



МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ

#1 (41)
МАРТ
2023

WWW.NADC.RU

Дорогие коллеги!

Вы держите в руках номер обновленной газеты «Московский дерматолог», которая перешла в формат всероссийского печатного издания и будет доступна всем специалистам, желающим ознакомиться с ее материалами. Газета будет выходить как в бумажном варианте, так и в электронной версии, с которой можно будет ознакомиться на сайте Национального альянса дерматовенерологов и косметологов.

Наша газета – междисциплинарное издание, посвященное дерматовенерологии в России и предназначенное для врачей самых разных специальностей. Это – информационная площадка, где можно поделиться опытом, объявить о результатах своей исследовательской работы, рассказать о достижениях. Для молодых ученых это прекрасная возможность заявить о себе, получить рекомендацию, возможно, и поддержку ведущих специалистов страны. Для более опытных коллег это перспектива профессионального роста, интеграции с врачами смежных специальностей.

Выходу издания предшествовала кропотливая работа редакции и редакционной коллегии, связанная с проработкой концепции издания, сбором, рецензированием, редактированием и размещением научных публикаций.

Мы учли все пожелания читателей, веяния времени, в газете появились дополнительные рубрики, которые, несомненно, вызовут интерес у нашей читательской аудитории.

Учитывая необходимость верификации и установление более точного диагноза, что является важнейшей составляющей нашей специальности, большое значение придается лабораторной диагностике. В данном разделе мы будем рассказывать о тех лабораторных тестах, которые сейчас имеются в арсенале врача-дерматовенеролога, об их применении, о возможностях использования на практике с учетом конкретных клинических ситуаций. Безусловно, мы коснемся вопросов организации лабораторной служ-



бы, поскольку и главным врачам, и руководителям дерматологических учреждений будет небезынтересно, как эффективно и экономно использовать этот ресурс в своей работе.

Кроме того, мы будем печатать вышедшие или актуализированные нормативные акты, регулирующие деятельность дерматовенерологической службы или связанные с ее функционированием в рамках смежных дисциплин. Это будут документы, которые утверждены министерством здравоохранения, а также вышестоящими инстанциями, с краткими комментариями специалистов.

В раздел «Смежные дисциплины» мы с удовольствием пригласим наших коллег: урологов, онкологов, гинекологов и других специалистов, чтобы наращивать междисциплинарные взаимодействия с целью возможности дальнейшей работы по проведению совместных консилиумов и понимания роли каждого из специалистов в решении той или иной нозологической задачи.

В разделе «Научная библиотека» вы сможете ознакомиться с новинками научной литературы нашей специальности и смежных дисциплин, которые заслуживают внимания. Чтобы вы могли подобрать себе

литературу для более глубокого изучения, по каждому изданию мы будем давать краткую справку.

Поскольку газета приобретает всероссийский масштаб, мы будем уделять большое внимание новостям и событиям, которые происходят в том или ином регионе, в том числе публиковать интервью с ключевыми персонами в нашей дисциплине.

Касаться будем и истории медицины, потому что, как известно, без прошлого нет будущего, и те традиции, которые сохраняет русская дерматологическая школа, берут истоки еще из XIX века. История медицины имеет большое значение для каждого из нас не только потому, что нужно чтить память учителей, но и потому что их труды бесценны. Постоянно возвращаясь и изучая те или иные работы наших предшественников, мы, как ни странно, можем найти что-то новое для себя.

Естественно, в каждой газете будут разборы сложных клинических случаев с целью повышения квалификации наших специалистов. Конечно, в нашей работе бывают затруднения, и, преодолевая эти сложности, мы получаем бесценный опыт, которым мы с радостью будем делиться с нашей аудиторией, кроме того, наши авторы с удовольствием предоставят материалы для публикации в рубрике «Клиническая дерматовенерология».

Поскольку газета является печатным органом Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, члены Альянса на страницах газеты смогут ознакомиться с предстоящими событиями, с работой организации, с теми опциями, которые предлагает Альянс для его членов и желающих вступить в нашу организацию.

Уважаемые коллеги, мы приглашаем вас к сотрудничеству! От нас с вами зависит прогресс дерматовенерологии как науки в России. Желаю всем авторам и читателям издания творческих успехов в научных исследованиях и новых свершений!

Главный редактор,
Президент Союза «НАДК»
проф. Н.Н. Потеев

2 Лабораторная служба ДЗМ в современных условиях



8 100 лет БУЗ ВО «ВОККВД»

13 Санаторно-курортное лечение в дерматологии: актуальность законода- тельства



2023
nadc.ru



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

13-14 апреля
15-16 мая
1-2 июня
8-9 июня
14-15 сентября
5-6 октября
17-18 октября
2 ноября
16-17 ноября
8 декабря

Нижний Новгород
Санкт-Петербург
Самара
Омск
Хабаровск
Волгоград
Москва
Владикавказ
Екатеринбург
Ярославль

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лабораторная служба ДЗМ в современных условиях

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ ЗВЕНОМ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ОБЕСПЕЧИВАТЬ КАК КАЧЕСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА, ТАК И ПРОВЕДЕНИЕ МАССОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ. БЛАГОДАРЯ БОЛЬШОМУ КОЛИЧЕСТВУ ГОТОВЫХ РЕАГЕНТОВ, ДИАГНОСТИЧЕСКИХ НАБОРОВ, МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЧНОГО ОБОРУДОВАНИЯ, ЛАБОРАТОРНЫХ КОМПЛЕКСОВ И КВАЛИФИЦИРОВАННОГО ПЕРСОНАЛА, ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА ДЗМ ПРОВОДИТ ШИРОКИЙ СПЕКТР ТЕСТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ И ИННОВАЦИОННЫХ. ВСЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ДЗМ КООРДИНИРУЕТСЯ ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

В настоящее время лабораторная служба Департамента здравоохранения города Москвы обеспечивает выполнение всех видов лабораторных исследований для жителей столицы, оказывает консультативную и методическую поддержку врачам смежных клинических специальностей по вопросам лабораторной диагностики, внедряет современные лабораторные технологии и расширяет существующий перечень новыми видами исследований. Лаборатории, подведомственные ДЗМ, выполняют перечень из более 2800 типов тестов, в общем количестве более 281 млн исследований в год, причем средний срок выдачи результатов анализов составляет один день, результаты анализов в режиме «cito» выдают в течение часа, а результаты технологически сложных анализов – до трех дней. При этом 78% всех лабораторных тестов выполняются на автоматических анализаторах и информатизированы. Все лаборатории участвуют во внешнем и внутреннем контроле качества. В состав лабораторной службы ДЗМ входит 198 лабораторий в 129 медицинских организаций, более 350 пунктов приема биологического материала, а общее количество специалистов с высшим и средним профильным образованием составляет 4500 человек. Лабораторные специалисты активизируют свои усилия по предоставлению взаимозаменяемой и сопоставимой лабораторной информации для обеспечения более качественной диагностики и лечения пациентов, т.к. удовлетворенность врачей-клиницистов результатами лабораторных исследований – один из ключевых показателей качества, подчеркивающий значимость лабораторного сервиса для обслуживания пациентов. В структуре медицинских организаций ДЗМ выстроена система централизованных и специализированных лабораторий с большими возможностями и мощностями. Основные функциональные показатели всей лабораторной службы ДЗМ:

- количество выполненных лабораторных тестов: 223,8 млн (2020 год), 281,2 млн (2021 год);
- количество медицинских организаций с лабораторными информационными системами (ЛИС): 133 (2020 год), 129 (2021 год);
- количество лабораторий: 198 (2020 год), 198 (2021 год);
- количество лабораторных сотрудников (физические лица): 4775 (2020 год), 4531 (2021 год);
- количество единиц аналитического оборудования: 4971 (2020 год), 5278 (2021 год).

На текущий период времени сценарий медицинского обслуживания в Москве перешел в более развитую стадию. При этом основное внимание продолжает уделяться лабораторному сектору.

Учитывая, что более 70% всех медицинских решений основано на результатах лабораторных исследований, Правительство Москвы и ДЗМ продолжают уделять большое внимание качеству оказания клиничко-лабораторных услуг. Благодаря глубокой первоначальной аналитической оценке, разработке и проведению организационных вмешательств, а также стратегическому партнерству с ДЗМ, московские клиничко-диагностические лаборатории значительно улучшены и подготовлены для реализации различных программ. Создана интегрированная и устойчивая сеть клиничко-диагностических лабораторий в городе Москве, обеспечивающая в полном объеме потребности жителей столицы в лабораторных исследованиях. На примере борьбы с SARS-



Цибин А.Н. Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ



Центральная клиничко-диагностическая лаборатория ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ

CoV-2 создана успешно функционирующая система для быстрого противодействия возбудителям инфекций (вирусных, бактериальных) и геномного надзора над ними. Выстроенная система «транспортная маршрутизация проб + ОТ-ПЦР + NGS + серологические тесты + необходимые тесты по всем видам лабораторных исследований + качество + соблюдение временных регламентов (доставка проб, выполнение и выдача результатов исследований) + информатизация + обученный лабораторный персонал + ресурсное обеспечение + логистика всех процессов + круглосуточный контроль в онлайн-режиме» – потенциал для диагностического тестирования вспышек любых инфекций и важнейший компонент для эффективных ответных мер ДЗМ на любую эпидемию.

Как удалось этого добиться? Какие организационные шаги и меры были приняты? Сколько времени и сил потребовалось? Кто были участники этого процесса? С чего все начиналось и как давно?

На основе проведенного в 2014 году анализа деятельности клиничко-диагностических лабораторий всех 12 административных округов города Москвы, с учетом прикрепленного населения и потребности в тестах, что привело к началу реорганизации лабораторной службы ДЗМ. В основу легла концепция по организации трехуровневой системы лабораторной службы ДЗМ по основным пяти принципам.

Первый принцип – это централизация лабораторных исследований по трем уровням сложности перечня анализов и технологий (лаборатории I, II,

III уровней), для чего проводилась работа по стандартизации номенклатуры и сроков выполнения анализов на всех уровнях, а также технологий и оборудования.

Второй принцип – информатизация лабораторных исследований на всех этапах лабораторного процесса. Лабораторными специалистами ДЗМ разработан и внедрен комплексный Единый справочник лабораторных исследований (ЕСЛИ), который является составной частью московской Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Справочник ЕСЛИ обеспечил город Москву эффективной реализацией функций медицинского документооборота в едином информационном пространстве между участниками обмена. Единый справочник лабораторных исследований централизованного лабораторного сервиса (ЕСЛИ ЦЛС) – это номенклатура с терминологией лабораторных исследований и тестов, которая утверждена к применению на территории РФ нормативно-законодательными документами, осуществляет стандартизацию и унификацию всех этапов: от назначения врачом лабораторных исследований (ЛИ) до получения конечного лабораторного заключения, обеспечивает строгое соответствие результатов ЛИ назначению врача, исключает дублирование назначений ЛИ и их выполнение, автоматически оказывает экспертную информационную поддержку всем участникам лабораторного процесса. Номенклатура содержит 8500+ наименований, из них: 3000+ лабораторных исследований (13 видов) и 5500+ тестов (269 подвидов). Бизнес-логика лабораторных процессов обеспечивается наличием дополнительных справочников: Функциональные тесты и комплексные ЛИ, Биоматериалы, Правила подготовки к взятию БМ, Антропометрические данные для каждого ЛИ, Локусы, Типовые причины отказа приема БМ, Группы совместимости, Расходные материалы, Типовые заключения. Система поиска услуги в справочнике понятна и проста в применении, используется для полной аналитической отчетности деятельности клиничко-диагностических лабораторий.

Кроме того, в стадии внедрения единая ЛИС «Эфир» (ЕЛИС), которая тиражируется в каждую лабораторию медицинской организации, подведомственной ДЗМ. Функционал ЕЛИС: получение заказов (интеграция с ЕМИАС и регистрация бумажных направлений); выполнение исследований (сортировка биоматериала, автоматический обмен данными с анализаторами, контроль качества, ручная и автоматическая валидация результатов, работа с архивом биоматериала, система отчетности); выдача результатов (интеграция с ЕМИАС, настройка бумажных бланков результатов и печать результатов). Внедрение ЕЛИС обеспечит стандартизацию и прослеживаемость медицинских данных.

Третий принцип – эффективность лабораторных исследований, что достигнуто в результате большой работы по изменению тарифов на лабораторные услуги. Оптимизирован перечень лабораторных услуг реестра МГФОМС, с учетом применяемых лабораторно-диагностических технологий и парка аналитического оборудования медицинских организаций ДЗМ по четырем разделам лабораторной диагностики (25/125, 26/126/ 27/127, 28/128). Приведено в соответствие наименование лабораторных медицинских услуг реестра МГФОМС с Федеральной номенклатурой медицинских услуг Приказа МЗРФ

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Разработаны технологические карты на все лабораторные услуги, с предоставлением финансового обоснования по каждой, для изменений действующего тарифа. Унифицированы технологические карты и тарифы лабораторных услуг для взрослого и детского населения по разделам реестра. Разработаны толкователи для лабораторных услуг по каждому разделу. Введен в действие новый перечень лабораторных услуг реестра МГФОМС с пересмотренными тарифами с октября 2016 года. Таким образом, изменена себестоимость каждого лабораторного теста за счет сокращения доли фонда оплаты труда (ФОТ) и повышения производительности труда в 2,5 раза.

Четвертый принцип – увеличение доступности тестов для москвичей благодаря проведенным мероприятиям по ликвидации ограничений и квот по всей номенклатуре выполняемых анализов, а также реализации различных программ ДЗМ по массовому обследованию населения.

Пятый принцип – обеспечение качества лабораторных исследований из-за введения единых стандартов качества, развития системы управления качеством на основе международных стандартов (ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности», идентичному международному стандарту ISO 15189: 2012 «Medical laboratories – Requirements for quality and competence»). Так, например, с апреля 2017 г. по декабрь 2019 г. в городе Москве осуществлялась реализация пилотного проекта по разработке и внедрению системы менеджмента качества лабораторных услуг в медицинских организациях государственной системы здравоохранения на базе требований ГОСТ Р ИСО 15189-2015.

В конце декабря 2019 года в городе Ухань, в Китае, впервые отмечено появление заболевания COVID-19, возбудителем которого является новый коронавирус SARS-CoV-2. Новая коронавирусная болезнь распространилась с поразительной скоростью в более чем 180 странах мира, а 11 марта 2020 года ВОЗ объявила пандемию COVID-19.

Для обеспечения этиологической лабораторной диагностики нового коронавируса были проведены очередные мероприятия по организации про-

ведения ПЦР-исследований из больших потоков биологических проб. В короткие сроки выполнена работа по стандартизации направлений на исследование и форм выдачи результатов анализов в электронном виде через единую информационную систему «Реестр направлений и учет результатов исследований на COVID-19». Все лаборатории и медицинские организации независимо от подчинения, а также лаборатории Роспотребнадзора были обеспечены автоматизированными рабочими местами (АРМами) для работы в одной информационной системе. Определен порядок взятия, регистрации и доставки биологического материала для исследований на COVID-19 со сроками выдачи результатов ОТ-ПЦР-анализа – 24 часа от момента поступления проб в лабораторию. Чтобы обеспечить временные интервалы, регламентированные нормативными документами, путем перераспределения проведена концентрация имеющихся единиц ПЦР-оборудования на площадях девяти лабораторий и стандартизация технологии выполнения полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией. В марте 2020 года было принято решение об организации комплексного обследования жителей столицы двумя методами: ОТ-ПЦР (обнаружение РНК SARS-CoV-2) и серологическим тестированием (определение уровня IgM и IgG к COVID-19). В апреле 2020 года по итогам клинических испытаний тест-систем был выбран метод иммунохемилюминесценции (ИХЛА/CLIA) для определения иммуноглобулинов к SARS-CoV-2. В мае 2020 года в 50 лабораториях ДЗМ установлено 100 иммунохимических анализаторов CL2000 и CL6000 «Mindray», позволяющих выполнять около 200 тысяч исследований в сутки. Начало массового тестирования населения Москвы на наличие иммунного ответа к новому коронавирусу состоялось 6 мая 2020 года.

Однако SARS-CoV-2 стал быстро эволюционировать, срочно требовалась идентификация различных линий вируса, распространяющихся среди населения города Москвы, а также доступ к информации о последовательностях.

В сфере общественного здравоохранения инициирована новая эра открытости данных, благодаря введению NGS-технологии (высокопроизводительное секвенирование нового (следующего) поколения (next

generation sequencing) + биоинформатика) в повседневную работу лаборатории ГБУЗ «Диагностический центр (Центр лабораторных исследований) ДЗМ» (ДЦЛИ). Осуществлена интеграция секвенирования с биоинформатикой, что ускорило характеристику патогенов и обмен данными. Для доступа к информации о последовательностях создана и успешно функционирует российская платформа агрегации информации о геномах вирусов VGARus (Агрегатор геномов вирусов России), которая содержит информацию о нуклеотидных последовательностях вирусов SARS-CoV-2 и их мутациях, распространенных в тех или иных регионах Российской Федерации. Все вышеперечисленные мероприятия позволили наладить в городе Москве геномно-эпидемиологический надзор.

С начала мониторинга 15 июля 2021 года по 11 апреля 2022 года с помощью NGS было проанализировано 16816 образцов от амбулаторных (81,3%) и стационарных (18,71%) больных. Принадлежность к штамму SARS-CoV-2 была определена в 15759 назофарингиальных образцах пациентов. Из общего количества исследованных проб выявлено семь образцов с уникальными профилями мутаций, характерными для разных штаммов SARS-CoV-2. Эти образцы направлены в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» для дальнейшего изучения. В остальных 1050 образцах определить штамм не удалось из-за фрагментарного прочтения генома.

Сегодня все подведомственные медицинские организации, клиничко-диагностические лаборатории, органы управления и регуляторы взаимодействуют в единой информационной системе (в безбумажном варианте), что дает возможность в режиме онлайн проводить объективный мониторинг заболеваемости и оперативно маршрутизировать потоки биологических проб для исследований. Лабораторная служба ДЗМ функционирует как единая система под непосредственным руководством Правительства Москвы, Департамента здравоохранения Москвы, Департамента информационных технологий и Роспотребнадзора.

Проведено комплексное оснащение оборудованием и автоматизация основных этапов ОТ-ПЦР.

Налажена круглосуточная конвейерная работа ПЦР-лабораторий (24/7). Стандартизованы все процессы выполнения исследований. Организован постоянный онлайн-мониторинг деятельности лабораторий. Дополнительно в режиме онлайн налажено управление мощностями лабораторий и маршрутизацией образцов с биологическим материалом к месту проведения исследований. В итоге лабораторная служба ДЗМ в полном объеме обеспечивает потребности населения столицы всеми видами лабораторных анализов и выявляет инфицированных среди всех категорий граждан, подлежащих обследованию.

Для медицинских специалистов медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, выполняющих забор биологического материала и лабораторные исследования при обследовании на новое коронавирусное заболевание COVID-19, нами разработаны методические рекомендации «Временное руководство по лабораторной диагностике COVID-19 в условиях пандемии» Методические рекомендации №89. – М: ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», 2020. – 64 с.]; [«Временное руководство по лабораторной диагностике состояния иммунитета при COVID-19» Методические рекомендации №35. – М:ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», 2021. – 178 с.].

На настоящий момент, лабораторная служба ДЗМ выстроена по трехуровневой системе. Функционирует комплексный Единый справочник лабораторных исследований – составная часть московской Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Лабораторные исследования информатизированы. Осуществляется передача результатов анализов в личный кабинет и электронную медицинскую карту пациента. Создано единое информационное пространство для всех КДЛ ДЗМ. Изменены тарифы на лабораторные услуги реестра МГФОМС, оптимизирован перечень. Возросла эффективность лабораторий. Потребности Москвы в лабораторных исследованиях удовлетворены в полном объеме.

Приведенный сценарий организационных подходов оказался состоятелен для решения задач точной медицины и для обеспечения устойчивого предоставления медицинских услуг.

Цибин А.Н.,

Латыпова М.Ф., Иванушкина О.И.

Заслуженная награда

В РАМКАХ 12–ГО ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ БЫЛИ ОТМЕЧЕНЫ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ИХ СОТРУДНИКИ, ОТЛИЧИВШИЕСЯ В БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.

Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов совместно с Федерацией лабораторной медицины решили отметить Топ-10 медицинских организаций дерматовенерологического профиля, лаборатории которых в 2021 году были временно перепрофилированы под диагностику и лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Критерием выбора лаборатории является число ПЦР-тестов на определение к вирусу SARS-CoV-2, выполненных перепрофилированной лабораторией на тысячу населения.

«Я хотел бы напомнить, что предполагается, что XXI век будет веком инфекций, это тяжелое испытание для всей медицинской службы. От того, насколько мы будем едины – дерматологи, косметологи, организаторы, работники лабораторной сферы – во многом зависит успех нашей борьбы. Я хотел бы напомнить слова, что «мир спасет красота», – подчеркнул на награждении вице-президент Федерации лабораторной медицины профессор Михаил Андреевич Годков.

«За весомый вклад в диагностику новой коронавирусной инфекции COVID-19» Грамоты были вручены следующим организациям:

1. ГОАУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи»
2. Кожно-венерологический диспансер ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» Комитета здравоохранения Курской области
3. ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В. П. Аваева» (Тверская область)
4. БУЗ Чувашской Республики «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики
5. БУЗ Республики Карелия «Республиканский кожно-венерологический диспансер»
6. БУЗ Республики Калмыкия «Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи»
7. ГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер» (Липецкая область)
8. ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
9. БУЗ Республики Мордовия «Мордовский республиканский кожно-венерологический диспансер»
10. БУЗ Севастополя «Кожно-венерологический диспансер»



Н.Н. Потекаев и М.А. Годков с представителями награждаемых организаций

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Династия Павловых

В МЕДИЦИНЕ НЕ РЕДКИ СЛУЧАИ «НАСЛЕДОВАНИЯ» ПРОФЕССИИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЬМИ. КАК СКАЗАЛ ФРАНЦУЗСКИЙ ПИСАТЕЛЬ, ПРАВОВЕД И ФИЛОСОФ ШАРЛЬ ЛУИ ДЕ МОНТЕСКЬЁ, «ОБЫЧНО В НАШЕЙ ВОЛЕ ДАТЬ СВОИМ ДЕТЯМ НАШИ ЗНАНИЯ; И ЕЩЕ БОЛЬШЕ, ДАТЬ ИМ НАШИ СТРАСТИ». А ЧТО ЕСТЬ НАУКА, КАК НЕ СТРАСТЬ К ИССЛЕДОВАНИЮ, СТРАСТЬ ПОИСКА ИСТИНЫ, СТРЕМЛЕНИЕ РАЗГАДАТЬ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ? ВООРУЖЕННЫЙ ЗНАНИЯМИ, ПОЛУЧЕННЫМИ ОТ СВОЕГО ОТЦА, ПРОСЛЕДОВАВШИЙ ЕГО СТОПАМИ ПО АУДИТОРИЯМ ТОГО ЖЕ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ, ВПИТАВШИЙ ОПЫТ ГЕНИАЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ, СЕРГЕЙ ТИМОФЕЕВИЧ ПАВЛОВ СТАЛ ВЫДАЮЩИМСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПИТЕРСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ, ПОПОЛНИВ РЯДЫ ЭЛИТЫ РОССИЙСКИХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ, К КОТОРОЙ ПРИНАДЛЕЖАЛ И ЕГО ОТЕЦ ТИМОФЕЙ ПАВЛОВИЧ ПАВЛОВ.

Тимофей Павлович Павлов родился в Санкт-Петербурге 24 июня 1860 года. По окончании столичной гимназии в 1880 году он поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета, однако спустя два года перевелся в столицу в Императорскую Военно-медицинскую академию (ИВМА), которую с отличием окончил в 1885 году. Став ординатором академической терапевтической клиники (1885–1888), руководимой Сергеем Петровичем Боткиным, талантливый молодой врач тут же обрел наставника в лице этого гениального клинициста, основоположника физиологического направления русской клинической медицины, а сама клиника послужила прекрасной базой для приобретения превосходной клинической подготовки. О таком учителе как С.П. Боткин можно было только мечтать. Множество врачей стремились побывать на клинических разборах этого виртуозного диагноста, для которого был характерен очень внимательный и многогранный подход к пациенту. Кроме того, Сергей Петрович организовал в стенах клиники первую в России экспериментальную лабораторию (1860–1861) (ставшую предтечей крупнейшего научно-исследовательского центра в области биологии и медицины – Института экспериментальной медицины), где проводились химические и физические анализы, производились исследования фармакологических свойств лекарственных средств, искусственно воспроизводились на животных различные заболевания и т.п. В 1888 году Т.П. Павлов блестяще защитил докторскую диссертацию на тему «Серноокислый спартеин как средство сердечное и мочегонное». Авторы книги о Т.П. Павлове («Т.П. Павлов (1860–1932) и его школа») С.Е. Горбовицкий и Н.А. Торсуев считают, что именно профессор С.П. Боткин помог Т.П. Павлову определиться с выбором направления в медицине, предложив ему заняться изучением кожных болезней и сифилиса. Курс внутренних болезней был прекрасно усвоен способным учеником, необходимо было двигаться дальше, и, по совету С.П. Боткина, для глубокого изучения «остро заразных и сыпных болезней» Тимофей Павлович перешел на работу в Барачную городскую больницу. Но уже через год, в 1889 году, ему выпадает шанс пройти стажировку в Европе у признанных лидеров европейских школ дерматологических школ Германии и Австрии. Т.П. Павлов получил бесценные знания по гистопатологии болезней кожи у Пауля Герзона Унны (Paul Gerson Unna) в Гамбурге, казуистическим случаям кожных заболеваний и опухолям кожи у Морица Капоши (Kaposi Moritz Kohn), сифилидологии у Изидора Неймана (Isidor Neumann) в Вене и др. По возвращении в 1889 году в Россию Т.П. Павлов был избран по конкурсу старшим ординатором Петербургской Калинкинской больницы для венерических больных и доцентом Суворовского училища для акушеров, а также получил должность преподавателя по дерматологии и сифилидологии в училище лекарских помощников и фельдшеров. В 1896 году за свои работы «К этиоло-



Тимофей Павлович Павлов (1860—1932)

гии хронических экссудативных эритем» (СПб, 1894), «Материалы к выяснению причин смерти новорожденных детей наследственных сифилитиков» (СПб, 1895), «К казуистике рефлекторных экзем» («Больничная газета Боткина», 1894, №34), «К патологии Pemphigus vegetans», («Больничная газета Боткина», 1896, №37–40), «Материалы к патологии сифилиса» (СПб, 1897) он был удостоен Конференцией Императорской Военно-медицинской академии звания приват-доцента, а в 1897 году стал экстраординарным профессором и начальником кафедры кожных, венерических и сифилитических болезней ИВМА (1898), которой руководил в течение 26 лет. Т.П. Павлов организовал в клинике один из первых в России (1908) рентгеновских кабинетов, физиотерапевтический кабинет и серологическую лабораторию для диагностики сифилиса. Причем в переломные революционные годы, когда многие профессора предпочли эмиграцию. Профессор Т.П. Павлов принял решение остаться в Советской России и продолжил возглавлять кафедру. Он также руководил кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского института усовершенствования врачей (1920–1926). Кроме этого, профессор Т.П. Павлов был основателем и первым профессором кафедры кожных и венерических болезней Женского медицинского института в Петербурге (1901–1903). В 1901 он был избран членом-корреспондентом Французского дерматологического общества, в 1903 году получил звание ординарного профессора, а в 1913 году – звание академика ИВМА. 25 января 1903 года В.М. Тарновский, основатель и председатель Русского сифилидологического и дерматологического общества (РСДО) (первое заседание которого состоялось 20 октября 1885 года), направил Т.П. Павлову письмо с просьбой сменить его на посту председателя и, сокрушаясь о невозможности участия в деятельности Общества в связи с болезнью, писал: «Единственное, что утешает меня, это то, что оставляю после себя, в лице Вашем, дорогой Тимофей Павлович, такого достойного, блестящего



Сергей Тимофеевич Павлов (1897—1971)

преемника». Приняв пост председателя, Т.П. Павлов руководил РСДО до 1932 года, и по его предложению Общество стало носить имя В.М. Тарновского. Во второй половине XIX века гуморальная теория в медицине утратила свою привлекательность, а в России на первый план была выдвинута теория нервизма, последователем и ярким представителем которой был и Т.П. Павлов, что проявилось в его работах. Например, в работе «К этиологии хронических экссудативных эритем» (1894) он связал кожную симптоматику с функциональными расстройствами нервной системы; в работе «К казуистике рефлекторных экзем» (1894) при трактовке патогенеза экземы выдвинул теорию, согласно которой «основу этой болезни составляет повышение чувствительности кожи», зависящее от «нервных факторов центрального, периферического или рефлекторного происхождения», он связывал красный плоский лишай и псориаз с различными общими нервными расстройствами. Классическими являются его труды по неврогенному патогенезу почесухи, при которой он, в частности, описал отсутствие подошвенного рефлекса (симптом Павлова). Он также выдвигал на первый план расстройства нервной системы при круговидном облысении, болезни Дарье и ряде других заболеваний, однако отводил определенную роль в патогенезе дерматозов и нарушениям внутренних органов и систем (пищеварительного тракта, половой сферы и др.). Большое внимание уделялось Т.П. Павловым проблемам сифилидологии в работах «Материалы к патологии сифилиса» (1897), «Материалы к выяснению причин смерти новорожденных детей наследственных сифилитиков», обращая внимание на «повсеместные очаговые изменения сосудов в форме эндо-, мезо- и периартериитов». Изменения сосудов выявлялись и при туберкулезе и проказе. В своей научной работе он пользовался самыми разнообразными методами исследований, но на первом месте был всегда клинический метод, который он виртуозно сочетал с гистологическим. Его перу при-

надлежат 35 научных работ, в том числе два учебных пособия, что не так много в сравнении с его выдающимися способностями, свои идеи он дарил ученикам, создав свою дерматологическую школу, и воспитал плеяду талантливейших преемников, среди которых был и его сын С.Т. Павлов. «Один отец значит больше, чем сто учителей» – писал Дэвид Герберт Лоуренс. Очевидно, для Сергея Тимофеевича Павлова (1897–1971) его отец был не просто непререкаемым авторитетом, но примером как личностным, так и профессиональным, идеалом, на который ему хотелось равняться. После окончания гимназии он поступил (1915) в то же учебное заведение, в котором учился его отец, и с блеском окончил Военно-медицинскую академию (1919). В декабре того же года был призван в Красную Армию (КА), где два года работал врачом частей КА, после чего был назначен сначала ординатором кожно-венерического отделения Клинического военного госпиталя в Петрограде, а затем (1924) – младшим ординатором клиники кожных и венерических болезней ВМА, где в 1927 году получил место старшего преподавателя. В этом же году С.Т. Павлов был командирован в Берлин, где прошел стажировку у известного немецкого дерматолога профессора А. Бушке (Abraham Buschke). В 1934 году, после присвоения ученой степени кандидата медицинских наук, его избрали заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Медвуза – больницы им. И.И. Мечникова. В 1937 году Павлов защитил докторскую диссертацию на тему «Экспериментальные данные по вопросу об иммунитете при сифилисе кроликов и влиянии на него недостаточных доз сальварсановых препаратов». Изучение сальварсанотерапии при сифилисе было начато Тимофеем Павловичем Павловым, который в 1911 году, выступая на заседании РСДО с докладом «О лечении сифилиса сальварсаном», указал на выраженную токсичность этого препарата и необходимость осторожного отношения к его применению. Сергей Тимофеевич в своей диссертации, используя методику эпикутанного заражения кроликов, в эксперименте показал возможность излечения сифилиса сальварсановыми препаратами, а также развитие после лечения иммунитета различной степени выраженности: у части животных – так называемого шанкерного иммунитета, а у других – истинного иммунитета, при котором невозможно вторичное заражение. Причем зависимости степени иммунитета от длительности инфекции не было отмечено. Указывая на то, что данные, полученные на кроликах, не могут полностью быть перенесены на человека, так как состояние иммунитета у кроликов выражено резче, чем у человека, автор исследования делает выводы, что малые дозы новарсенола, вводимые кролику в период развития шанкра, вызывают быстрое обратное развитие первичной сифиломы, но не излечивают сифилис и задерживают развитие иммунитета. Использование тех же доз препарата в период распада шанкра, когда иммунитет уже сформировался, оказалось малоэффективным в отношении первичной сифиломы,

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

не излечивало сифилис и не влияло на иммунитет. Т.П. Павлов делает принципиальный вывод о том, что вторичные заражения с развитием нового шанкра не доказывают излеченность животного, а случаи повторного заражения человека после неполноценного раннего лечения сифилиса следует считать респиринфекцией, и лечение недостаточными дозами сальварсановых препаратов неэффективно и недопустимо. В другой работе «К вопросу об иммунологических реакциях при экспериментальном сифилисе кроликов», изданной в «Трудах ВМА» за 1934 год, Павлов доказал, что у человека при сифилисе ведущей является аллергическая реакция, а реакция иммунитета отступает на второй план, тогда как у кроликов – наоборот. Эти и другие работы Павлова, посвященные той же проблеме, были крайне важными, так как позволили раскрыть неизученные стороны патогенеза заболевания и разработать базу для рационального лечения сифилиса. Среди представляющих особый интерес можно назвать: «Общая патология сифилиса» (многотомное руководство по дерматовенерологии, 1959), «К методике лечения сифилиса пенициллином» (1963) и др.

Кафедра кожных и венерических болезней ВМА имени С.М. Кирова, руководимая С.Т. Павловым (1940–1968), в ноябре 1941 года была эвакуирована в Самарканд. В это время Сергей Тимофеевич с возглавляемым им коллективом занимался разработкой актуальнейшей для военно-санитарной службы проблемы отморожений и выполнил ряд работ на эту тему, среди которых: «Методика и некоторые результаты экспериментального изучения отморожений» (1941), «Профилактика отморожений жирами» (1942). В последней автор представил результаты применения различных жировых смазок (8 жиров и жировых смесей, 2 мази, 1 эмульсия) при отморожениях в эксперименте на ушах кроликов. Профилактический эффект был подтвержден только при использовании свиного и гусиного сала, однако и

он был кратковременным, в результате чего был сделан вывод об отказе от использования жировых веществ как способа профилактики отморожений в армии. Эта работа имела большое практическое оборонное значение, так как позволило военно-санитарной службе отказаться от принятого в армии дорогостоящего способа профилактики отморожений жирами. Также под руководством Павлова его сотрудниками было изучено состояние углеводного обмена при отморожениях различной степени тяжести и разработаны инструкции по профилактике и лечению отморожений в войсках, которые он представил на конференции Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) и конференции военных врачей Ленфронта. В 1943 году Павлов был назначен главным дерматовенерологом Советской Армии, и, находясь на этой должности, а также являясь консультантом ГВСУ Советской Армии, он проводил большую организационную работу по борьбе с венерическими и кожными заболеваниями в период ВОВ, результаты которой отражены в хранившейся под грифом «секретно» работе «Опыт организации дерматовенерологического обслуживания войск в военное время» (1947), а также в главах 27 тома издания «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне» (1951), «Кожные заболевания в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны» (1948), «Анализ заболеваемости венерическими болезнями в Советской Армии за время Великой Отечественной войны» (1945) и др. В общей сложности С.Т. Павлов опубликовал 80 научных работ, включая две монографии, одна из которых посвящена столпу Петербургской дерматологической школы А.Г. Полотебнову (1955).

Большой раздел исследований Сергей Тимофеевич посвятил, как и его отец, изучению патогенеза, клиники, гистологической картины и лечения различных дерматозов. Большое внимание было уделено таким заболеваниям, как экзема, нейродермит,

пруриго, параспориоз, и отмечен характер изменений нервной системы при этих болезнях. Так, для больных пруритом («К вопросу о «Prurigo» (1924)) было характерно отсутствие плантарного рефлекса (симптом, обнаруженный Т.П. Паловым), при почесухе важное значение имело наличие тяжелых нервных травм у беременных как причины развития почесухи у детей. При псориазе («К вопросу о параспориозе» (1926)) автор описал характер поражения слизистых оболочек, кожи лица, ладоней и подошв, а также гистологические изменения в коже по типу инфекционной гранулемы. С.Т. Павлов одним из первых в русской литературе дал четкое описание соответствующих клинических форм дерматозов в работах «К вопросу об опухолевидных формах красной волчанки» и «Розацеа- подобный туберкулид Левандовского» (1937) и высказал ряд мыслей об их патогенезе. В статье «К вопросу о роли вторичной инфекции при волчанке» (1931) С.Т. Павлов первым дал представление о возможности вторичной инфекции при язвенной форме волчанки и начал применять стафилококковую при этих трудно поддающихся лечению поражениях. Особо ценными являются исследования автора по гистопатологии кожи, особенно при экземе и экземах: «К вопросу о гистологии экземы и экзематидов» (1940), «О нейрогенном патогенезе экземы» (1957), «К вопросу о посттравматических экземах» (1958) и др. В результате проведенных Павловым исследований при лечении экзематидов стали применять совместно с десенсибилизирующими и дезинфицирующими средствами. С.Т. Павлов разработал отпугивающие средства от москитов, что было чрезвычайно важным для предупреждения малярии и москитной лихорадки. Широко известны его работы: «Справочник по кожным и венерическим болезням для войсковых врачей» (1946), учебник «Кожные и венерические болезни» (1960), выдержавший четыре издания, и монография «Фурункулы и фурункулез» (1957).

В 1946 году С.Т. Павлов был назначен заведующим кафедрой кожно-венерических болезней II Ленинградского Медицинского института, но уже в 1948 году оставил эту должность, продолжив заведовать кафедрой в ВМА.

С.Т. Павлов часто выезжал на международные конференции: в 1947 году он участвовал в Совещании Международной Лиги по борьбе с венерическими болезнями во Франции, в 1962 году ездил в Польшу на Совещание военных дерматовенерологов. Он был почетным членом Московского, Горьковского, Удмуртского, Уфимского, Татарского, Краснодарского научных дерматологических обществ, а также Болгарского дерматологического общества (1960), Польского дерматологического общества (1961), Чехословацкого медицинского общества им. Я.Е. Пуркине (1962), стал членом-корреспондентом Французского дерматологического и сифилидологического общества (1964) и председателем Всесоюзного (1957–1965) и Ленинградского (1958–1971) научных обществ дерматовенерологов.

На VI Сессии Академии медицинских наук СССР (3.11.1950) С.Т. Павлов был избран членом-корреспондентом по отделению клинической медицины АМН СССР, о чем свидетельствует Приказ №775 от 5 ноября 1950 года.

За успехи в научной, педагогической и организационной работе генерал-майор медицинской службы С.Т. Павлов получил звание заслуженного деятеля науки РСФСР (1960) и был награжден орденами Красной Звезды, Ленина, двумя орденами Красного Знамени и семью медалями.

Так идеи, заложенные отцом, проросли и дали обильный урожай благодаря усилиям сына. Сработал закон преемственности, и в выигрыше – медицинская наука, династия российских дерматовенерологов Павловых навсегда вписана в ее историю.

К.М.Н. Сточик А.А.

При подготовке статьи использовались материалы <https://doi.org/10.17116/klinderma201918021236>

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА



1. Клиническая дерматология и венерология. Избранные статьи 2002-2022 под редакцией проф. Н.Н. Потекаева в 3-х томах.

Избранные статьи за двадцатилетнюю историю журнала «Клиническая дерматология и венерология» с 2002 по 2022 год под редакцией президента Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, директора ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ заслуженного врача РФ, профессора Н.Н. Потекаева. М.: Медиа Сфера, 2022. — 1836 с.



2. Хайдаров М.М., Хайдарова Н.Т. Неврология в дерматологии

Основная идея книги – углубленное познание клинической диагностики патологии нервной системы у пациентов дерматологического профиля с целью применения оптимальных методов патогенетического лечения.

После ознакомления с книгой у дерматологов и неврологов расширится представление о патогенезе болезни, улучшится качество планирования диспансерного наблюдения и оздоровления пациента.

«Неврология в дерматологии» рекомендована для врачей-неврологов, дерматовенерологов и смежных специалистов, оказывающих помощь пациентам с заболеваниями кожи или болезнями нервной системы. Книга также будет полезна каждому медицинскому работнику при организации санитарно-просветительской и профилактической работы среди населения.



3. Павлов С.Т. Учебник кожных и венерических болезней

Репринтное издание: «Учебник кожных и венерических болезней» одного из выдающихся отечественных дерматовенерологов, Сергея Тимофеевича Павлова. Оригинальное издание вышло в 1960 году и с тех пор выдержало несколько переизданий еще во времена СССР. Юбилейное переиздание к 60-летию первого выпуска было осуществлено НАДК в 2020 году.

М.: Группа МДВ, 2020. — 496 с.



4. Поражения кожи при новой коронавирусной инфекции COVID-19. Под редакцией Н.Н. Потекаева.

В книге представлены вниманию медицинской аудитории основные сведения о новой коронавирусной инфекции COVID-19 с преимущественным акцентом на взаимосвязь данного заболевания с возникновением поражений кожи, а также особенности их клинических характеристик и течения.

М.: Группа МДВ, 2022. — 144 с.

ЮБИЛЕИ

«Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» отметил 90-летний юбилей

В НАЧАЛЕ XX ВЕКА ДЛЯ БОРЬБЫ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ БЫЛИ СОЗДАНЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИНСТИТУТЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ (ПРОТОКОЛ № 53 УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ ОТ ДЕКАБРЯ 1931 ГОДА).

С момента создания института в 1931 году по 90-е годы прошлого столетия Институт сменил несколько основных научных направлений, которые были обусловлены потребностями общества и здравоохранения. В послевоенные годы особое внимание уделялось борьбе с венерическими заболеваниями, изучению эпидемиологии и патогенеза грибковых заболеваний кожи и разработке новых методов терапии и профилактики дерматозов. Актуальным направлением научных исследований института на протяжении четверти века являлось изучение профессиональных заболеваний кожи. С 60-х годов приоритетным направлением стало исследование клинических особенностей течения и патогенеза аллергодерматозов у детей с разработкой новых подходов к терапии, профилактике заболеваний, новых организационных форм диспансеризации детей и подростков. Возглавила это научное направление заместитель директора по научной работе профессор **Торопова Нина Петровна** – основоположник Уральской школы детской дерматологии. Под руководством ее ученика профессора **Кунгурова Николая Васильевича** были продолжены и расширены научные исследования по проблеме атопического дерматита: впервые на основании разработанных клинико-диагностических критериев выделены три типа течения заболевания, установлены патогенетические, иммунологические девиации у данных больных, реализован дифференцированный подход к назначению системной и наружной терапии у детей и подростков.



Директор ГБУ СО «УрНИИДВиИ», Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Кунгуров Н.В.

С 1990 года возобновлено изучение приоритетных направлений научных исследований Института: патогенез, диагностика, лечение и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, в том числе сифилитической инфекции. В 1997 году в Институте впервые в истории отечественного законодательства под руководством профессора Н.В. Кунгурова разработан и научно обоснован «Закон о защите населения от заболеваний, передаваемых половым путем», апробированный на региональном уровне в Свердловской области при активном участии профессора **Т.А. Сырневой**. Продолжением данного направления явилось создание системы упреждающего и оперативного управления заболеваемостью сифилисом и инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), одобренной Аппаратом полномочного представителя Президента Российской Федерации в Уральском федеральном округе, подтверждающей эффективность организации и контроля за

заболеваемостью социально значимыми инфекциями на государственном уровне. Особое внимание уделяется проблеме врожденного сифилиса, оптимизации междисциплинарного взаимодействия дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по ведению детей, рожденных от серопозитивных матерей, алгоритму обследования половых партнеров, разработке диагностических и лечебных программ по сохранению репродуктивного здоровья. Под руководством д.м.н., профессора **Кунгурова Н.В.** и д.м.н., профессора **Зильберберг Н.В.** Институт осуществляет в пилотных территориях мониторинг и анализ индикативных показателей оценки: эпидемической ситуации по заболеваемости сифилисом и ИППП, своевременности и адекватности принятия главными специалистами оперативных и упреждающих управленческих решений, результативности клинико-диагностической работы при различных клинических формах сифилиса; утверждает методические материалы и научные разработки по проблеме «Сифилис и ИППП»; готовит научное и медико-экономическое обоснование оперативных управленческих решений, направленных на снижение заболеваемости сифилиса в территории; проводит корректировку и актуализацию индикативных показателей и определяет их целевые значения с учетом региональных особенностей; оценивает медико-экономическую эффективность от внедрения методических материалов; разрабатывает предложения для внесения изменений в Порядок оказания специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», стандарты, клинические рекомендации, профессиональный стандарт «Врач-дерматовенеролог» и другие документы; актуальные научные направления по разделу «Сифилитическая инфекция»; разрабатывает образовательные программы ординатуры, аспирантуры и дополнительного профессионального образования врачей и врачей-лаборантов; выносит разработанные предложения на рассмотрение главного внештатного специалиста дерматовенеролога и косметолога Министерства здравоохранения Российской Федерации; интегрирует научно обоснованные пути контроля за заболеваемостью сифилисом и механизмы их решения в практическую работу.

В соответствии с приоритетами, определенными Национальной стратегией РФ по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года, в целях улучшения оказания специализированной онкологической помощи населению РФ, уменьшения смертности и инвалидизации от злокачественных новообразований кожи (ЗНО), в рамках поручений главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации **Потекаева Н.Н.**, Институтом под руководством профессора Малишевской Н.П. – основоположника дерматоонкологического направления в Институте и Уральском федеральном округе в целом, профессора **Кохан М.М.** и доцента **Куклина И.А.** проводится активная работа по внедрению в УФО своевременной диагностики, лечения и профилактики предопухолевой патологии, ЗНО, включая клинико-инструментальные обследования пациентов при подозрении или выявлении меланомы, лимфолифопролиферативных заболеваний кожи, в том числе первичных лимфом кожи (ПЛК). Разработаны управленческие решения, регламентирующие и обеспечивающие повышение результативности

взаимодействия врачей-дерматовенерологов, онкологов и гематологов при ведении больных ПЛК с ранними и поздними стадиями заболевания. Усовершенствованы подходы к эффективному диспансерному наблюдению пациентов с данной патологией, оптимизирована терапия ранних стадий ПЛК, созданы рекомендации по диспансерному наблюдению и ведению больных ПЛК и групп пациентов с подозрением на развитие заболевания.

Сегодня ГБУ СО «УрНИИДВиИ» – ведущая монопрофильная научная организация в регионе Урала, Сибири и Дальнего Востока, осуществляющая науч-

- выделение и сравнительная характеристика культур клеток (фибробласты, кератиноциты), полученных от больных пузырными дерматозами;
- исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета в периферической крови в объеме развернутой иммунограммы стандартными методами и с использованием проточной цитометрии; изучение состояния иммунных факторов *in situ* с исследованием уровня внутриклеточных цитокинов, интерлейкинов;
- анализ клинко-биохимических свойств ликвора с дальнейшей постановкой нетрепонемной реак-



Коллектив ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

ные исследования в области дерматовенерологии и их практическое внедрение, располагающая собственной клинической базой на 205 коек, в том числе для детей, больных хроническими дерматозами; отделением венерологии; отделением физиотерапии, укомплектованным установками для проведения локальной и общей ПУВА-терапии, ультрафиолетовыми кабинетами для проведения общей узкополосной средневолновой фототерапии; современным лабораторно-диагностическим оснащением: лаборатории патоморфологии, клинической микробиологии, молекулярно-генетических методов, клинической иммунологии, серологической диагностики, биохимических методов исследования, отделением неинвазивной диагностики кожи (дерматоскопия, конфокальная лазерная микроскопия, ультразвуковое исследование кожи), что позволяет осуществлять широкий спектр клинико-лабораторных исследований как для оказания специализированной медицинской помощи больным, так и для научных целей:

- микробиологические исследования потенциального бактерицидного и бактериостатического эффекта с определением минимальной ингибирующей концентрации экспериментального средства терапии и его воздействия на культуры патогенных и условно-патогенных возбудителей, выделенных с кожи больных, и на контрольные штаммы патогенов;
- прижизненное изучение процессов регенерации и восстановления эпидермиса в процессе использования клеточных культур и средств терапии, разработанных на их основе (конфокальная лазерная сканирующая микроскопия);
- комплексные патоморфологические и морфометрические исследования с определением планиметрических характеристик лимфоидных клеток биоптата кожи и другие методы компьютеризированной цитометрии на светооптическом уровне;
- детекция ДНК инфекционных агентов (бактерий, вирусов, грибов), необходимых в рамках проводимого исследования, с использованием молекулярно-генетических методов (в том числе NASBA);

ции микропреципитации (РМП) и трепонемных тестов (РПГА, ИФА IgM, ИФА IgG, РИФ с цельным ликвором, иммуноблоттинга) для диагностики нейросифилиса.

«УрНИИДВиИ» имеет в структуре четыре научных отдела (научный клинический отдел дерматологии, научный экспериментально-лабораторный, научно-образовательный и научный клинический отдел сифилидологии и инфекций, передаваемых половым путем), в которых работают 72 научных сотрудника, из них 11 имеют ученую степень доктора медицинских наук, 21 – ученую степень кандидата наук. В коллективе работают семь профессоров и девять доцентов.

Приоритетными направлениями научных исследований Института являются:

Научное обоснование и разработка патогенетических подходов и алгоритмов терапии хронических аутоиммунных, пролиферативных и аллергических дерматозов и их осложнений на основании комплексного изучения иммунных и метаболических механизмов, нарушений в системе гемостаза и микробиоты кожи с выделением таргетных механизмов развития патологического процесса проводится под руководством профессора **Кохан М.М.**, доцента **Кениксфест Ю.В.**, доцента **Куклина И.А.**

Научное обоснование и разработка новых средств и методов наружной терапии и реабилитации кожи у больных хроническими дерматозами, средств профилактики бактериальных и грибковых инфекций на основании инновационных отечественных компонентов осуществляются под руководством профессора **Зильберберг Н.В.**, профессора **Кохан М.М.**, д.м.н., доцента **Евстигнеевой Е.П.**

Мишень-направленный синтез и скрининг перспективных химических субстанций для разработки высокоактивных антимикробных препаратов низкой цитотоксичности, широкого спектра действия для лечения социально значимых инфекций в дерматовенерологии проводится под руководством доцента **Евстигнеевой Н.П.**, к.б.н. **Герасимовой Н.А.**

ЮБИЛЕИ

Совершенствование специфической диагностики, лечения и мониторинга эффективности терапии сифилитической инфекции на основе исследования эпидемиологических, медико-социальных, клинко-лабораторных особенностей пациентов и клинко-фармакологических свойств антибактериальных препаратов, в том числе данных фармакокинетики, проводится профессором **Кунгуровым Н.В.**, профессором **Зильберберг Н.В.**, профессором **Сырневой Т.А.**, доцентом **Левчик Н.К.**, доцентом **Сургановой В.И.**

Разработка новых научно-обоснованных организационных технологий по оказанию специализированной медицинской помощи больным с социально значимой патологией дерматовенерологического профиля проводится под руководством профессоров **Кунгурова Н.В.**, **Зильберберг Н.В.**, **Малишевской Н.П.**, **Сырневой Т.А.**. Все научные исследования в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» проводятся в строгом соответствии с правилами и принципами доказательной медицины, оценки безопасности, эффективности и медико-социальной результативности новых методов

диагностики и терапии. Доказательством тому являются 118 патентов на изобретения и промышленные образцы и шесть программ для ЭВМ, разработанных сотрудниками института за 10-летний период и утвержденных Федеральной службой по интеллектуальной собственности, а также семь атласов, девять монографий, 38 методических рекомендаций и пособий для врачей. Наукометрические показатели Института за 2022 год включают: общий IF публикаций – 24,71, суммарный индекс Хирша научных сотрудников – 193,0.

Ежегодно результаты научных исследований докладываются сотрудниками ГБУ СО «УрНИИДВиИ» на международных конгрессах, съездах, научно-практических конференциях и совещаниях, публикуются в отечественных и зарубежных специализированных журналах, в том числе в международных базах цитирования (Scopus, Web of Science, PubMed, Ulrich's, Global Health).

д.м.н., профессор Кунгуров Н.В.,
д.м.н., профессор Зильберберг Н.В.,
д.м.н., доц. Куликин И.А.,
мл. науч. сотр. Иордан В.А.

СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4» отметил вековой юбилей

В ФЕВРАЛЕ 2023 ГОДА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ПРОШЛИ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИУРОЧЕННЫЕ К 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ОДНОГО ИЗ СТАРЕЙШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА – СПБ ГБУЗ «КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР № 4».

Исток образования СПб ГБУЗ КВД № 4 послужило открытие в декабре 1922 года на базе коммунальной лечебницы № 33 дерматологического кабинета по адресу: г. Петроград, Геслеровский переулок д. 15-А, о чем написал журнал «Весь Петроград» в январе 1923 года.

В 1928 году коммунальная лечебница № 33 была переименована в Амбулаторию № 12, а в 1934 году – в поликлинику № 32.

В 1940 году на основании приказа по Ленинградскому городскому отделу здравоохранения № 27 от 03.04.1940 из состава поликлиники № 32 года было выделено самостоятельное учреждение Кожно-венерологический диспансер № 22, который располагался по адресу: Кировский проспект, д. 48.

В 1979 году на основании приказа ГУЗЛ № 1230 от 26.09.1978 года Кожно-венерологический диспансер № 22 переименован в Кожно-венерологический диспансер № 4 Ждановского района (ныне Приморский). С 1989 по 2011 год КВД № 4 располагался по адресу: улица Савушкина, д. 104, а с 5 декабря 2011 года по настоящее время диспансер находится по адресу Санкт-Петербург, проспект Сизова, д. 3 лит. А.

В разное время диспансер возглавляли главные врачи: **Стоганов Н.В.** (1961–1974), **Еремин Б.В.** (1975–1982), **Изотова О.А.** (1983–1987), **Егоренкова Н.П.** (1988–2006), **Белянин Д.В.** (2007–2010), **Решетник Д.А.** (2011–2013), **Теличко И.Н.** (31.07.2013 – по настоящее время). Кожно-венерологический диспансер № 4 расположен в самом большом районе Санкт-Петербурга – Приморском. Численность населения Приморского района (ранее Ждановского) возросла более чем в три раза: с 221277 человек в 1939 году до 700 000 человек в 2022 году. Мощность диспансера (300 посещений в смену) обеспечивает возможность оказания первичной специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» жителям Приморского района, Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Успех лечения пациентов обеспечивают кадры диспансера. На сегодняшний день в учреждении работают четыре доктора медицинских наук, три профессора, пять кандидатов медицинских наук, два заслуженных врача РФ, два отличника здравоохранения, 86% врачей имеют высшую квалификационную категорию, 11% – первую, 2% – вторую, 1% – молодые специалисты.

Используя научный потенциал города Ленинграда – Санкт-Петербурга, на базе учреждения с 1989 года были организованы и постоянно работают консультативные приемы ведущих специалистов медицинских клиник, институтов, кафедр Ленинграда, Санкт-Петербурга:

– 1989–2000 гг. – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой дерматовенерологии Ленинградского



Историческое здание, где в 1940 г. располагался КВД №22



И.Н. Теличко, А.В. Самцов, К.И. Разнатовский, И.А. Горланов, В.Р. Хайрутдинов



Коллектив КВД №4

Санитарно-гигиенического медицинского института **Старченко Михаил Ефимович** (главный дерматовенеролог Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга);

– 2001–2012 гг. – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова **Пирятинская Вера Андреевна**, доцент кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова **Лалаева Ариадна Михайловна**;

– с 2013 г. по настоящее время – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой дерматовенерологии ВМА им. С.М. Кирова, главный дерматовенеролог Министерства обороны РФ, заслуженный врач РФ, председатель общества дерматовенерологов г. Санкт-Петербурга **Самцов Алексей Викторович**, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ **Теличко И.Н.** (главный врач СПб ГБУЗ КВД № 4), профессор, д.м.н., заведующий кафе-

дрой дерматовенерологии СПб ГПМУ **Горланов Игорь Александрович**.

В настоящее время СПб ГБУЗ КВД № 4 полностью соответствует требованиям Министерства здравоохранения Российской Федерации по структуре, штатам, оснащению. Медицинская помощь оказывается амбулаторно, на дому и в условиях дневного стационара. Учреждение полностью перешло на электронный документооборот.

На базе учреждения работают физиотерапевтическое отделение, клинко-диагностическая лаборатория, дневной стационар, отделение лазерной терапии и криодеструкции, медицинской косметологии. Диспансер оснащен самыми современными аппаратами для лечения заболеваний ногтей, лазерной терапии, компьютерной диагностики заболеваний волос. Все врачи учреждения владеют методом дерматоскопии. В учреждении осуществляется отбор пациентов с тяжелыми формами псориаза, атопического дерматита, других дерматозов для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи, в том числе генно-инженерными препаратами.

С 2020 года работает кабинет видеодерматоскопии для ранней диагностики злокачественных новообразований кожи. Разработан алгоритм взаимодействия с онкологической службой района.

За добросовестный труд, профессионализм, высокий уровень организации работы по оказанию квалифицированной медицинской помощи «Кожно-венерологический диспансер № 4» был признан победителем городского смотра в номинации «Лучший кожно-венерологический диспансер Санкт-Петербурга» (2000, 2006, 2008, 2010 годы).

Более 30 лет в стенах учреждения работают врач-дерматовенеролог, заведующий отделением **Цыганов П.В.**, врач-дерматовенеролог, заведующий отделением **Войничко М.В.**, врач-дерматовенеролог **Пустовойтова Э.В.**, медицинская сестра **Еремина В.В.**, медицинская сестра – медицинский статистик **Ермолаева В.В.**

Более 20 лет в учреждении работают врач-дерматовенерологи **Бузырева Л.В.**, **Гапонова М.Н.**, **Золотарева О.А.**, **Чистякова О.А.**, **Шацкая И.Е.**, медицинская сестра **Соловьева В.А.**, медицинская сестра **Епифанцева М.С.**, медицинский лаборант-техник **Хайруллина Н.Н.**, главный бухгалтер **Закута А.А.**, специалист отдела кадров **Кошкина Л.В.**

Опыт, высокий профессионализм и преданность своему делу сотрудников учреждения, всегда остаются в работе на благо жителей нашего города.

д.м.н., проф. И.Н. Теличко

ЮБИЛЕИ

100 лет БУЗ ВО «ВОККВД»

В ДЕРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ БОРЬБА С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ПРОВОДИЛАСЬ. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В СТРАНЕ В ПРЕДВОЕННЫЕ ГОДЫ (1912–1913) СОСТАВЛЯЛА 75,7 БОЛЬНЫХ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ. ОСОБЕННО ШИРОКО БЫЛ РАСПРОСТРАНЕН СИФИЛИС В ВОРОНЕЖСКОЙ ГУБЕРНИИ. В 1912 ГОДУ БЫЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО 65227 БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ЧТО СОСТАВЛЯЛО 216,7 НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ.

После революции перед Советской страной в первые годы ее существования встали задачи по оздоровлению населения от социальных болезней. Особое значение было придано борьбе с туберкулезом и сифилисом. Совет народных комиссаров принял решение о создании в стране противотуберкулезных и противовенерических диспансеров. Еще с 1918 года при губернской Советской больнице (ныне 2-я клиническая больница им. К.В. Федяевского) было развернуто кожно-венерологическое отделение на 25 коек, ставшее клинической базой вновь созданной кафедры кожных и венерических болезней. С конца 1920 по 1925 год обязанности заведующего кафедрой исполнял старший преподаватель А.В. Россов, который одновременно заведовал секцией по борьбе с венерическими болезнями Воронежского губздравотдела. В декабре 1920 года кожно-венерологическое отделение получило статус самостоятельной больницы, а число коек увеличилось до 75, а с 1921 года до 100, из которых 25 были отданы больным детям; были организованы изолированные отделения для больных сифилисом, гонореей и заразными кожными заболеваниями. При больнице имела амбулатория, где велся прием больных и читались лекции студентам. 1 марта 1923 года амбулатория была реорганизована в Воронежский областной кожно-венерологический диспансер.



Здание БУЗ ВО «ВОККВД»

В 1931 году на базе областного диспансера был открыт научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Руководимый Г.А. Берлиным, институт просуществовал до 1934 года. Повышение материального и культурного уровня в стране привело к снижению заболеваемости венерическими болезнями. Уже к 1940 году заболеваемость сифилисом составила 7,3 человека на 100 тыс. населения.

К предвоенному 1940 году в Воронеже имелись областной кожно-венерологический диспансер, районный диспансер в Сталинском районе (сегодня Левобережный), кожно-венерологическая клиническая больница на 105 коек и 15 коек при 1-й Плехановской больнице для лечения больных гонореей женщин. В районах области было уже 39 венерологических учреждений, рассчитанных на 360 коек, и семь серологических лабораторий, работали 83



Клинико-диагностическая лаборатория

сотрудников областного кожно-венерологического диспансера. В годы войны многие сотрудники были призваны в ряды Советской Армии: И.А. Белкин, Г.А. Берлин, Д.А. Трутнев, Е.Ф. Ашурков и другие. Д.А. Трутнев и Г.А. Берлин на протяжении всего военного периода выполняли обязанности начальников эвакогоспиталей.

В послевоенный год в области было развернуто 115 коек, работало 20 дерматологов. Большинство больниц города Воронежа были разрушены, условия работы оставались крайне тяжелыми: не хватало помещений, оборудования, инвентаря, медперсонала. В условиях послевоенной разрухи и роста сифилитической инфекции областной кожно-венерологический диспансер сумел организовать дерматовенерологов города Воронежа и области на борьбу с венерическими болезнями.

Областным диспансером до 1949 года руководил Лебедев В.А., с 1949 года его возглавляли Ланецкий Н.П., Сысоев И.И., Кудрявцева Р.Д., Мальцев Б.А., Черников Н.М. Кафедру кожных и венерических болезней возглавлял проф. А.К. Якубсон, с 1953 года доцент, а затем профессор Д.А. Трутнев. В центре внимания в это время были вопросы эпидемиологии венерических и заразных кожных болезней.

Четкая организация лечебно-профилактических мероприятий, проводимых областным кожно-венерологическим диспансером в борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями, привели в конце 50-х и начале 60-х годов прошлого столетия к резкому снижению числа заболеваний чесоткой, грибковыми болезнями кожи, туберкулезом кожи, сифилисом и гонореей. К 1956 году заболеваемость сифилисом по сравнению с 1940 годом снизилась в 10 раз (14,3 на 100 тыс. населения), а к 1960 году еще в два раза. 1965 год был годом наименьшей заболеваемости



ДВО №1. Стационар



венерическими болезнями населения Воронежской области.

До 1977 года стационар ОККВД располагался в деревянном здании на ул. Елецкая, 2, а поликлиника на ул. Ф. Энгельса, 79, в непригодном одноэтажном здании. В конце этого же года областной кожно-венерологический диспансер переехал в новое трехэтажное здание по ул. Конструкторов, 33.

Главным врачом диспансера с 5 декабря 1977 г. по 12 апреля 1993 г. был Борис Александрович Мальцев. Под его руководством вырос коечный фонд (до 240 коек). На 80% были укомплектованы штаты врачей-дерматовенерологов в кожных кабинетах центральных районных больниц области и четырех межрайонных диспансерах. Главными вопросами в эти годы было дальнейшее снижение заболеваемости ЗКЗ и венерическими болезнями, укрепление и расширение лабораторной базы.

С 26 апреля 1993 г. по 17 февраля 1997 г. дерматовенерологической службой руководил Николай Макарович Черников, награжденный знаком «Отличник здравоохранения».

С 1997 по 2015 гг. диспансером руководил кандидат медицинских наук, главный внештатный дерматовенеролог Воронежской области А.Л. Поздняков. Он уделял большое внимание профессиональной подготовке молодых специалистов. Под его руководством возросли требования к дерматологической службе, качество оказываемой лечебно-диагностической помощи населению Воронежской области.

С 01.06.2015 по 26.10.2015 обязанности руководителя диспансера исполнял заместитель главного врача по медицинской части С.Е. Пышков – врач-дерматовенеролог высшей категории, имеющий награду «Отличник здравоохранения».

С 27 октября 2015 г. руководителем Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежский областной клинический кожно-венерологический диспансер» назначен кандидат медицинских наук Земсков Михаил Андреевич, с 2018 года – главный внештатный дерматовенеролог Воронежской области.

Под его руководством началось активное обновление материально-технической базы диспансера: отремонтирована входная группа (в рамках программы «Доступная среда»), крыша, приемное отделение, дерматовенерологические отделения №1 и №2, лаборатория. Также был отремонтирован физиотерапевтический кабинет, приобретена ПУВА-установка. С 2020 года ведется закупка генно-инженерных биологических препаратов, являющихся на сегодняшний день одними из наиболее перспективных в лечении тяжелых дерматозов. Активно закупается оборудование, внедряются цифровые технологии и платформенные решения для реализации проекта «единого цифрового контура здравоохранения». Ведется активная организационно-методическая работа: проводятся организационно-методические и консультативные выезды в районы области, на регулярной основе проводятся телемедицинские консультации, организуются областные и межрегиональные конференции.

На сегодняшний момент дерматовенерологическая служба представлена: БУЗ ВО «ВОККВД» (115 коек), дневным стационаром при больничном учреждении на 10 коек, поликлиникой на 125 посещений в смену с отделением стационара дневного пребывания больных на 20 коек, работа-



Михаил Андреевич Земсков

ющее в две смены (40 мест), отделением платных услуг, физиотерапевтическими кабинетами, БУЗ ВО «ВОККСМП» (40 коек), БУЗ ВО «Борисоглебская РБ» (межрайонный центр) (6 коек), БУЗ ВО ВОКДБ №1 (6 коек). Всего 168 коек стационара круглосуточного пребывания, из них 122 койки дерматологического и 46 коек венерологического профиля. 33 кожно-венерологических кабинета (КВК) в районах Воронежской области, КВК в городских и областных медицинских организациях.

К.М.Н. М.А. Земсков



Съезд дерматовенерологов 1933 г.

С 1924 по 1941 годы руководил областным диспансером Г.А. Берлин. В 1925 году в кожно-венерологическом диспансере была открыта серологическая лаборатория, а в 1930 году – общегородское серологическое отделение. Областным диспансером возглавил и провел важную работу по профилактике венерических и заразных кожных болезней. Большую работу в этот период проводили венотряды, которые вели профосмотры населения и обеспечивали больных бесплатное лечение. С 1929 по 1932 год при диспансере функционировал лечебно-трудовой профилакторий для лечения больных проститутки: 160 женщин были направлены на работу на государственную швейную фабрику.

врача-дерматовенеролога.

Совместная лечебная база способствовала тесной связи кожно-венерологического диспансера с кафедрой кожных и венерических болезней медицинского института. Наиболее плодотворным был период, когда руководил кафедрой профессор Л.Н. Машкиллейсон (1933–1938). Совместно с областным кожно-венерологическим диспансером издано два сборника научных трудов, в которых большое место было отведено вопросу организации борьбы с заразными кожными и венерическими болезнями. В 1938 году под редакцией профессора Л.Н. Машкиллейсона были изданы «Труды клиники кожных и венерических болезней ВГМИ», где были опубликованы 42 научные работы, в том числе

МЕРОПРИЯТИЯ НАДК

«Дерматовенерология и косметология: от инноваций - к практике»

В Смоленске стартовал цикл межрегиональных конференций НАДК 2023

13 ФЕВРАЛЯ В СМОЛЕНСКЕ СОСТОЯЛАСЬ РАБОТА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: ОТ ИННОВАЦИЙ – К ПРАКТИКЕ», КОТОРАЯ ПРОШЛА В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ. ОСНОВНЫМИ ОРГАНИЗАТОРАМИ МЕРОПРИЯТИЯ ВЫСТУПИЛИ СОЮЗ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ», ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЗМ», ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СМОЛЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ.

Открывая работу конференции, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, директор МНПЦДК ДЗМ, президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев** отметил, что место проведения конференции было выбрано не случайно: «Смоленск является не только городом-героем, но и наукоградом, где находится более 16 вузов. Также Смоленск является знаковым для нашей специальности, поскольку именно здесь



Н.Н. Потекаев

базируются очная школа России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности и Центр по проведению исследований биоэквивалентности медицинских препаратов, регистрационных исследований медицинских препаратов, клинических исследований медицинских изделий, пострегистрационных, наблюдательных и других».

Начальник Департамента Смоленской области по здравоохранению **Ольга Сергеевна Стунжас** также поблагодарила организаторов за выбор Смоленского медицинского университета в качестве площадки для проведения такого значимого профильного мероприятия, а также поддержала мнение министра здравоохранения РФ **М.А. Мурашко** о том, что «наука ради науки и эксперимент ради эксперимента» утрачивают свою значимость без практического преломления. «Сегодняшняя конфе-



С.В. Евстафьев, О.С. Стунжас, О.В. Жукова, Н.Н. Потекаев, Р.С. Козлов

ренция позволит специалистам поделиться опытом и обменяться мнениями в междисциплинарном формате, как того требует научный подход в дерматовенерологии», – сказала она.

В приветственном слове ректора Смоленского государственного медицинского университета, главного внештатного специалиста Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, д.м.н., профессора, заслуженного деятеля науки РФ, члена-корреспондента РАН **Романа Сергеевича Козлова** прозвучала уверенность в том, что гибридный формат конференции позволяет развивать и усиливать сотрудничество дерматовенерологов с врачами различных специальностей, в том числе с клиническими фармакологами и аллергологами-иммунологами. «Сегодня мы видим, что один из основных возбудителей заболеваний у дерматовенерологических пациентов – гонококк *Neisseria gonorrhoeae* – обладает уникальными механизмами устойчивости фактически ко всем имеющимся в арсенале врачей антимикробным препаратам третьего поколения (макролидам), – подчеркнул он. – В связи с этим мы, скорее всего, будем лечить пациентов с гонореей новыми препаратами, которые никогда не рассматривались в этом ключе. Поэтому я уверен, что подобные конференции станут основой совместных проектов и обучающих программ».

Главный врач Смоленского кожно-венерологического диспансера, главный внештатный специалист по дерматовенерологии Смоленской области **Сергей Владимирович Евстафьев** отметил, что в ходе конференции будут представлены современные методы диагностики и лечения пациентов с дерматологическими заболеваниями.

Заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и дополнительного профессионального образования Смоленского государственного медицинского университета, главный внештатный специ-

алист по косметологии Смоленской области, д.м.н., доцент **Ирина Евгеньевна Торшина** поблагодарила докладчиков за предоставление важных и интересных материалов, которые, безусловно, обогащают опытом и знаниями участников конференции.

В процессе пленарного заседания были прочитаны два доклада. Темой первого стала организация дерматовенерологической помощи в Смоленской области, о которой рассказал **С.В. Евстафьев**. Он подробно доложил о работе кожно-венерологических учреждений Смоленской области, включая Смоленский кожно-венерологический диспансер (СКВД), три стационарных кожных отделения и 30 дерматовенерологических кабинетов, где работают 50 врачей-дерматовенерологов. В Смоленской



С.В. Евстафьев

области действуют 36 дерматовенерологических круглосуточных коек и девять коек в стационарах дневного пребывания. Что касается лабораторной службы СКВД, то сегодня она полностью оснащена необходимым оборудованием и препаратами для диагностики пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями, а с 2020 года в лаборатории проводится ПЦР-диагностика новой коронавирусной инфекции. Спикер отметил снижение динамики заболеваемости населения Смоленской области сифилисом в течение периода 2018 года и ее рост на протяжении 2021–2022 годов. Та же динамика наблюдается в показателе заболеваемости гонореей, при этом в 2022 году он снизился на 43,8%, вернувшись к уровню показателя 2020 года. Показатель заболеваемости чесоткой сохраняется в среднем на стабильно низком уровне. Докладчик отметил, что заболеваемость другими ИППП в Смоленской области имеет стойкую тенденцию к снижению. Также он представил схему маршрутизации пациентов Смоленской области с подозрением на злокачественные новообразования кожи и рассказал

о перспективах развития областной дерматологической службы на 2023–2025 годы.

Во втором пленарном докладе, представленном И.Е. Торшиной, шла речь о дистанционных технологиях в преподавании дерматовенерологии. Она обратила внимание коллег на противоречия в системе непрерывного медицинского образования – относительную консервативность в области человеческой деятельности, вектор на обеспечение современных требований общества в информационном пространстве с применением дистанционных форм обучения, проблемы, обусловленные ограничением во взаимодействии между обучающимися и пациентами, финансовые и временные ограничения.

При этом докладчик отметила, что дистанционные образовательные технологии можно использовать не только на теоретических, но и на практических занятиях. «К примеру, программа Quizlet позволяет отрабатывать знания, умения и навыки в аспекте патоморфологии кожи, используя глоссарий терминов, а также применять специальные методы лабораторной диагностики, давая знаниям обучающегося автоматическую оценку, позволяя им соревноваться при прохождении тестов на время и формировать рейтинг лучших. Кроме того, программа дает возможность создавать уникальные авторские обучающие модули», – сказала она. В заключение доклада доктор И.Е. Торшина призвала коллег к расширению сетевой формы реализации образовательного процесса, о чем сказано в ст. 15 ФЗ № 273 «Об образовании в РФ» в редакции 2023 года.

Основная работа конференции прошла в формате докладов на тематических секциях, посвященных современным подходам к диагностике и терапии различных дерматозов. Здесь шла речь об организации медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями кожи, эпидемиологии витилиго и промежуточных результатах регистра, комплексной терапии экземы в соответствии с новыми клиническими рекомендациями, роли витамина Д в профилактике патологии, ассоциированной с псориазом и метаболическим синдромом. Также было подробно рассказано об инфекционных и неинфекционных болезнях ногтевого аппарата, современном подходе к лечению острых и хронических крапивниц, путях решения проблемы аллергии на β-лактамы антибиотики, опыте применения различных препаратов у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением псориаза, комплексной терапии атопического дерматита у детей и применении пробиотиков, современных концепциях топической терапии пациентов с акне, результатах исследования безопасности и эффективности фотодинамической терапии в сочетанных протоколах у пациентов с базальноклеточным раком кожи в анамнезе.

Завершая работу конференции, доктор И.Е. Торшина отметила важность и актуальность представленных докладов, посвященных проблемам дерматовенерологии. Она поблагодарила организаторов мероприятия, спикеров, а также участников, ведь именно для расширения возможностей их практической деятельности и проводятся такие конференции. Она сообщила, что конференцию виртуально посетили более 1000 человек и около 150 очных слушателей. К мероприятию присоединились участники из 76 регионов России и девяти стран зарубежья – Армении, Беларуси, Казахстана, Киргизии, Латвии, Молдовы, Туниса, Узбекистана и Украины.

Л. Боева



Участники конференции

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Роль наружной негормональной поддерживающей терапии в ведении пациентов с хроническими дерматозами

ЭТА ТЕМА СТАЛА ГЛАВНОЙ В ВЫСТУПЛЕНИЯХ ВЕДУЩИХ РОССИЙСКИХ ДЕРМАТОЛОГОВ НА ЭКСПЕРТНОМ СОВЕТЕ, КОТОРЫЙ ПРОШЕЛ В МОСКВЕ 21 ФЕВРАЛЯ ЭТОГО ГОДА. СРЕДИ ТОПИЧЕСКИХ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЧЛЕНЫ СОВЕТА УДЕЛИЛИ ОСНОВНОЕ ВНИМАНИЕ ЦИНКУ ПИРИТИОНУ АКТИВИРОВАННОМУ, ПОКАЗАННОМУ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО И СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТОВ, ПСОРИАЗА.

В СОСТАВЕ ПРЕПАРАТА ГОРМОНОВ НЕТ

– Псориаз, атопический и себорейный дерматиты, – сказала профессор **О.В. Жукова**, – имеют широкую распространенность, занимая около 15%



в структуре всей кожной патологии. Прирост заболеваемости здесь составляет примерно 10% в каждое новое десятилетие. Вот почему очень важно улучшить наши результаты в лечении этих болезней.

Терапия этих заболеваний негормональными препаратами находится на низком уровне. Так в 2022 году топические глюкокортикостероиды (ТГКС) занимали 94% рынка, а препараты цинка, и среди них цинк пиритион (ЦП), только 2%. По мнению эксперта, подобная ситуация необоснованна. Цинка пиритион не уступает по эффективности ТГКС, может применяться в ступенчатой терапии хронических дерматозов и не только не вызывает «дерматит отмены», наступающий после прекращения использования ТГКС, но успешно устраняет этот серьезный побочный эффект гормональных средств.

– На российском рынке, – рассказала докладчик, – ЦП в качестве лекарственного средства представлен кремом и аэрозолями для наружного применения, шампунем СКИН-КАП. Этот оригинальный препарат производится на контрактной площадке, имеющей сертификат GMP Евросоюза, по заказу «Хемигрупп Франс С.А.» (Франция). Действующее вещество препаратов – цинк пиритион активированный. Активированная

молекула обеспечивает стабильность препарата и проникновение его глубоко в очаг воспаления, что существенно усиливает противовоспалительный, противогрибковый и антибактериальный эффекты СКИН-КАП.

Препарат входит в российские клинические рекомендации 2020 года по атопическому и себорейному дерматиту, псориазу и разноцветному лишая. В 2016 году специальное российское исследование высокочувствительным методом подтвердило отсутствие гормонов в составе СКИН-КАП. Отсутствие гормонов в составе СКИН-КАП также было подтверждено исследованиями в различных странах мира.

МИФЫ И ЗАБЛУЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ЦИНКА ПИРИТИОНА

Как рассказал профессор **А.С. Духанин**, распространенное заблуждение относительно ЦП заключается в том, что



препарат якобы запретили для медицинского использования.

На самом деле, подчеркнул докладчик, есть запрет на использование ЦП только в косметических продуктах. Причем он распространяется лишь на страны ЕС и не относится к лекарствам, содержащим это соединение. Еще в 1991 году FDA одобрил использование ЦП в безрецептурных препаратах. С тех пор это решение остается в силе.

– Нет ни одного исследования, – рассказал А.С. Духанин, – указывающего, что ЦП обладает канцерогенным действием. Напротив, некоторые работы

подтвердили его противоопухолевое и цитотоксическое действие на раковые клетки. Доказано, что ЦП ингибирует рост в культуре клеток ряда злокачественных опухолей яичников, полости рта, костного мозга, печени, легкого. Несмотря на очевидные противоопухолевые эффекты, ЦП еще не тестировался в испытаниях с участием людей. Думается, что такие исследования состоятся и откроют новые перспективы использования препарата в онкологической практике.

САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В МИРЕ

– Себорейный дерматит (СД), – сообщила профессор **О.Б. Тамразова**, – это хроническое воспаление кожи, вызываемое дрожжеподобными грибами *Malassezia*. Рецидивирующая перхоть как признак субклинического течения СД отмечается у 50% взрослых людей. То есть речь идет, возможно, о самой распространенной болезни в мире. С 1960-х главным ингредиентом средств против перхоти остается ЦП. Он входит в состав различных топических препаратов, широко используемых в мире и в России. Подобное применение ЦП повсеместно регламентировано в клинических рекомендациях по лечению СД. Антимикотическое действие ЦП обусловлено нарушением мембранного потенциала клеток грибов и нарушением их энергетического обмена. Безопасность ЦП, позволяющая исполь-



зовать его даже у детей с 1 года жизни, подтверждена Европейской комиссией в Научном комитете по безопасности

потребителей. Доказано, что ЦП не обладает раздражающими, аллергенными свойствами, не способствует нарушению пигментации кожи.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА УБЕДИТЕЛЬНА

Доказательная база патогенетического действия препарата СКИН-КАП, – заметил профессор **Р.А. Ханферьян**, – была подтверждена уже в исследованиях *in vitro*,



где обнаружилась, например, снижение колонизации кожи бактерией *S.aureus* у больных с атопическим дерматитом (АтД) и высокая антифунгицидная активность в отношении грибов *Malassezia*.

Среди ряда клинических исследований крема СКИН-КАП докладчик остановился на российском многоцентровом плацебо-контролируемом исследовании, где участвовали 94 ребенка, страдающих АтД. В результате 4-недельного лечения препаратом индекс SCORAD уменьшился в 4 раза, а индекс терапевтической активности лекарства составил 86%. Достоверно уменьшился кожный зуд, поэтому нормализовался сон. Лечение кремом СКИН-КАП позволило в 2 раза снизить дозы ТГКС и антигистаминных препаратов. Достигнутая клиническая ремиссия сохранялась после отмены препарата на протяжении 14 и более дней.

ТРИ НИШИ ПРЕПАРАТА СКИН-КАП

– Итак, – подытожил выступления экспертов главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России профессор



Н.Н. Потекаев, – представленные доклады показали, что препарат СКИН-КАП эффективен при широком спектре дерматозов. Но важно обозначить его ниши, где наши пациенты получают наибольшую пользу от подобной терапии. Учитывая выраженное сочетание антигрибковых и антибактериальных влияний СКИН-КАП, становится понятным, почему он так успешно применяется при любых дерматозах, где преобладает себорейная локализация. А потому присутствует перхоть, будь то себорейный дерматит или себорейные формы экземы, псориаза или атопического дерматита.

Таким образом, первая ниша применения СКИН-КАП – это любой хронический дерматоз, где есть ассоциация основного воспалительного процесса с грибковой флорой.

– Вторая терапевтическая ниша препарата – это, на мой взгляд, – уточнил эксперт, – двухэтапное лечение. То есть перевод пациента, у которого лечение гормонами не привело к ремиссии, или при локализации дерматоза на лице, в области складок, гениталий и других зон с повышенной всасываемостью, на препарат цинка пиритиона активированного. Наконец, третья ниша – это устранение синдрома отмены, то есть возвращения симптомов дерматоза после остановки лечения ТГКС.

Профессор Н.Н. Потекаев поблагодарил докладчиков за их выступления и сообщил, что на их основе будет подготовлен проект заключения экспертного совета, который будет разослан членам совета для окончательного согласования документа.

А. Рылов

не может не воспалиться

Для контроля дерматозов*

1+

СКИН-КАП

КРЕМ

Негормональный лекарственный препарат для лечения дерматозов*

* указанных в инструкции по медицинскому применению препарата Скин-кап, крем 0,2%.

Краткая информация по медицинскому применению лекарственного препарата СКИН-КАП

Международное (непатентованное) название препарата: пиритион цинк. Лекарственная форма: крем для наружного применения.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Псориаз, атопический дерматит, экзема, нейродермит, сухость кожи, себорейный дерматит у взрослых и детей с 1 года.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Наружно. После интенсивного встряхивания крем наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день.

Курс лечения при псориазе 1–1,5 месяца, при атопическом дерматите 3–4 недели.

БЕЗ

ГОРМОНОВ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Рег. уд. П N012231/02

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Телогеновое выпадение волос

ТРИХОЛОГИЯ КАК ВПОЛНЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ОТВЕТВЛЕНИЕ ДЕРМАТОЛОГИИ ПОЛУЧИЛА СВОЕ РАЗВИТИЕ СРАВНИТЕЛЬНО НЕДАВНО, НО ВОСТРЕБОВАННОСТЬ В ПОЛУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ СО СТОРОНЫ ДЕРМАТОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ, А ТАКЖЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОВ, СТАНОВИТСЯ ВСЕ АКТУАЛЬНЕЙ.

В норме на волосистой части головы у человека общее количество волосяных фолликулов и соотношение между волосами в анагене и телогене поддерживается на постоянном уровне, при этом на волосы в стадии телогена приходится от 10% до 15% волос. Есть много факторов, которые влияют на продолжительность каждой фазы цикла роста волос и могут быть потенциальным пусковым фактором патологического увеличения выпадения волос в стадии телогена: уровень гормонов в крови (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, гипопифиза), микроэлементозы, нарушение питания, гипогликемия и пр.

Телогеновое выпадение волос – наиболее часто встречающаяся форма расстройства роста волос. В последние годы на международных конгрессах и в профессиональных трихологических сообществах укоренилось название нозологии *Telogen effluvium* (телоген эфлювиум), и это название имеет все большее применение.

Впервые телогеновое выпадение волос (телогеновая алопеция, телоген эфлювиум) было описано Клигманом в 1961 году. Подобная форма потери волос характеризуется одномоментно большой долей волос в стадии телогена на волосистой части головы. Волосы в телогене, как правило, значительно превышают физиологический предел в 15%, что является нормой для здорового скальпа, и ежедневно теряемое количество волос становится очевидным и тревожным для пациента. Классическая телогеновая алопеция является результатом острой потери волос после различных стрессов, в том числе вызванных заболеваниями, которые протекают с подъемом высокой температуры (недавний пример – постковидная потеря волос, хотя высокая температура здесь не являлась единственным триггером), родов, эмоциональных расстройств, хронических системных заболеваний.

Женщины более внимательны и бдительны к состоянию своих волос, поэтому данная проблема актуальнее у женщин, хотя большинство указанных триггеров могут вызвать аналогичную потерю волос и у мужчин. В то же время хроническое телогеновое выпадение волос, которое может наблюдаться по всей голове, чаще встречается у женщин среднего возраста и может иметь неизвестную природу.

Наиболее характерным клиническим проявлением телогеновой потери волос является диффузное чрезмерное выпадение волос, находящихся в телогеновой стадии развития. Выпавшие волосы обычно длинные и на проксимальном конце имеют плотную луковицу белого цвета. При осмотре волосистой части головы диффузное поредение волос может быть незаметным или равномерно диффузно выраженным по всей голове как в андрогензависимой, так и в андрогеннезависимой зонах. Обращает на себя внимание привычный широкий пробор, на который легко распадаются волосы в зоне темени; как правило, пробор заканчивается в зоне макушки (рис. 1 А, Б). Наблюдаются симметричные зоны лобно-височной рецессии (бitemпоральное истончение волос), поредение волос в переднеушной и височной зонах, что удручающе действует на пациента.



Рис. 1
А. Телогеновая алопеция.
Б. Битемпоральная рецессия при телогеновой алопеции.

В случае потери волос не дольше 6 месяцев телогеновое выпадение имеет острый характер и обычно начинается через 2–4 месяца после инициирующего фактора. Латентный период отражает продолжительность фаз катагена и последующего телогена, что является характерным для данного типа потери волос. Постепенное уменьшение и прекращение выпадения волос и отрастание новых анагеновых волос можно ожидать в период от 3 до 6 месяцев. Но если потеря волос наблюдается свыше 6 месяцев, то речь идет о хронической форме телогеновой алопеции (ТА), которая может наблюдаться в течение ряда лет. Как правило, хроническое диффузное телогеновое выпадение волос является вторичным по отношению к различным причинам, включая заболевания щитовидной железы, энтеропатический акродерматит, недостаточность питания и лекарственные препараты. Клинические подтипы и возможные причины телогеновой потери волос представлены в Таблице.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ТЕЛОГЕНОВОЙ ПОТЕРИ ВОЛОС	
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДТИП	ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ
Острая телогеновая потеря волос	Сильный эмоциональный стресс
	Алопеция новорожденного
	Хирургическое вмешательство
	Высокий подъем температуры 38°C и выше в течение 3 дней и более
	Жесткая диета (1200 ккал/сут и менее)
Хроническая диффузная телогеновая потеря волос	Лекарственные средства
	Заболевание щитовидной железы
	Возрастные изменения (старческая, или сенильная алопеция)
	Нарушение питания, в т.ч. после бариатрических операций
	Дефицит железа (мнения расходятся)
	Дефицит цинка (энтеропатический акродерматит)
	Системное заболевание
	Дистрессовые состояния
	ЗППП (ВИЧ-инфекция и сифилис)
	Прочее

Точные механизмы, способные модулировать цикл волосяного фолликула, увеличивая долю телогеновых волос, полностью не определены. Однако Хедингтон (Headington JT) в 1993 году предложил пять различных механизмов патогенеза, объясняющих телогеновую алопецию.

НЕМЕДЛЕННЫЙ ВЫХОД ИЗ АНАГЕНА (*immediate anagen release*). Это большинство типов потери волос, причиной которых является прерывание митотической активности в матричных клетках, индуцирующее выход волос в телогеновую фазу. При этом типе потери волос анагеновые фолликулы с обычно более длительным циклом преждевременно переходят в телоген; это очень распространенная форма телогена эфлювиума, обычно возникающая после периодов физиологического стресса. Выпадение волос происходит через 2–4 месяца после провоцирующего события; было установлено множество различных триггеров, которые определяют клинические виды потери волос этого типа, например, постфебрильная, посттравматическая, психогенная потеря волос, лихорадочные заболевания, системные заболевания, лекарственные препараты, стресс, потеря массы тела, УФ-излучение, дефицит железа, дым сигарет, воспалительные заболевания кожи головы. Механизм, приводящий к потере волос

при столь различных состояниях, не всегда ясен, но включает снижение кровоснабжения, повышение уровня свободных радикалов, выброс цитокинов и токсический эффект. Большинство случаев нормализуются самостоятельно. Тщательный сбор анамнеза с учетом хронологии событий обычно позволяет установить диагноз и причину.

ОТСРОЧЕННЫЙ ВЫХОД ИЗ АНАГЕНА (*delayed anagen release*). Наблюдается при чрезмерной пролонгации анагена, приводящей к одновременному синхронному выходу фолликулов в телоген. Типичные примеры подобного типа телогеновой потери волос – послеродовое выпадение волос, наблюдаемое спустя 3–4 мес. после родов, выпадение волос после прерывания приема контрацептивных препаратов или прекращения местного использования миноксидила.

КОРОТКИЙ АНАГЕН (*short anagen phase*). В этом случае патогенез связан с синхронизацией цикла роста волос из-за короткого анагена. При уменьшении продолжительности анагена укорачивается цикл роста волос, и большое количество фолликулов одновременно вступают в телоген. Установлено, что каждое сокращение продолжительности анагена на 50% соответствует удвоению фолликулов в телогеновой фазе. Подобное проявление телогеновой потери волос типично для андрогензависимой зоны скальпа при андрогенной алопеции, для синдрома короткого анагена или у пациентов, леченных определенными лекарственными средствами (в частности этретинатом).

НЕМЕДЛЕННЫЙ ВЫХОД ИЗ ТЕЛОГЕНА (*immediate telogen release*), или преждевременный тепоптоз, наблюдается у лиц с синхронизированным циклом роста волос. Продолжительность тепоптоза волосяного фолликула (выход телогенового волоса из его шахты) и вступление его в анагеновую фазу запрограммировано примерно через сто дней после окончания предыдущего анагена. Немедленный выход из телогена возникает при приеме препаратов, стимулирующих рост волос, при использовании кератолитических агентов, ретиноидов. Этим механизмом, в частности, можно объяснить фазу выпадения, наблюдаемую в начале наружного лечения миноксидилом.

ОТСРОЧЕННЫЙ ВЫХОД ИЗ ТЕЛОГЕНА (*delayed telogen release*) – это результат более длительной задержки в телогене фиксированного в фолликуле волоса с луковицей. Когда тепоптоз все же наступает, клинический признак усиленного выпадения телогеновых волос наблюдается вновь. Этот феномен отвечает за процесс линьки у млекопитающих и, возможно, также возникает у людей, страдающих от смены часовых поясов.

ДИАГНОСТИКА

Многочисленные попытки исследователей так и не позволили установить точно норму ежедневно теряемых волос. В частности, Клигман в исследовании 1961 года сообщил, что ежедневная регулярная потеря телогеновых волос при расчесывании значительно варьируется между пациентами, составляя от 11 до 113, что соответствует среднему значению в 47 волос. Д. Ван Несте (Dominique Van Neste) в исследовании 2002 года сообщил о норме ежесуточной потери волос от 40 до 180. В настоящее время большинство исследователей придерживаются цифры 100 как физиологического предела суточной потери телогеновых волос. Тем не менее следует отметить, что этот показатель не полностью подтвержден научными данными.

Во многих случаях телогеновая алопеция может быть субклинической, и ее необходимо оценивать с помощью количественных подходов. Pull-тест (ручная эпиляция волос) в некоторых случаях может быть достаточно информативным, и при его выполнении в руках у исследователя может оставаться до 15–20 волос с плотной белой луковицей в проксимальной части волоса. Именно такой резко положительный pull-тест мы наблюдали у пациентов с постковидной потерей волос (рис. 2).

Рис. 2 Положительный pull-тест у пациентки с постковидной потерей волос.



Однако подобные находки далеко не всегда очевидны, и зачастую приходится прибегать к полунинвазивным методам диагностики.

ТРИХОГРАММА проводится у пациента, который не мыл голову за 3–5 дней до обследования. Около 40–50 волос захватывают иглодержателем или пинцетом с резиновыми браншами и резко вытягивают вместе с луковицей. Волосы кладут в ряд луковицами на предметное стекло и исследуют морфологию корня под световым микроскопом. Обычно берутся образцы из участков в 2 см от передней и средней линии. Процедура обеспечивает соотношение телоген-анаген, которое имеет решающее значение для диагностики телогеновой алопеции. Значения нормы в отчетах варьируются: нормальные значения телогена могут наблюдаться в диапазоне от 4 до 20%. На телогеновую потерю волос может указывать доля телогеновых волос до 25% и выше.

ФОТОТРИХОГРАММА. Использование современных компьютерных диагностических программ и специальной оптической техники (трихоскоп, фотоаппарат) позволяет оптимизировать стандартную технологию изучения трихограммы, проводя ее в полуавтоматическом режиме. Метод фототрихограммы базируется на особенностях циклического характера роста волоса: в то время как в стадии анагена волос отрастает приблизительно на 0,1 мм за день, в фазе телогена он не растет. Для проведения фототрихограммы на волосистой части головы с помощью трафаретной модели выбривают волосы на участке площадью 1 см². Через 48–72 часа этот участок фотографируют; с целью усиления контрастности снимка отросшие концы предварительно обрабатывают темной краской для волос. Специальная компьютерная программа позволяет анализировать полученное изображение, считывая длину анагеновых (более длинных) и телогеновых (коротких) волос в автоматическом режиме и выдавать результаты подсчета волос в разных стадиях роста. В отличие от обычной трихограммы, фототрихограмма безболезненна, может проводиться многократно; ее можно записать на цифровой носитель. Помимо фототрихограммы, компьютерная программа позволяет рассчитать линейный рост волос, среднюю плотность растущих волос в разных зонах скальпа (на темени и затылке), а также средний диаметр волос в этих зонах. Европейским стандартом считается использование видеодерматоскопического оборудования FotoFinder с компьютерной диагностической программой «TrichoScan». Компьютерная диагностическая программа позволяет не только оценить состояние

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

роста волос, но и проводить мониторинг лечения, объективно оценивать эффективность терапии.

ТРИХОСКОПИЯ сухая или с иммерсией не выявляет никаких специфических изменений волосных стержней, свойственных, например, другим болезням волос, таким как андрогенная алопеция, гнездная алопеция и пр. Поэтому диагностика телогеновой алопеции с помощью этого метода больше построена на исключении.

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ является инвазивным, но наиболее надежным и информативным методом оценки расстройств, связанных с выпадением волос. При телогеновой алопеции количественную оценку соотношения телоген-анаген можно получить посредством подсчета волос в горизонтальном сечении образца пункционной биопсии, полученного с использованием 4-миллиметрового punch-биоптата на уровне между ретикулярной дермой и подкожной клетчаткой.

Гистопатологические изменения ТА включают нормальное общее количество волос, увеличение соотношения телогеновых волос, нормальный размер волос и отсутствие значительного воспаления или фиброза. Количество телогеновых волос более 20% подтверждает диагноз телогеновой алопеции.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ необходимо для установления возможной причины телогеновой потери волос. Рекомендуется проведение развернутого общеклинического анализа крови, анализ мочи, определение общего белка и альбумина, аспартаттрансаминазы и аланинтрансаминазы, азота мочевины/креатинина в крови, лактатдегидрогеназы, ферритина и цинка в сыворотке крови, тиреотропного гормона, антинуклеарных антител, половых гормонов (лютеинизирующий гормон и фолликулостимулирующий гормон у женщин в случае, если есть жалобы на нерегулярный цикл месячных), пролактина, С-реактивного белка, анализы на сифилис и ВИЧ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится в первую очередь с начальными проявлениями потери волос по женскому типу, с психогенной псевдоалопецией, скрытой формой гнездной алопеции. Анамнестические сведения, трихоскопические находки и фототрихограмма являются основными инструментами для дифференциально-диагностического поиска. Возможно, наибольшие трудности составит исключение психогенной псевдоалопеции. Как правило, данное состояние относится к дисморфическому расстройству личности, и в некоторых случаях у пациента могут присутствовать иницирующие депрессивные или тревожные расстройства, требующие соответствующего психиатрического лечения. Обычно психогенная алопеция наблюдается у женщин 35–50 лет. При этом клинико-патологические обследования не выявляют никаких проявлений активной потери волос.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Лечение телогенового выпадения волос включает устранение причин, вызвавших потерю волос и применение нутрицевтиков, содержащих витамины, серо-содержащие аминокислоты, железо. Эффективными являются краткосрочные курсы наружной терапии миноксидилом – 3–4 месяца в соответствующей дозировке: 5% раствор 2 раза в день для мужчин и 2% раствор 2 раза в день для женщин. При отсутствии признаков поредения волос можно использовать аптечные лосьоны – космецевтические препараты, которые так же хорошо зарекомендовали себя в краткосрочных курсах. Прогноз при телогеновом выпадении зависит от причины, вызвавшей потерю волос, или наличия андрогенетической алопеции. Часто острая ТП помогает обнаружить андрогенетическую алопецию у предрасположенных людей. В основном ТП протекает хронически и не приводит к очевидному истончению волос.

д.м.н. Гаджигореева А.Г.

Мycoplasma genitalium – устойчивость к противомикробным препаратам как вызов в современной дерматовенерологии

MYCOPLASMA GENITALIUM является одним из широко распространенных облигатных патогенов человека, вызывающих уретрит у мужчин, цервицит и эндометрит у женщин, а также осложняет течение беременности и родов. Как и для других бактериальных инфекций, основу терапии составляют антибактериальные препараты. Для M.GENITALIUM это в первую очередь макролиды (азитромицин и джозамицин) и фторхинолоны (моксифлоксацин). Одной из наиболее острых проблем современности, связанных с M.GENITALIUM, является рост числа случаев инфекции, вызванных устойчивыми к антибактериальным препаратам штаммами.

Устойчивость к макролидам является следствием возникновения точечных мутаций в гене 23S рибосомальной РНК, а устойчивость к фторхинолонам вызвана главным образом мутациями в участке гена *parC*, кодирующем активный центр ферментов, относящихся к топоизомеразам II типа, в так называемом районе, определяющем устойчивость к фторхинолонам, или QRDR (Quinolone Resistance-Determining Region). В результате действие антибактериальной терапии не приводит к эрадикации возбудителя, инфекционный процесс приобретает хроническое течение, возникает риск развития осложнений, снижаются качество жизни и репродуктивный потенциал пациента. За последние 15 лет проблема резистентности *M.genitalium* к АБ-препаратам приобрела глобальный характер. В странах Европы, Северной Америки и Австралии частота резистентных штаммов *M.genitalium* варьирует от 5–10% до 50% и выше (Machalek D.A., et al., 2020). В России первые три случая изолятов *M.genitalium*, резистентных макролидам (джозамицину), были зарегистрированы в 2006–2008 гг. в Москве (Guschin A. et al 2015). В работе Эйдельштейн И.А. с соавт. (2022) показано, что циркуляция мутантных штаммов *M.genitalium* зафиксирована в других городах РФ – Смоленске, Туле, Нижнем Новгороде, Саратове. Исследования, проводившиеся в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ (МНПЦДК) на протяжении 2014–2018 гг. показали драматический (более 2,6 раза) рост числа мутантных штаммов *M.genitalium*, причем не только к макролидам, но и к фторхинолонам, а так же, что самое

настораживающее, к обоим группам препаратов одновременно (Романова И.В., соавт. 2020). (См. таблицу.)

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МУТАНТНЫХ ШТАММОВ M.GENITALIUM, УСТОЙЧИВЫХ К АБ-ПРЕПАРАТАМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ МНПЦДК ДЗМ (РОМАНОВА И.В. С ОАВТ., 2020).				
Частота (в %) мутантных M.genitalium, устойчивых:	2015	2016	2017	2018
К макролидам	6.02	6.52	7.89	15.69
К фторхинолонам	7.15	9.42	12.63	13.73

В связи с этим руководящие принципы во всем мире в настоящее время при выборе тактики лечения для снижения вероятности распространения инфекции и поддержки рационального использования антибиотиков призывают к практике ведения пациентов, управляемой резистентностью, которая включает раннее выявление и постоянный мониторинг резистентных к антибактериальным препаратам изолятов *M.genitalium*. Ключевую роль в наблюдении за динамикой чувствительности микроорганизмов играют системы мониторинга антибиотикорезистентности. Большинство существующих систем используют данные глобального масштаба, однако для практического применения перво-степенное значение имеют локальные данные. В Российской Федерации для изучения маркеров резистентности к макролидным и фторхинолоновым антибиотикам и особенностей их распространения НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России (г. Смоленск) инициирован многоцентровой проект «DeMaRes» (Detection of Macrolide

Resistance – Mycoplasma genitalium) (<https://amrcloud.net/ru/project/demares/>). В данном исследовании представлены результаты

анализа распространенности генетических детерминант резистентности к макролидам (мутации в домене V гена 23S рНК) и фторхинолонам (мутации в областях, определяющих устойчивость к хинолонам (QRDR) генов *gyrA* и *parC*) *M. genitalium*. Полученные результаты размещаются на онлайн-платформе AMRcloud (разработчики: Кузьменков А.Ю. и др.) для анализа, визуализации и обмена данными с целью совершенствования взаимодействия участников проекта. Уникальная онлайн-платформа AMRcloud (<http://amrcloud.net>) предназначена для обработки пользовательских данных по резистентности к антимикробным препаратам. Структурные модули модифицируются в соответствии с запросами исследователей. Приложение обладает мощными графическими возможностями, системой анализа данных с автоматической интерпретацией результатов определения чувствительности. Геокодирование данных осуществляется двойным способом, а информационный обмен результатами настраивается пользователем. Использование AMRcloud позволяет иссле-

дователю создать собственную методологию организации первичных данных и их оценки. Резистентность к антибиотикам в ближайшее время может стать реальной угрозой человечеству. Мировая система здравоохранения уже столкнулась с ростом числа инфекций, вызванных устойчивыми микроорганизмами. Поэтому разработка способов профилактики и преодоления антибиотикорезистентности является важнейшей задачей для научного сообщества. «Именно этим мы руководствовались при организации нашей платформы. С одной стороны, мы информируем практикующих врачей и ученых о важности проблемы, рассказываем о тех проектах, к которым они могут присоединиться для решения этой глобальной задачи. С другой стороны, AMRcloud выступает интегратором для объединения различных исследовательских групп и решения практических задач, мы заинтересованы в подготовке новых продуктов для использования в здравоохранении», – отмечает Алексей Юрьевич Кузьменков. «Такие заболевания будет сложнее лечить. В связи со стремительным распространением резистентности к антимикробным препаратам у микроорганизмов антибиотики становятся менее эффективными, а риски неблагоприятных исходов лечения становятся выше с каждым годом. Постепенно это может снизить эффективность оказания медицинской помощи по целому ряду нозологий. Так, все более острой становится проблема безопасности пациентов в стационарах, прежде всего в реанимации и хирургии», – добавил Роман Козлов (ректор Смоленского Государственного медицинского университета МЗ РФ).

к.биол.н. А.Е. Гуцин

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Санаторно-курортное лечение в дерматологии: актуальность законодательства

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИЦИНСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОЛНОЕ ИЛИ ЧАСТИЧНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ И (ИЛИ) КОМПЕНСАЦИЮ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ ПОРАЖЕННОГО ОРГАНА ЛИБО СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА, ПОДДЕРЖАНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ПРОЦЕССЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОСТРО РАЗВИВШЕГОСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ИЛИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ОРГАНИЗМЕ, А ТАКЖЕ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ И КОРРЕКЦИЮ ВОЗМОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПОВРЕЖДЕННЫХ ОРГАНОВ ЛИБО СИСТЕМ ОРГАНИЗМА, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И СНИЖЕНИЕ СТЕПЕНИ ВОЗМОЖНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СОХРАНЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА И ЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ИНТЕГРАЦИЮ В ОБЩЕСТВО.

Санаторно-курортное лечение является частью медицинской реабилитации, включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах. Лечение направлено на активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления и восстановления и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Санаторно-курортное лечение – один из важных этапов ведения дерматологических больных, особенно страдающих распространенными дерматозами, протекающими с частыми длительными обострениями и кратковременными ремиссиями.

История лечения болезней кожи природными факторами уходит в глубину веков. В Древнем Египте для лечения кожных болезней (в основном витилиго) применялся отвар плодов лекарственных растений (*Ammi majus*, *Psoralea corylifolia*), которые вызывают повышенную чувствительность к солнечному свету. Опыт трехтысячелетней давности стал основой концепции современного метода лечения болезней кожи – ПУВА-терапии. Первое историческое свидетельство о благотворном действии на кожу сульфидных вод и сульфидных грязей относится к VIII в. до н.э., когда был основан первый курорт в Англии – Бат. В XVI в. великий хирург Амбруаз Парэ писал: «Серные воды действительно согревают, подсушивают, ... облегчают зуд и заживляют язвы». Высокая эффективность сернистых вод при болезнях кожи послужила основанием для строительства одного из первых российских курортов — в 1833 году на карте Российской Империи появились Сергиевские воды. Грязи с давних времен использовали не только при лечении болезней кожи, но и как косметическое средство. Донную грязь озера Тамбукан использовали женщины Кавказского Пятигорья, чтобы сохранить белизну и нежность кожи. Воды и грязи Мертвого

моря караваны верблюдов везли через Иудейскую пустыню к дворцу Клеопатры. В 1838 году доктор Жюль Вульфранк-Жерди написал знаменитую работу «Болезни кожи, вылечиваемые термальной водой Урьяж» – первый труд, в котором научно обоснованы терапевтические свойства хлоридной натриевой воды, богатой кремнием, и ее благотворное влияние на кожу. В Азербайджане болезни кожи лечили нафталаном. В 1890 году немецкий инженер Э.И. Егер,



позаимствовав у местного населения народный опыт лечения, построил небольшую фабрику для изготовления мази из нафталана.

Опыт тысячелетий и современные методы курортной терапии, основанные на научных исследованиях, составляют основу комплексного курортного лечения при болезнях кожи. Помимо местного воздействия на кожу, курортное лечение благоприятно влияет и на весь организм, обеспечивая более стойкий терапевтический эффект. Курортное лечение может быть использовано как этап реабилитации пациента после успешного стационарного лечения, на этапе долечивания, а также для профилактики рецидивов.

При выборе курорта следует учитывать особенности воздействия природных факторов с учетом сопутствующих и конкурирующих заболеваний, климатическую зону курорта, сезон. Ведущими факторами в курортном лечении болезней кожи являются климатотерапия (аэро-, гелиотерапия); бальнеотерапевтические факторы: сероводородные, радоновые, йодобромистые, азотно-крем-

нистые, хлоридные натриевые воды, а также пелоидотерапия и талассотерапия. При отборе пациентов дерматологического профиля для санаторно-курортного лечения необходимо учитывать особенности клинического течения дерматоза. Кожный процесс должен быть в стационарно-регрессирующей стадии или в состоянии клинической ремиссии. Больных дерматозами, при которых обострения возникают в летний период,

на санаторно-курортное лечение отправляют в осенне-зимние месяцы, а при дерматозах, обостряющихся зимой, – в летний период.

Приказ Минздрава России от 28.09.2020 № 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» (далее – Приказ Минздрава России от 28.09.2020 № 1029н) определил перечень медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения пациентов всех профилей:

– медпоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых (приложение N 1);

– медпоказаний для санаторно-курортного лечения детей (приложение N 2);

– медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения (приложение N 3).

Порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение утвержден приказом Минздрава России от 22.11.2004 N 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

В нем установлено, что такой отбор и направление осуществляют врачебная комиссия, лечащий врач и заведующий отделением. Они определяют медицинские показания для санаторно-курортного лечения на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований. Следовательно, место проведения санаторно-курортного лечения определяется лечащим врачом либо врачебной комиссией. Приказ Минздрава России от 28.09.2020 № 1029н снимает требование о прохождении санаторно-курортного лечения в климатической зоне проживания пациента. Право на получение государственной социальной помощи в виде направления на санаторно-курортное лечение имеют инвалиды, в том числе дети-инвалиды, при наличии у них показаний для санаторно-курортного лечения и отсутствии противопоказаний для его осуществления. Так, в соответствии со ст. 9 ФЗ от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», санаторно-курортное лечение – одно из основных направлений реабилитации инвалидов. В соответствии с частью 3 ст. 6.2 ФЗ № 178-ФЗ, длительность санаторно-курортного лечения в рамках предоставляемого гражданам набора социальных услуг в санаторно-курортной организации составляет 18 дней, для детей-инвалидов – 21 день, а для инвалидов с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга – от 24 до 42 дней. С 2020 года пройти санаторно-курортное лечение могут все пациенты с ДЦП без грубых интеллектуальных и двигательных расстройств (п. 21 раздела V приложения N 1). В том числе и те, которым требуется постоянный индивидуальный уход.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.10.2022 N 664н «О внесении изменения в приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2020 г. № 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» внесено дополнение о медицинских показаниях для санаторно-курортного лечения детского населения с болезнями уха и сосцевидного отростка (Нейросенсорная потеря слуха).

К.М.Н. Поршина О.В.,
Пурнова Н.А.

Поздравляем юбиляра!

19 ФЕВРАЛЯ 70-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ОТМЕТИЛА ВЕТАРАН УЧРЕЖДЕНИЯ, ВРАЧ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ БУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ РОМАНОВА ГАЛИНА АФАНАСЬЕВНА.



Галина Афанасьевна окончила ЧГУ им. И.Н. Ульянова по специальности «Лечебное дело». С 1977 по 1978 год проходила подготовку в интернатуре на базе Республиканского КВД по специальности «Дерматовенерология».

В системе здравоохранения Чувашской Республики Галина Афанасьевна работает более 45 лет, свою трудовую деятельность начала в Новочебоксарском КВД, где проработала практически 20 лет, из них в должности заведующей диспансерным отделением – 13 лет.

С 1997 г. по настоящий день работает в Республиканском КВД. Более 18 лет она была заведующей стационарным отделением для взрослых, где ежегодно проходят лечение около 1000 пациентов с тяжелыми и средне-

тяжелыми формами хронических и острых дерматозов, заразными кожными заболеваниями, инфекциями, передаваемыми половым путем. За время работы заведующей отделением Галина Афанасьевна много внимания уделяла внедрению новых методов лечения больных с хроническими дерматозами, подготовке молодых специалистов и занималась преподавательской деятельностью в Чебоксарском медицинском колледже.

Романова Г.А. является членом врачебной комиссии диспансера, консультирует больных, направляемых из других медицинских организаций республики.

Галина Афанасьевна всегда интересуется новыми достижениями в области дерматовенерологии, принимает активное участие в проведении школ здоровья больных

псориазом и аллергодерматозами, активно участвует в работе научно-практических конференций, изучает специальную литературу и всегда делится своими знаниями с коллегами, подготовила не одно поколение врачей и медицинских сестер по специальности «Дерматовенерология», является наставником для молодых специалистов.

За заслуги в развитии здравоохранения награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации (2009 г.). За хороший и добросовестный труд неоднократно награждена Почетными грамотами и благодарностями по учреждению (1981, 1984, 1986, 1994, 1995, 1997, 1998, 1999, 2005, 2017, 2020 гг.), занесена на Доску Почета (2021).

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

ГБУЗ ТОКВКД удостоин права на использование товарного знака «100 ЛУЧШИХ ТОВАРОВ РОССИИ»!

26 ЯНВАРЯ 2023 ГОДА В ПРАВИТЕЛЬСТВЕ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ СОСТОЯЛАСЬ ТОРЖЕСТВЕННАЯ ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ ПОБЕДИТЕЛЕЙ 25-ГО ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА ПРОГРАММЫ «100 ЛУЧШИХ ТОВАРОВ РОССИИ».



Победители и лауреаты получили право в течение двух лет использовать на своей продукции «золотой» логотип «100 лучших товаров России», а дипломанты могут размещать на своих товарах «серебряный» логотип.

ГБУЗ ТОКВКД одержал победу на региональном этапе и стал дипломантом Всероссийского этапа, получив право на использование товарного знака «100 лучших товаров России» в отношении услуги – реакция иммунофлюоресценции (РИФ) для серо- и ликвородиагностики сифилиса.

Почетным знаком «Отличник качества» награждена заведующая клинко-диагностической лабораторией диспансера Воробьева Мария Сергеевна.

В этом году всероссийский конкурс «100 лучших товаров России» отметил свое 25-летие. На протяжении четверти века он остается одним из самых престижных в России в области качества. Проводимые мероприятия по стимулированию предприятий к освоению и применению современных эффективных способов управления качеством дают положительные результаты. Итоги конкурса свидетельствуют о продуктивности в решении задач импортозамещения и инновационных преобразований на предприятиях.

ГБУЗ РКВД награжден Почетной Грамотой Минздрава РБ за лучшую наглядную агитацию по медицинской профилактике



Республиканский кожно-венерологический диспансер награжден Почетной Грамотой Министерства здравоохранения Республики Башкортостан за II место в Республиканском конкурсе на лучшую наглядную агитацию по медицинской профилактике в номинации: «Лучшая статья на башкирском языке». Статья «Телгә карап, нимә белеп була?» («Что можно узнать по языку?») была опубликована 18 марта 2022 г. в Республиканской молодежной газете «Йәшлек» («Молодость») в приложении «Сәләмәтлек» («Здоровье»), в которой говорится о диагностике и профилактике заболеваний по состоянию языка. Поздравляем авторов: врача-невролога ГБУЗ РКВД Хайдарова М.М. и врача-невролога ГБУЗ ДП № 6 Хайдарову Н.Т.

В Хабаровском крае прошла масштабная акция по профилактике рака кожи, приуроченная к Всемирному дню борьбы с раком

АКЦИЯ СОСТОЯЛАСЬ НА ШЕСТИ ПЛОЩАДКАХ В ТОРГОВЫХ ЦЕНТРАХ И МЕСТАХ МАССОВОГО ПРЕБЫВАНИЯ ЛЮДЕЙ В ГОРОДАХ ХАБАРОВСК, КОМСОМОЛЬСК-НА-АМУРЕ, АМУРСК, СОВЕТСКАЯ ГАВАНЬ, НИКОЛАЕВСК-НА-АМУРЕ.

Мероприятие прошло при поддержке министерства здравоохранения края, Краевого кожно-венерологического диспансера, АНО «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики», органов местного самоуправления, организации «Волонтеры – медики».

Кроме того, врачами-дерматовенерологами проведены тематические встречи в Центрах работы с населением. Доктора рассказали о возрастных изменениях кожи, предраковых и злокачественных заболеваниях, мерах их профилактики. Участники встреч прошли дерматоскопическое обследование, получили консультацию специалиста и протокол обследования с персональными рекомендациями. В общей сложности осмотрено 1012 человек, из которых 71 направлен на дополнительное обследование или на консультацию к онкологу.



Совместный проект благотворительных фондов «Дети-бабочки» и «Круг добра»

26–27 ЯНВАРЯ 2023 ГОДА МЕДИЦИНСКАЯ КОМАНДА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ДЕТИ-БАБОЧКИ» ПРОВЕЛА ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖ В СТАВРОПОЛЕ В РАМКАХ СОВМЕСТНОГО ПРОЕКТА С ФОНДОМ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «КРУГ ДОБРА».

На базе ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» сотрудниками Фонда проведен медицинский консилиум с оказанием консультативной помощи детям с врожденным ихтиозом и буллезным эпидермолизом. Практическая часть мероприятия включала в себя консультации и осмотры 35 пациентов с тяжелыми генными дерматозами. Всего в Ставропольском крае живут 17 подопечных фонда с буллезным эпидермолизом и 149 с ихтиозом. Сотрудники Фонда отметили высокий уровень организации консультативных приемов в регионе.



В ГБУЗ «БОКВД» открылся Кабинет профилактики злокачественных новообразований кожи



Л.Л. Федотова, главный врач ГБУЗ БОКВД



В Кабинете будут оказываться высококвалифицированная лечебно-диагностическая помощь пациентам с новообразованиями кожи с применением современного неинвазивного диагностического оборудования и телемедицинских технологий, осуществляться динамическое (диспансерное) наблюдение и реализовываться мероприятия по профилактике ЗНО. Проведение обследования на цифровом видеодерматоскопе возможно при наличии показаний после консультативного приема специалистов ГБУЗ «БОКВД», прошедших обучающий курс по программе «Современные методы дерматоскопии с использованием цифровой визуализации». Известно, что метод цифровой дерматоскопии в настоящее время является самым чувствительным и специфичным методом неинвазивной диагностики ЗНК, позволяющий дифференцировать признаки злокачественности от другой патологии кожи. Кроме того, этот аппарат осуществляет цифровую фотофиксацию новообразований с передачей данных в архивы для динамического наблюдения пациента и его новообразований на коже.

КРОССВОРД

По горизонтали:

5. Вирусная инфекция с характерными пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках. **6.** Бытовое дезинфицирующее средство (разг.). **8.** Канал, соединяющий очаг заболевания с поверхностью тела. **10.** Патология, сопровождающаяся ограниченным или полным отсутствием ресниц и бровей. **11.** Острое инфекционное заболевание, высококонтагиозная бактериальная инфекция с множественными путями передачи и эпидемическим распространением. **13.** «Источник знаний». **17.** В слизистой оболочке этого органа может развиваться эндометрит. **19.** Вид кисты, образующийся при закупорке устья волосяного фолликула роговыми массами при гиперкератозе. **20.** Основатель московской школы дерматовенерологов. **21.** Диапазон отклонений. **23.** Инфекционное заболевание, триппер. **24.** Хирургическое вмешательство, не дающее человеку выбиться в люди. **25.** Они «решают все». **28.** Обиходное название мышц (разг.). **30.** Доброкачественная внутриполостная опухоль сердца. **31.** Вид соединительной ткани. **32.** Элемент кожной сыпи. **33.** Жировик.

По вертикали:

1. Гнойная «высочка». **2.** Слой кожи под эпидермисом. **3.** Продукт секреции клеток. **4.** Кем был по образованию писатель Михаил Булгаков? **7.** Старинный хирургический инструмент с обоюдоострым лезвием для вскрытия гнойников. **9.** Боязнь заразиться венерической болезнью. **12.** Грибковое заболевание кожи, волос и ногтей пластин. **14.** Графство на юге Англии, в котором родился Уильям Гилберт – английский писатель и хирург Королевского флота. **15.** Узкий специалист, который подскажет, как правильно выбрать обувь и ухаживать за стопами. **16.** Хроническое заболевание кожи, которому нередко приписывали наличие демодекоза. **18.** Патологическое образование, имеющее ряд синонимичных названий: эпидермоидная или эпидермальная киста, эпидермоид, стеатоцитома. **22.** Придатки кожи. **26.** Аномалия развития: отсутствие конечностей. **27.** Чехлы, надеваемые поверх обуви. **29.** В СССР от этой болезни перестали вакцинировать с 1980 года. **31.** Между ванадием и марганцем.

Ответы на кроссворд будут опубликованы в следующем номере газеты «МД».
Направьте зашифрованное слово на почту: pressderma@yandex.ru
Первый отгадавший получит в подарок одну из книг из нашей научной библиотеки.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас вступить в Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов

СТАТЬ ЧЛЕНАМИ НАДК МОГУТ КАК СЕРТИФИЦИРОВАННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПО ПРОФИЛЯМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ИЛИ/И «КОСМЕТОЛОГИЯ», ТАК И ЛИЦА, ПРОХОДЯЩИЕ ОРДИНАТУРУ ИЛИ ВЕДУЩИЕ СВОЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ. ДЛЯ ВСЕХ ВЫШЕУКАЗАННЫХ КАТЕГОРИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ЧЛЕНСТВО В АЛЬЯНСЕ — БЕСПЛАТНОЕ.

Став полноправным членом Альянса, Вы получите:

- бесплатную электронную подписку на журнал «Клиническая дерматология и венерология» (входит в перечень ВАК РФ, РИНЦ, Web of Science, Scopus, Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar);
- приоритет в публикации статей в журнале «Клиническая дерматология и венерология»;
- участие в образовательных программах Альянса на льготных условиях;
- бесплатную публикацию тезисов в материалах Форумов Альянса;
- специальную скидку на участие в платных мероприятиях Альянса;
- доступ к специальной программе Альянса «Второе мнение», позволяющей получить удаленную консультацию по сложным диагностическим вопросам у ведущих специалистов Альянса по соответствующим специальностям, в том числе с применением возможностей телемедицины;
- возможность консультирования с юристами Альянса по правовым вопросам, возникающим в профессиональной деятельности;
- в рамках двухстороннего соглашения между Альянсом и Ближневосточной международной ассоциацией дерматологии и эстетической медицины (MEIDAM, ОАЭ) всем членам НАДК автоматически предоставляется безусловное членство в MEIDAM.

Для того, чтобы стать полноправным членом Альянса, достаточно осуществить следующие шаги:

Шаг 1.
Подать заявление о вступлении в Альянс путем заполнения регистрационной информации в соответствующем разделе сайта (кнопка «Вступить в Альянс» в главном меню)

Шаг 2.
Загрузить через удобную онлайн-форму сканированные копии или фотографии документов, подтверждающих вашу квалификацию:
– диплома об образовании по соответствующим отраслям;
– действующего сертификата специалиста по данным направлениям деятельности или другой документ, подтверждающий вашу деятельность в области дерматовенерологии или косметологии (для обучающихся – удостоверение ординатора).

Шаг 3.
Получить одобрение Вашей кандидатуры на очередном собрании Президентского совета Альянса и Свидетельство о членстве в Альянсе (будет доступно для скачивания в личном кабинете на сайте).
Ждем Вас в рядах членов Национального альянса дерматовенерологов и косметологов!

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ

№1 (41)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.
Учредитель: Союз «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 – Федоровская И.В. Тел.: +7 903 215-98-55

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 28.02.2023
Время подписания в печать: по графику 10:00 фактическое 10:00.

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



ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Тремфея: **ЖИЗНЬ** в каждой минуте



Тремфея — представитель нового класса иИЛ-23 — **обеспечивает превосходящий эффект** по влиянию на долю пациентов, достигших PASI 90 через год применения в сравнении с адалимумабом **(+28%)** и секукинумабом **(+14%)**^{1-2,*}

Тремфея обеспечивает **устойчивый эффект**: более **80%** пациентов удерживают ответ по PASI 90 через 5 лет терапии³

Благоприятный профиль безопасности в течение 5 лет: отсутствие признаков тяжелых инфекций, активации латентной туберкулезной инфекции, ВЗК³

* По достижении PASI 90 через год терапии

1. Blauvelt A, et al. J Am Acad Dermatol 2017; 76: 405–417

2. Reich K. et al. The Lancet. volume 394, issue 10201, p831-839, Sep 07, 2019

3. Griffiths et al. Poster Presentation Coastal Dermatology Symposium 2020, October 15-16th

ВЗК - воспалительные заболевания кишечника

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ТРЕМФЕЯ, ЛП-005686

Перед применением ознакомьтесь с полной версией инструкции.

Торговое наименование препарата – Тремфея (гуселькумаб), раствор для подкожного введения. **Показания к применению.** Бляшечный псориаз. Препарат Тремфея показан для терапии бляшечного псориаза средней и тяжелой степени у взрослых пациентов, которым показана системная терапия. *Псориатический артрит.* Препарат Тремфея в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом показан для терапии активного псориатического артрита у взрослых пациентов при отсутствии адекватного ответа или при непереносимости предшествующей терапии базисными противовоспалительными препаратами.

Противопоказания. тяжелая степень гиперчувствительности к гуселькумабу или любому вспомогательному веществу препарата; клинически значимые активные инфекции (например, активный туберкулез); детский возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы.** *Бляшечный псориаз.* Рекомендуемая доза препарата Тремфея составляет 100 мг в виде подкожной инъекции. Вторая инъекция осуществляется через 4 недели после первой, с последующими введениями 1 раз каждые 8 недель. *Псориатический артрит.* Препарат Тремфея рекомендуется применять в дозе 100 мг в виде подкожной инъекции, вторая инъекция осуществляется через 4 недели после первой, с последующими введениями 1 раз каждые 8 недель. У пациентов с высоким риском повреждения суставов возможно рассмотреть применение препарата в дозе 100 мг с последующими введениями 1 раз каждые 4 недели. **Побочные действия.** Побочные действия препарата Тремфея, отмеченные в ходе клинических исследований у пациентов с псориазом и в пострегистрационном периоде: *Инфекции и инвазии:* инфекции дыхательных путей, инфекции, вызываемые вирусом простого герпеса, грибковые инфекции кожи, гастроэнтерит. *Лабораторные и инструментальные данные:* повышение активности трансаминаз, снижение числа нейтрофилов. *Нарушения со стороны иммунной системы:* гиперчувствительность, анафилактическая реакция. *Нарушения со стороны нервной системы:* головная боль. *Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:* диарея. *Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки:* сыпь, крапивница. *Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани:* артралгия. *Общие нарушения и реакции в месте введения препарата:* реакции в месте инъекции. **Особые указания.** *Инфекции.* Пациенты, получающие терапию препаратом Тремфея, должны быть проинформированы о том, что при появлении каких-либо признаков хронической или острой инфекции (включая туберкулез) им следует обратиться за медицинской помощью. В случае развития у пациента клинически значимой или серьезной инфекции или при отсутствии ответа на стандартную терапию инфекции, следует проводить тщательное наблюдение за пациентом и отменять терапию препаратом Тремфея до момента разрешения инфекции.

Реакции гиперчувствительности. При возникновении реакций гиперчувствительности тяжелой степени должно быть немедленно прекращено применение препарата Тремфея и инициирована соответствующая терапия. **Вакцинация.** У пациентов, получающих терапию препаратом Тремфея, живые вакцины не должны применяться. **Производитель.** Силаг АГ Хохштрассе 201, 8200 Шаффхаузен, Швейцария. **Владелец регистрационного удостоверения/организация,** принимающая претензии потребителей: ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 2. Контактные телефоны: Тел.: (495) 755-83-57. Факс: (495) 755-83-58.