеточных субпопуляций, что усиливает его иммунорегулирующий эффект. Высокая стабильность молекулы обеспечивает воспроизводимый результат и отличает АЦП от других форм пиритиона цинка.

Согласно Консенсусу экспертов Российской Федерации 2025 года «Практические вопросы применения активированного цинка пиритиона в дерматологии», препараты на основе АЦП рекомендованы как вариант монотерапии при ограниченных формах псориаза и как средство поддерживающей терапии в интермиттирующем режиме после купирования обострения.

Таким образом, препараты цинка пиритиона активированного представляют собой важные терапевтические инструменты при локализованных формах псориаза волосистой части головы. Их комбинированное антифунгальное, противовоспалительное и антипролиферативное действие обосновывает включение данных препаратов в современные схемы ведения пациентов с ограниченным псориазом, в том числе детского возраста.

к.м.н. Э. Т. Амбарцян



Рисунок 2. Состояние на фоне терапии на 14-е сутки лечения. Сохраняется слабовыраженная эритема на месте прежних высыпаний.

ЮБИЛЕЙ

Рождение службы: Хабаровскому краевому кожно-венерологическому диспансеру – 100 лет

ЛЕТОПИСЬ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ НАЧИНАЕТСЯ С 13 ЯНВАРЯ 1926 ГОДА. ИМЕННО С ЭТОЙ ДАТЫ ПРИКАЗОМ ОКРУЖНОГО ХАБАРОВСКОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДВУХ КОМНАТАХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ ПО УЛ. СЕРЫШЕВА 1 БЫЛА ОРГАНИЗОВАНА ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ КОЖНЫМИ И ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Особенности географического расположения, наличие богатых природных ресурсов обуславливали миграционную активность в крае в начале XX века — времени становления дальневосточных территорий. Значительная часть населения края состояла из приезжающих из центра России больших масс людей. А так как большую часть населения составляли мужчины, при том, как правило, холостые и в возрасте до 30 лет, то для удовлетворения своих нехитрых житейских потребностей они использовали в те времена самое доступное из предлагаемого тогда — спиртные напитки и женщин легкого поведения. Небезынтересно привести первые впечатления о Хабаровске одного из докторов, получившего назначение в город: «Явившись сюда в 1910 году, я был поражен обилием ресторанов, веселым разгулом, царившим в городе, а также большим количеством вывесок о приеме по венерическим болезням. Надо думать, что предложение соответствовало спросу».

Социально-экономические, географические и медико-санитарные условия, сложившиеся до революции, не могли противодействовать, а скорее наоборот, способствовали массовому распространению среди населения социальных болезней и, в первую очередь, венерических.

В финансовом содержании диспансера принимали участие все органы здравоохранения и Далькрайком Красного Креста РСФСР. Дальневосточный отдел здравоохранения прикомандировал врача и предоставлял медикаментозную дотацию. Диспансер находился в ведении окружного Хабаровского отдела здравоохранения, носил статус городского, содержался за счет спецфонда из местного городского бюджета и лечебного дотационного фонда. Также принимал участие в содержании вендиспансера дорздрав Уссурийской железной дороги и платил за лечение больных водников Амурский водздрав. Главный врач военного госпиталя предоставил помещение и медикаментозную дотацию на военных больных. Медикаменты многими организациями выдавались натурой, по фактической надобности.

Отмечая эту знаменательную дату, хочется отдать дань уважения и вспомнить всех тех, кто закладывал фундамент вновь созданного специализированного лечебного учреждения, стоял у истоков единой централизованной дерматовенерологической службы.

Софья Андреевна Яворская вошла в историю диспансера как его основатель. Это был талантливый врач, умелый организатор, человек неумной энергии, сделавший все возможное, чтобы создать в Хабаровске единую дерматовенерологическую службу края.



Здание госпиталя. 1926 год

венерологическую службу края. Впоследствии Софья Андреевна стала участницей Великой Отечественной войны, была награждена орденами и медалями, ей было присвоено звание Заслуженный врач РСФСР.

Первым главным врачом диспансера был **Григорий Абрамович Берлин**, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, будущий участник Великой Отечественной войны.

В первый год своего существования штат диспансера состоял из 11 работников, в том числе 3 врачей. Помимо жителей Хабаровска и края диспансер обслуживал и ведомственных больных. Уже в 1926 году диспансером был разработан проект постановления, утвержденный Окружным исполкомом о периодических осмотрах. Согласно данному постановлению, ежемесячному осмотру врачом-дерматовенерологом

подлежали работники пищевой промышленности, служащие бань, ресторанов, гостиниц.

Высокая заболеваемость врожденным сифилисом заставила врачей диспансера включить данный раздел в число приоритетных. В начале 1927 года уже был выделен отдельный врач, который помимо забора крови в женской консультации проводил осмотр беременных и детей, а так же осуществлял осмотр женщин и их детей в родильных домах. Врачами диспансера проводилась большая санитарно-просветительская работа.

В найденном в госархиве отчете о деятельности диспансера в 1926 году Григорий Абрамович Берлин писал: «Необходимо укрепить финансовое его положение, углубить все стороны как лечебно-научной, так и общественно-предупредительной работы, в частности обратить внимание на обследовательскую деятельность на селе, расширить санпросвет работу вне диспансера, провести реальную работу по борьбе с проституцией путем организации трудового профилактория и широко втянуть трудящихся в работу диспансера».

Оглядываясь назад, в далекий 1926 год, через призму строк отчета Берлина, мы отчетливо прослеживаем преемственность всем тем методам и формам работы, которые были заложены 100 лет назад, всему тому, что мы активно продолжаем использовать в своей диспансерной работе и сейчас.

В дальнейшем главными врачами диспансера были: с 1928 по 1931 год — Сандомир С. П., с 1931 по 1934 год — Пехур, с 1934 по 1935 год — Ростембергская, с 1935 по 1943 год — Плютач Н. Н.

Важную роль в истории диспансера сыграл главный врач Плютач Николай Николаевич. Под его руководством здание бывшего костела было переоборудовано в полном соответствии с требованиями, предъявляемыми к венерологическому учреждению. Штат диспансера был расширен в 2 раза. В диспансере была создана мощная и оснащенная клинично-серологическая лаборатория.



Коллектив диспансера. 1926 год

Политические перемены в государстве, произошедшие после 1917 года, коренным образом внесли коррективы в организацию медицинской помощи населению, в том числе и дерматовенерологической. Советская власть поставила задачу создать новую государственную систему здравоохранения, на принципах проведения широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний, прежде всего инфекционных.

Днем образования Краевого кожно-венерологического диспансера считается 13 января 1926 года. Именно с этой даты приказом Окружного Хабаровского отдела здравоохранения в двух комнатах военного госпиталя по ул. Серышева 1 была организована централизованная амбулаторная помощь больным кожными и венерическими заболеваниями.



Коллектив диспансера. 1960 год

ЮБИЛЕЙ

С 1943 по 1946 год диспансером руководил Федяшин Константин Павлович, с 1946 по 1952 год — Лодис Фаина Афанасьевна — депутат Хабаровского горсовета, заслуженный врач Российской Федерации.

В Хабаровском крае была создана сеть диспансеров. В административных областях края: Еврейской автономной, Камчатской и Нижне-Амурской, в городах краевого подчинения — Комсомольске-на-Амуре, Магадане-на-Кольме, Советской Гавани создавались дерматовенерологические диспансеры. В 11 районах края, а также в Корякском и Чукотском национальных округах открывались специализированные дерматовенерологические кабинеты. К 1953 году дерматовенерологическая служба региона состояла из краевого, трех областных, трех городских диспансеров, 32 кожно-венерологических кабинетов.

С 1963 по 1974 год главным врачом диспансера был Устищенко Виктор Антонович. С 1974 по 2002 год — Поляченко Михаил Наумович (народный депутат Верховного Совета СССР, заслуженный врач РФ).

В 1982 году в штате диспансера было 26 единиц, 100 койко-мест, работал оперативный штаб

по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями совместно с краевой санэпидемстанцией.

Диспансер руководил работой всех кожно-венерологических учреждений Хабаровского края системы министерства здравоохранения Хабаровского края: 7 диспансеров, 14 венкабинетов; охватывал города края Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, Еврейскую автономную область и 17 районов края. На базе диспансера проводились семинары, краткосрочные курсы по подготовке квалифицированных медицинских кадров края.

С 3 декабря 2002 года по настоящее время диспансер возглавляет главный врач Марк Иванович Аршинский, Заслуженный врач Российской Федерации. С 2011 года Марк Иванович является главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии Минздравсоцразвития России в Дальневосточном федеральном округе.

В ноябре 2013 года в Хабаровском крае была проведена реорганизация сети диспансеров края в форме слияния в единое краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой кожно-венерологический



Аршинский М. И.

диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края. В настоящее время специализированная медицинская помощь больным по профилю «дерматовенерология» в крае осуществляется на базе КГБУЗ «ККВД» в городе Хабаровске (учреждение III уровня) и 3 филиалах диспансера в Комсомольске-на-Амуре, Амурске и Николаевске-на-Амуре, которые выполняют функцию межрайонных специализированных учреждений II уровня.

Вновь сформированная вертикальная модель управления дала возможность более динамично принимать управленческие решения и оперативно вносить коррективы в работу всей службы в целом, обеспечила единый подход и преемственность в лечении и дальнейшем наблюдении пациентов. С экономической точки зрения реорганизация службы позволила на 6% сократить количество дорогостоящих коек круглосуточного пребывания в крае, наполовину уменьшить количество должностей административно-управленческого персонала. Высвободившиеся финансовые ресурсы в первую очередь были направлены на внедрение инновационных методов диагностики и лечения дерматовенерологических больных,

повышение заработной платы медицинским работникам.

Сегодня КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края — лечебно-профилактическое учреждение, соответствующее стандартам, координирующее работу всей дерматовенерологической службы Хабаровского края.

В учреждении осуществляется современная диагностика, лечение, профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных заболеваний.

В лечебно-диагностическом процессе используется современное высокотехнологичное оборудование, которое обновляется и пополняется новыми моделями с расширенными возможностями.

В учреждении оказывается высокотехнологичная специализированная медицинская помощь больным с тяжелыми формами дерматозов с использованием бальнеофотохимиотерапии и современных методов лечения с применением генно-инженерных и иммунобиологических препаратов.

Диспансер располагает собственной специализированной лабораторией, укомплектованной современным высокотехнологичным оборудованием. В соответствии с приказом Федеральной службы по аккредитации от 24 июня 2022 года № Аа-268 клинично-диагностическая лаборатория учреждения получила аккредитацию в национальной системе аккредитации (уникальный реестровый номер RA.RU.230001), которая была подтверждена в 2025 году.

100 лет — это целая эпоха со своими вехами и этапами, конкретными людьми и делами. Это время, когда сложились традиции, подводятся итоги уже достигнутого, определяются стратегии развития.

За вековой путь служба прошла через многие трудности и достигла больших побед: от борьбы с эпидемиями до внедрения инновационных методов диагностики и лечения, от просветительской работы до формирования высоких стандартов медицинской помощи.

Наследие предыдущих поколений: стремление к развитию и быть лучшими — и сегодня являются основными постулатами коллектива диспансера.

М. И. Аршинский



Здание диспансера. Наше время

Поздравляем юбиляра!

19 ФЕВРАЛЯ 70-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ОТМЕТИЛ ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ А. В. ПЛАТОНОВ.

Александр Владимирович по окончании интернатуры в 1980 году работал врачом-дерматовенерологом, заведующим мужским венерологическим отделением. В течение 40 лет работает главным врачом ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер». С 2001 по 2005 год работал начальником департамента здравоохранения Администрации Амурской области.

А. В. Платонов большое внимание уделяет укреплению материально-технической базы дерматовенерологической службы области, подготовке кадров. Усилиями Александра Владимировича и его коллег создана одна из лучших в регионе диагностическая база, отвечающая современным требованиям дерматовенерологической службы, включая бактериологические, иммунологические и ДНК-исследования.

Совместно с единомышленниками им создана эффективная система контроля за распространением инфекций, передаваемых половым путем, и заразных кожных заболеваний в Амурской области, основанная на передовых организационных технологиях. Большое внимание А. В. Платонов уделяет взаимодействию прак-

тического здравоохранения с кафедрой кожных и венерических болезней, консолидируя совместный профессиональный потенциал на выполнение задач по оказанию эффективной медицинской помощи населению.

Под руководством А. В. Платонова коллектив ГБУЗ АО «АОКВД» получил «Сертификат доверия работодателю». Учреждение занесено в реестр работодателей, гарантированно соблюдающих трудовые права работников в рамках проекта «Декларирование деятельности предприятий по реализации трудовых прав работников и работодателей», осуществляемого Государственной инспекцией труда в Амурской области при участии Федерации профсоюзов Амурской области и Амурской ТПП.

Александр Владимирович — опытный организатор здравоохранения, высококвалифицированный специалист. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «дерматовенерология» и «организация здравоохранения и общественное здоровье». Участник многих съездов, симпозиумов и конференций, в том числе международных. Является членом профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации. А. В. Платонов

соавтор четырех монографий, редактор семи монотематических сборников научно-практических работ по дерматовенерологии. Им опубликовано свыше 300 статей в различных изданиях.

Много времени А. В. Платонов уделяет общественной работе, являясь председателем правления Региональной общественной организации «Медицинская палата Амурской области», членом Общественной палаты Амурской области, он же является сопредседателем регионального отделения Общероссийского общественного движения «Народный фронт «За Россию».

За более чем 40-летний период работы руководителем медицинского учреждения А. В. Платонов создал прекрасный, работоспособный коллектив, сплотив вокруг себя преданных здравоохранению людей, самоотверженно выполняющих свою работу с высоким качеством. А. В. Платонов является заместителем председателя областного штаба по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями при министерстве здравоохранения Амурской области.

Ежегодно подготавливает и проводит межрегиональные научно-практические конференции по теме «Актуальные вопросы дерматовенеро-



логии и косметологии на современном этапе» с участием заинтересованных специалистов, в том числе дерматовенерологов, онкологов, акушеров-гинекологов и урологов медицинских организаций области, а также специалистов из городов Иркутска и Хабаровска. По итогам работы конференции главным врачом ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» издается сборник научно-практических работ (на сегодняшний день выпущено 10 сборников).

ПРАВО

Нормативно-правовые аспекты в трихологии

ТРИХОЛОГИЯ УЖЕ ДАВНО ЗАНИМАЕТ УСТОЙЧИВУЮ ПОЗИЦИЮ КАК ПОПУЛЯРНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ КАК В МИРОВОМ МАСШТАБЕ, ТАК И КОНКРЕТНО В РОССИИ. ДЕЙСТВУЮТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЖУРНАЛЫ, ФУНКЦИОНИРУЮТ НАУЧНЫЕ СООБЩЕСТВА И РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ И ФОРУМЫ. ВМЕСТЕ С ТЕМ СОХРАНЯЕТСЯ НЕЯСНОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИРОДЫ ТРИХОЛОГИИ: ПРЕДСТАВЛЯЕТ ЛИ ОНА СОБОЙ ОТДЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАЗДЕЛ, ПРОБЛЕМУ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ХАРАКТЕРА ИЛИ ЖЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ВНУТРИ КАКОГО-ЛИБО ДРУГОГО МЕДИЦИНСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ?

Разобраться в сложившейся ситуации представляется возможным лишь посредством обращения к действующему российскому законодательству, которое призвано внести ясность в рассматриваемый вопрос.

Важнейшими актами, охватывающими спектр предоставляемых медицинских услуг, выступают приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Среди них выделяются: Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 года № 804н, фиксирующий перечень медицинских услуг, Приказ Минздрава РФ от 2 мая 2023 года, № 206н, утверждающий номенклатуру специальностей специалистов с высшим медицинским образованием и квалификационные требования к ним, Приказ Минздрава РФ от 2 мая 2023 года № 205н, дополняющий предыдущий документ требованиями к образованию медицинских сотрудников.

Также особое значение приобретают нормативные акты, непосредственно регулирующие организацию медицинской помощи в рамках конкретных профилей медицинской деятельности. Например, Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология» утвержден Приказом Минздрава РФ от 18 апреля 2012 года № 381н. Тем не менее подобные приказы не были изданы для каждого медицинского профиля, вследствие чего возникает сложность в привязке отдельных медицинских услуг к конкретному направлению деятельности. Примером подобной коллизии служит ситуация с трихологией, чья широкая распространенность и высокий спрос контрастируют с отсутствием нормативного закрепления в законодательстве.



СТРОГОСТЬ КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРИДАЕТ ОСОБУЮ АКТУАЛЬНОСТЬ ДАННОМУ ВОПРОСУ. ПОМИМО ТЕОРЕТИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ИНТЕРЕСА, ВЫЯСНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРИХОЛОГИИ ПРИОБРЕТАЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ САМИХ СПЕЦИАЛИСТОВ-ТРИХОЛОГОВ. КАКИЕ НОРМЫ ПРИМЕНИМЫ К ЭТОМУ ВИДУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ? ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КВАЛИФИКАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДАННУЮ ПРАКТИКУ? НЕОБХОДИМО ЛИ ПОЛУЧАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ЛИЦЕНЗИЮ И ЕСЛИ ДА, ТО КАКУЮ ИМЕННО? КАКИЕ КОНКРЕТНЫЕ ПАТОЛОГИИ ВХОДЯТ В КОМПЕТЕНЦИЮ ТРИХОЛОГОВ И КАКИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ РАЗРЕШЕНЫ РОССИЙСКИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ?

Значительная доля основополагающих документов, регулирующих сферу медицинских услуг, была принята в течение последних нескольких лет, начиная с момента вступления в силу федерального закона № 323-ФЗ в 2012 году. Соответственно, многие важные ответы, касающиеся правового регулирования трихологии, следует искать именно в этих актах.

Первым шагом на пути осмысления специфики трихологии становится выявление точного определения данного термина в российских нормативных источниках. Но изучение ключевых нормативных документов обнаруживает полное отсутствие ссылок на термин «трихология». Следовательно, установление правоспособности трихологии необходимо осуществить косвенным методом — исследованием содержания соответствующих норм, касающихся допустимых видов медицинских работ и услуг, списка специальностей и должностей медицинских работников.

В реестре медицинских специальностей, согласно постановлению Правительства РФ от 1 июня 2021 года № 852, упоминание трихологии отсутствует. Аналогичным образом официальная номенклатура должностей медицинских работников, утвержденная Министерством здравоохранения РФ, также не отражает наличия должности «врач-

трихолог». Эти обстоятельства создают дополнительные трудности для ведения кадрового учета и подтверждения врачебного стажа, необходимого впоследствии для прохождения аккредитации.

«Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 205н, и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» не содержат сведений о трихологии.

Не менее важно, что и в Приказе Минздрава России от 23 июля 2010 года № 541н (редакция от 09.04.2018) нет упоминаний о трихологии и о должности врач-трихолог, а это очень важно для отражения специалиста в штатном расписании и оформлении врача в трудовой книжке, иначе могут возникнуть трудности с доказательством медицинского стажа при прохождении в дальнейшем аккредитации.

Учитывая, что в официальных медицинских специальностях и в перечне должностей трихология не значится, то можно попробовать обратиться к нормативным документам, которые

регламентируют оказание услуг в зоне кожи и ее придатков — объекта трихологии — волос. Кожа и ее придатки связаны с тремя медицинскими специальностями: дерматовенерологией, косметологией и пластической хирургией.

Порядки оказания медицинской помощи населению по профилям «Дерматовенерология», «Косметология» и «Пластическая хирургия» введены соответствующими Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- по дерматовенерологии — приказом от 24 сентября 2025 года № 582н;
- по косметологии — приказом от 18 апреля 2012 года № 381н;
- по пластической хирургии — приказом от 31 мая 2018 года № 298н.

Нужно отметить, что только в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «Косметология» указывается понятие кабинета для ухода за волосами, но сама позиция врача-трихолога не упоминается вовсе.

Параллельно возникают сомнения относительно возможного отражения понятий, связанных с заболеваниями волос и волосистой части головы, в международной классификации болезней (МКБ-10) и реестре медицинских услуг. Формально категория «трихология» не пред-

ставлена в указанных документах, хотя соответствующие нозологии, относящиеся к волосам и коже головы, присутствуют.

Выясняется, что в условиях отсутствия прямого юридического определения трихологии актуальным становится вопрос о допустимых формах оказания трихологических услуг. Решение данной проблемы заключается в анализе программ профессиональной переподготовки, включенных в образовательные курсы по соответствующим медицинским дисциплинам.

Так, федеральный орган исполнительной власти Росздравнадзор неоднократно обращал внимание на тот факт, что выполнение некоторых медицинских процедур определяется спецификой программ повышения квалификации специалистов.

Применяя аналогичную логику к трихологическим услугам, можно заключить, что проведение трихологических мероприятий осуществляется врачом-косметологом или дерматовенерологом при условии наличия лицензии на соответствующий профиль медицинской деятельности. Процедуры, предполагающие оперативное вмешательство, могут проводиться специалистом-пластическим хирургом, имеющим соответствующую подготовку и разрешение.

Тем не менее очевидно, что существующее российское законодательство оставляет значительные пробелы в определении роли и места трихологии в медицинской среде. Подобная неопределенность порождает целый ряд практических трудностей, возникающих перед врачами и пациентами. Таким образом, существует значительная необходимость в совершенствовании нормативно-правового поля, регулирующего процессы подготовки специалистов и оказания услуг в области трихологии.

к.м.н. А. С. Бишарова

ПРАВО

Призыв 2026 года: поправки в расписании болезней по профилю «дерматовенерология»

СЛУЖБА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ - ЭТО ПОЧЕТНАЯ И СВЯЩЕННАЯ ОБЯЗАННОСТЬ ГРАЖДАНИНА. В СООТВЕТСТВИИ С УКАЗОМ ПРЕЗИДЕНТА ОТ 29 ДЕКАБРЯ 2025 ГОДА «О ПРИЗЫВЕ В 2026 ГОДУ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ И ОБ УВОЛЬНЕНИИ С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ГРАЖДАН, ПРОХОДЯЩИХ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ» ПРИЗЫВ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ С 1 ЯНВАРЯ ПО 31 ДЕКАБРЯ 2026, Т. Е. В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ГОДА.

Не подлежат призыву граждане, признанные негодными к военной службе по состоянию здоровья. Право на отсрочку от службы дается в случае наличия проблем со здоровьем, в том числе по профилю «дерматовенерология».

Постановлением Правительства РФ от 29 августа 2025 года № 1314 внесены следующие изменения в постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 года № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» по профилю «дерматовенерология».

В расписании болезней предусматриваются следующие категории годности к военной службе:

- А — годен к военной службе;
- Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В — ограниченно годен к военной службе;
- Г — временно не годен к военной службе;
- Д — не годен к военной службе.

В части раздела «**венерология**» (статья 6 расписания болезней подраздела 1 «Инфекционные и паразитарные болезни») граждане, освидетельствуемые по графам I, II, III расписания болезней, в случаях выявления у них инфекций, передающихся преимущественно половым путем, подлежат лечению. После успешного лечения они признаются годными к военной службе.

Удалена строчка «поздний, врожденный сифилис». Граждане с первичным, вторичным и скрытым сифилисом при замедленной негатации микрореакции преципитации определены (Б-4, Б и А), т. е. годными к военной службе.

Граждане с первичным, вторичным, скрытым сифилисом, гонококковой и другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем (мягкий шанкр, паховая лимфогранулема, паховая гранулема, негонококковые уретриты), подлежат лечению (Г — временно не годен к военной службе), после чего признаются годными к военной службе (А, Б).


При хронических или осложненных формах венерических уретритов граждане при призыве на военную службу (военные сборы), поступления на военную службу по контракту, в военно-учебные заведения признаются временно не годными к военной службе на 6 месяцев, если для завершения лечения требуется срок более 3 месяцев, а при первичном, вторичном или скрытом сифилисе признаются временно не годными к военной службе на 12 месяцев.

По разделу «**дерматология**» (статья 60 расписания болезней подраздела 12 «Болезни кожи и подкожной клетчатки») внесены следующие уточнения и изменения.

Впервые в перечень заболеваний введены кожные формы нейрофиброматоза Реклингаузена. Диагноз буллезного дерматоза должен подтверждаться гистологическим исследованием.

К часто рецидивирующим формам псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая или других хронических дерматозов относятся случаи их обострения не менее 2 раз в год за последние 3 года. К редко рецидивирующим формам псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая или других хронических дерматозов относятся случаи обострения не менее 1 раза в течение последних 3 лет. Стойкая ремиссия хронического дерматоза диагностируется при отсутствии обострений заболевания *более 3 лет*.

Освидетельствование лиц с хроническими дерматозами проводится только в случае под-



**Министерство обороны
Российской Федерации
(Минобороны России)**

Служба по призыву

ГЛАВНАЯ
ПОДГОТОВКА
ВОЕНКОМАТЫ
ОТСРОЧКИ
УНИФОРМА
СЛУЖБА И ПРОФЕССИЯ
СОЦГАРАНТИИ
ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ
УКЛОНИСТАМ

Служба по призыву

Присяга

История призыва

Горячая линия по вопросам призыва

Общественные организации

[< Главная](#) [< Карьера](#) [< Служба по призыву](#) [< Военкоматы](#) [< Постановка на учёт](#)

Первоначальная постановка граждан на воинский учёт

Первоначальная постановка граждан на воинский учёт проводится в целях установления их численности, категории годности к военной службе по состоянию здоровья, образовательного уровня и приобретенной специальности, профессиональной пригодности к подготовке по военно-учетным специальностям, обучению в военно-учебных заведениях и учебных военных центрах при федеральных государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования, проведения предварительного распределения их по видам Вооруженных Сил, родам войск, другим войскам, воинским формированиям и органам.

тверждения их рецидивного течения в ходе обследования в стационарных условиях в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».

Однократный рецидив хронического дерматоза (ограниченная форма) не является основанием для применения пункта «Г» в отношении военнослужащих, проходящих военную службу по призыву.

Под распространенной формой псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая понимается наличие поражения кожи площадью более 10 процентов всей поверхности тела, за исключением поражений лица и шеи, половых органов, кистей и стоп, где достаточно более 2 процентов. Остальные поражения считаются ограниченными.

Не годными к военной службе (Д) признаются граждане с трудно поддающимся лечению распространенными формами экземы, псориаза, atopического дерматита с распространенной лихенификацией или выраженной экссудацией, буллезными дерматозами (все виды пузырчатки, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, буллезный эпидермолиз).

Ограниченно годными к военной службе (В) признаются граждане с хронической крапивницей и (или) рецидивирующим ангиоотеком, распространенными и часто рецидивирующими формами псориаза, atopического дерматита, нейродермита, экземы и красного плоского лишая, распространенными формами локализованной склеродермии, множественными конглобатными угрями, кожными формами красной волчанки, полиморфным фотодерматозом, часто рецидивирующей многоформной экссудативной эритемой, часто рецидивирующим васкулитом кожи, гангренозной пиодермией, абсцедирующим и подрывающим фолликулитом и перифолликулитом головы, кожными формами нейрофиброматоза Реклингаузена (В, В, Б);

а также с распространенными и редко рецидивирующими формами псориаза, atopического

дерматита, нейродермита, экземы и красного плоского лишая, ограниченные и часто рецидивирующие формами псориаза, atopического дерматита, нейродермита, экземы и красного плоского лишая, ограниченной формой локализованной склеродермии, склеротическим (склероатрофическим) лишаем, ихтиозом, врожденной или приобретенной кератодермией (В, В, Б);

а также с ограниченными и редко рецидивирующими формами псориаза, atopического дерматита, нейродермита, экземы и красного плоского лишая, распространенными и тотальными формами гнездной алопеции и витилиго (В, В, А).

Признаются годными к военной службе (Б-3) граждане с диагнозами: ксеродермия, фолликулярный кератоз, ограниченные или распространенные формы псориаза, atopического дерматита, нейродермита, экземы и красного плоского лишая в стойкой ремиссии, ограниченные формы гнездной алопеции и витилиго.

Под распространенной формой псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая понимается наличие поражения кожи площадью более 10 процентов всей поверхности тела, за исключением поражений лица и шеи, половых органов, кистей и стоп, где достаточно более 2 процентов. Остальные поражения считаются ограниченными.

Под распространенной формой гнездной алопеции понимается наличие множественных (3 и более) очагов облысения диаметром не менее 10 см каждый, а при слиянии плешин — отсутствие роста волос на площади свыше 50 процентов волосистой части головы.

Под распространенной формой витилиго понимается наличие множественных (3 и более) депигментированных пятен на коже различных анатомических областей поперечными размерами не менее 10 см каждое. К распространенной форме также относятся очаги витилиго на лице (2 и более) в диаметре не менее 3 см каждый.

Клиническими критериями «трудно поддающиеся лечению» распространенные формы экземы, псориаза, atopического дерматита с распространенной лихенификацией или выра-

женной экссудацией» являются неоднократное лечение в стационарных условиях в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», не реже 1 раза в 6 месяцев не менее 3 лет подряд, и неэффективность системной иммуносупрессивной, генно-инженерной биологической терапии.

Лица с хронической крапивницей и (или) рецидивирующим ангиоотеком освидетельствуются по пункту «б» только в случае неэффективности лечения в стационарных условиях в течение 4 недель, проявляющихся рецидивированием высыпаний (не реже 2 раз в неделю) на фоне системной терапии.

К часто рецидивирующим формам псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая или других хронических дерматозов относятся случаи их обострения не менее 2 раз в год за последние 3 года. К редко рецидивирующим формам псориаза, экземы, atopического дерматита, нейродермита, плоского лишая или других хронических дерматозов относятся случаи обострения не менее 1 раза в течение последних 3 лет. Стойкая ремиссия хронического дерматоза диагностируется при отсутствии обострений заболевания более 3 лет.

Освидетельствование лиц с хроническими дерматозами проводится только в случае подтверждения их рецидивного течения в ходе обследования в стационарных условиях в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».

Однократный рецидив хронического дерматоза (ограниченная форма) не является основанием для применения пункта «Г» в отношении военнослужащих, проходящих военную службу по призыву.

Новое расписание болезней открывает путь к службе и обучению в высших военных учебных заведениях многим юношам с легкими и редко рецидивирующими заболеваниями кожи в анамнезе.

к.м.н. О. В. Поршина

ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

БРЯНСК 18.02



КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Аспекты сексуальной жизни пациентов с витилиго

ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВИТИЛИГО В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ РАССМАТРИВАЛОСЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОМАТИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ — ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ЗУДОМ ИЛИ СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ. ОДНАКО СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ НАШЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИНЦИПИАЛЬНО ИНЫМ ПОДХОДОМ: АКЦЕНТ СМЕСТИЛСЯ НА ГЛУБОКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО БРЕМЕНИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ.

Клинический опыт и данные доказательной медицины неоспоримо свидетельствуют: депигментированные макулы, локализованные на видимых участках кожных покровов, оказывают существенное негативное воздействие на формирование образа тела, уровень самооценки, степень социальной адаптации и, в конечном итоге, на интегральные показатели качества жизни пациентов.

Необходимо подчеркнуть фундаментальную роль кожного покрова как органа невербальной коммуникации, фактора формирования первичного социального впечатления и компонента сексуальной аттракции. В этой связи представляется вполне закономерным предположение о потенциальном неблагоприятном влиянии дерматозов, сопровождающихся видимыми косметическими дефектами, на интимно-личностную сферу пациентов.

Обращаясь к анализу научной литературы, следует выделить пионерное исследование Sukan M. и Maner F., в котором впервые была предпринята систематическая оценка сексуальной функции при витилиго. Авторами было проведено сравнительное исследование трех групп (n=50 в каждой): пациенты с витилиго, пациенты с хронической крапивницей и условно здоровые добровольцы. В качестве валидированного инструмента использовалась Аризонская шкала сексуального опыта (ASEX), позволяющая количественно оценить пять ключевых доменов: либидо, фазу возбуждения, вагинальную лубрикацию (у женщин)/эректильную функцию (у мужчин), способность к достижению оргазма и степень удовлетворенности оргазмом. Полученные данные продемонстрировали: у пациенток женского пола с витилиго статистически значимые нарушения регистрировались по всем пяти параметрам в сравнении с контрольной группой; у мужчин достоверное снижение отмечалось исключительно в домене удовлетворенности оргазмом.

Еще в конце прошлого столетия Porter J. R. с соавт. указывали на то, что более 50% пациентов с витилиго испытывают коммуникативные затруднения при взаимодействии с представителями противоположного пола и констатируют прямое негативное влияние заболевания

на качество сексуальной жизни, причем гендерный анализ выявил преобладание и большую выраженность проблем среди женщин. Вместе с тем в научном сообществе отсутствует полный консенсус: в работе Parsad D. и коллег более значимые нарушения интимной сферы документированы у пациентов мужского пола и лиц, не состоящих в устойчивых партнерских отношениях.

Подобная гетерогенность результатов, на наш взгляд, может быть обусловлена комплексом факторов: культурно-этническими особенностями исследуемых популяций, социальным контекстом, методологическими различиями в дизайне исследований, а также клинической вариабельностью самого витилиго — в частности локализацией и площадью поражения кожных покровов.

В современной дерматовенерологии мы все чаще сталкиваемся с необходимостью холистического подхода к пациентам с хроническими дерматозами, и витилиго занимает в этом ряду особое место. Безусловно, это заболевание представляет собой не только нозологическую единицу в рамках МКБ-10, но и значимый психосоциальный стрессор, способный оказывать глубокое деструктивное влияние на качество жизни, интимную сферу и, как следствие, на диадические (супружеские) отношения.



Данная позиция находит убедительное подтверждение в работе турецких коллег Bayraktar E. и соавт., выполненной на базе университетской дерматологической клиники. В рамках данного кросс-секционного исследования из 153 первоначально обследованных пациенток в финальную аналитическую выборку вошли



120 замужних женщин с верифицированным диагнозом «витилиго», состоящих в сексуально активных отношениях. Применение валидированных психометрических инструментов — шкалы качества сексуальной жизни для женщин (SQOL-F) и Шкалы диадической адаптации (Dyadic Adjustment Scale) — позволило выявить статистически значимое снижение показателей как в домене сексуального функционирования, так и в параметрах супружеской гармонии. Полученные данные свидетельствуют: витилиго ассоциировано не только с субъективной неудовлетворенностью интимной жизнью, но и с нарушением межличностной синхронизации в паре — от снижения эмоциональной резонантности до затруднений в конструктивном разрешении конфликтов.

На основании этих результатов авторы обоснованно рекомендуют внедрение раннего скрининга сексуальной дисфункции в алгоритм ведения пациентов с витилиго, а также интеграцию элементов психосексуального консультирования в индивидуальный терапевтический план. Подобный междисциплинарный подход способен существенно улучшить не только диадическую адаптацию, но и общие показатели качества жизни, что соответствует современным принципам patient-centered care.

Патофизиологические и психологические механизмы, опосредующие связь витилиго с нарушением супружеской гармонии, носят многофакторный характер. В клинической практике на первый план выходят:

- нарушение схемы тела и связанная с этим дисморфофобическая настроенность;

- внутреннее переживание стигмы и устойчивое ощущение своего отличия от окружающих;
- избегающее поведение в ситуациях физической близости.

Реакция партнера, варьирующая от эмпатической поддержки до неосознанного дистанцирования или проявлений неловкости.

Ситуация нередко усугубляется коморбидными аффективными расстройствами — депрессией и тревожностью, которые, как известно, часто сопутствуют витилиго и сами по себе являются независимыми факторами риска развития сексуальной дисфункции.

Вместе с тем важно подчеркнуть: достижение клинического улучшения — репигментации очагов или их эффективного камуфлирования — посредством современных методов терапии (узкополосная UVB-фототерапия, топические ингибиторы кальциневрина, при наличии показаний — комбинированные протоколы) способно оказывать опосредованное позитивное влияние и на психосоциальные исходы, включая параметры супружеского взаимодействия. Таким образом, дерматологическая ремиссия может служить важным, хотя и не единственным, компонентом восстановления целостности личности и гармонизации межличностных отношений.

Наши результаты исследования российской когорты (n=50) валидируют международные данные, внося уточнения в гендерную и топическую специфику психосексуальной дистресса. Женщины демонстрируют большую уязвимость: сексуальная дисфункция выявлена у 68,8% (FSFI 21,1) против 50% у мужчин, что обусловлено жесткими социокультурными стандартами. Ключевым независимым фактором риска стала аногенитальная локализация, достоверно ухудшающая FSFI у женщин (19,4 против 23,7; p=0,042), что коррелирует с данными Sarhan et al. и Yodtraisevirat et al. Критически важно, что универсальный индекс DLQI не верифицировал эти различия (12,1 vs 10,9), подтверждая необходимость дополнения оценки качества жизни доменно-специфическими инструментами (FSFI, IIEF-5) для выявления скрытого сексуального дистресса.

к.м.н. В. В. Петунина, Е. И. Цыганкова

НОВОСТИ

В Донецке прошла конференция, посвященная редким и атипичным дерматозам

28 ЯНВАРЯ ДОНЕЦКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ РФ СОВМЕСТНО С ГБУ ДНР «РКДВД» И КАФЕДРОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФГБОУ ВО ДОНГМУ МЗ РФ БЫЛА ПРОВЕДЕНА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕДКИЕ И АТИПИЧНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ», ОБЪЕДИНИВШАЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ СЛОЖНЫХ И КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СЛУЧАЕВ (ПРИСУТСТВОВАЛО 44 ВРАЧА, В ТОМ ЧИСЛЕ 39 ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ).

В рамках конференции были представлены доклады по актуальным и редким нозологиям в дерматологии. Были рассмотрены такие темы, как панникулиты, витилиго, болезнь Девержи, рубцовая алопеция, фолликулярный дискератоз Дарье.

Выступления отличались высоким уровнем подготовки, клинической направлен-

стью и вызвали живой интерес у участников. С междисциплинарными докладами выступили ординаторы кафедры дерматовенерологии и косметологии и факультетской терапии им. А. Я. Губергрица, представив клинические случаи, посвященные коморбидной патологии, бронхиальной астме и наследственной хронической телеангиоэктазии, что подчеркнуло

важность комплексного подхода к диагностике и ведению пациентов с редкими заболеваниями.

Конференция стала площадкой для профессионального диалога, обмена опытом и углубления междисциплинарного взаимодействия, что особенно важно в практике работы с редкими и атипичными дерматозами.



Профориентационное мероприятие для будущих врачей в Кузбассе

В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ — КУЗБАССЕ 24 ФЕВРАЛЯ 2026 ГОДА СОСТОЯЛОСЬ ЗНАЧИМОЕ ПРОФ-ОРИЕНТАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ 11-Х КЛАССОВ, КОТОРЫЕ ПЛАНИРУЮТ СВЯЗАТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ С МЕДИЦИНОЙ.

Мероприятие прошло в рамках проекта «Малая медицинская академия Кузбасса», который помогает старшеклассникам, желающим связать свою жизнь с медициной, познакомиться с будущей профессией и подготовиться к поступлению в профильный вуз.

Организаторами встречи выступили: кафедра дерматовенерологии и косметологии Кемеровского государственного медицинского университета и Кузбасский клинический кожно-венерологический диспансер, являющийся клинической базой кафедры.

Основная цель встречи — познакомить старшеклассников со специальностью дерматовенерология, продемонстрировать ее важность и перспективы для профессионального роста и самореализации.

Мероприятие прошло при активном участии заведующей кафедрой дерматовенерологии и косметологии, доцента, к.м.н. О. Е. Янец, ассистента кафедры К. А. Дяченко, ординаторов Е. Ю. Князевой и А. А. Деминой. Они провели увлекательные лекции и мастер-классы, в ходе которых рассказали о специфике работы дерматовенеролога, современных методах диагностики

и лечения кожных заболеваний, а также о возможностях для научной и практической деятельности в этой области. «Мы заинтересованы в том, чтобы школьники оставались в Кузбассе, поступали в наши медицинские вузы и работали в медицинских организациях региона. Мы надеемся, что некоторые из них выберут путь дерматовенеролога и внесут свой вклад в развитие здравоохранения Кузбасса», — отметила О. Е. Янец в частности.

Участники мероприятия получили возможность задать вопросы и получить консультации от опытных специалистов. Это помогло им лучше понять специфику профессии и сделать осознанный выбор в пользу дерматовенерологии.

Мероприятие прошло в теплой и дружелюбной атмосфере, что способствовало эффективному обмену знаниями и вдохновению для будущих врачей. Участники выразили благодарность организаторам за возможность узнать больше о профессии и получить ценные советы от профессионалов.

Уверены, что это мероприятие станет для многих первым шагом на пути к профессиональному самоопределению и выбору будущей медицинской специальности.



МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №13 (53)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.

Учредитель: Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

Адрес редакции: 119071, Москва, Ленинский проспект, д. 17

E-mail: klinderma@inbox.ru, pressderma@yandex.ru

Главный редактор – Потеев Н.Н.

Зам. главного редактора – Доля О.В.

Зам. главного редактора – Жукова О.В.

Научный редактор – Поршина О.В.

Шеф-редактор – Николаева Н.В.

Редактор – Шевцова В.В.

По вопросам размещения рекламы – Кочеткова И.Л. Тел.: +7 903 108 36 35

Редакционная коллегия:

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Дальневосточного федерального округа – **Аршинский М.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Северо-Кавказского федерального округа – **Земцов М.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Уральского федерального округа – **Зильберберг Н.В.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Сибирского федерального округа – **Новиков Ю.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Северо-Западного федерального округа – **Разнатовский К.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Южного федерального округа – **Темников В.Е.**

Периодичность: 4 номера в год

Газета набрана и сверстана в ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»,
отпечатана в ООО «Борус-Пресс»,
300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 06.03.2026

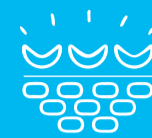
Время подписания в печать: по графику 09:00, фактическое 10:00.

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов,
опубликованных в газете «Московский дерматолог», запрещается, за
исключением случаев письменного согласия редакции.

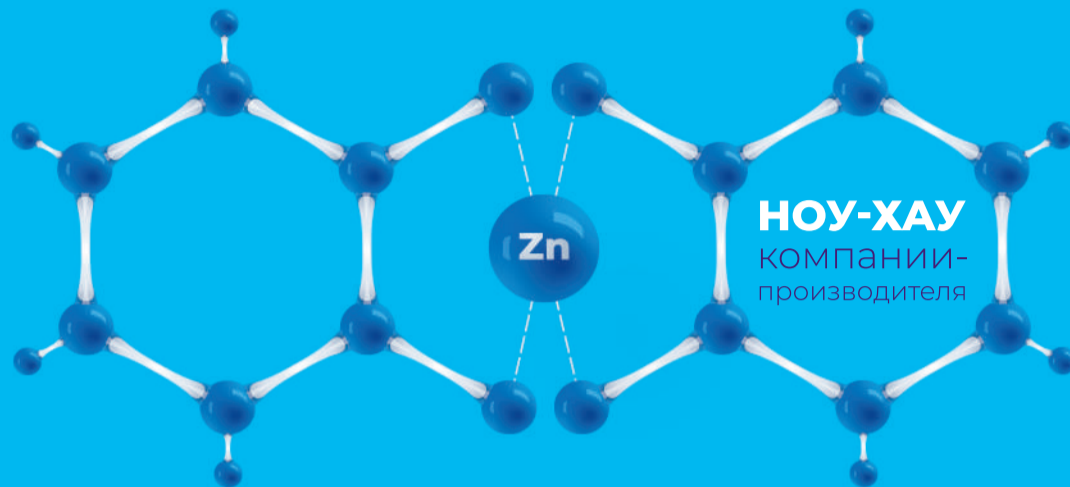
СКИН-КАП КРЕМ — ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЦИНК ПИРИТИОН АКТИВИРОВАННЫЙ



УНИКАЛЬНАЯ МОЛЕКУЛА — В 50 РАЗ СТАБИЛЬНЕЕ
прорыв в медицине XX столетия!¹ по сравнению со стандартным
цинком пиритионом¹



Без ограничений
по локализации
поражений



Не содержит
гормонов



Входит
в клинические
рекомендации

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕЗ АТРОФОГЕННОГО ЭФФЕКТА²

МЕСТО АКТИВИРОВАННОГО ЦИНКА ПИРИТИОНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Нозология	Схема терапии	Стартовая терапия	Поддерживающая терапия	Терапия «по требованию»	Профилактика
Себорейный дерматит (и другие малассезиозы)*	2 раза в день 14 дней	Легкая и среднетяжелая степень	Любая локализация и степень тяжести	Частые обострения в анамнезе	
Псориаз	2 раза в день 1-1,5 месяца	Локализация с высокой всасываемостью: складки, гениталии, лицо, волосистая часть головы	Стационарная стадия Регрессирующая стадия	Регрессирующая стадия Ремиссия	
Атопический дерматит	2 раза в день 3-4 недели	Локализация с высокой всасываемостью: складки, гениталии, лицо, волосистая часть головы	После курса ТГКС** Стадия стихающего обострения	Частые обострения в анамнезе	
Дерматит отмены***	До регресса высыпаний				После отмены ТГКС**

1+



Аэрозоль 35 г и 70 г

Нет
ограничений
по возрасту



Шампунь 150 мл

1+



Крем 15 г и 50 г

Нет
ограничений
по возрасту



Гель для душа 150 мл

* Летяева О.И. Микробиота кожи с точки зрения фундаментальной медицины // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16, № 27. С. 22–27. DOI: 10.33978/2307-3586-2020-16-27-22-27.

** ТГКС — топические глюкокортикостероиды.

*** Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Лечение «дерматита отмены» после применения топических глюкокортикостероидов с использованием активированного цинка пиритиона // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 6. С. 63–66.

1. Стабильность в водных растворах по сравнению со стандартным соединением. Согласно заключению испытательного центра ФГУ «Сергиево-Посадский ЦСМ», 2004 г.

2. Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. Сравнительное исследование противовоспалительной активности пиритиона цинка на лабораторной модели псориаза. 2020; 97 (2): 64–70. <https://doi.org/10.25208/vdv1119>.