

МД МОСКОВСКИЙ
ДЕРМАТОЛОГ#8(48)
ДЕКАБРЬ
2024

WWW.NADC.RU

ИНТЕРВЬЮ

Северный Кавказ: ИППП под контролем
национальных традиций

СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (СКФО) РОССИИ — МЕСТО НЕОБЫЧНОЕ, ПОРАЖАЮЩЕЕ НЕ ТОЛЬКО СВОЕЙ МНОГОНАЦИОНАЛЬНОСТЬЮ, КРАСОТОЙ И МАСШТАБАМИ, НО И СТОЙКИМИ ТРАДИЦИЯМИ. ДО СИХ ПОР ГОРЕЦ ДАЖЕ В ТАНЦЕ НЕ ПРИКАСАЕТСЯ К ДЕВУШКЕ, А У КАЗАКОВ НА СВАДЬБЕ ОТЕЦ НЕВЕСТЫ ДАРИТ ЖЕНИХУ НАГАЙКУ В ЗНАК ТОГО, ЧТО ТЕПЕРЬ ДЕВУШКА ПЕРЕХОДИТ ПОД ВЛАСТЬ И ЗАЩИТУ МУЖА.

Эти традиции наверняка связаны со статистикой венеро-логических заболеваний, с которой нас познакомил главный врач Краевого клинического кожно-венерологического диспансера **Михаил Алексеевич Земцов**: показатели заболеваемости ИППП здесь значительно меньше, чем в любом другом регионе России. «Так в нашем регионе было всегда, — утверждает Михаил Алексеевич. — На протяжении 36 лет, пока я работаю главврачом Ставропольского краевого диспансера, местная ментальность во многом определяет состояние здоровья жителей Северного Кавказа».

— **Михаил Алексеевич, какие республики сегодня входят в состав Северо-Кавказского федерального округа и какова статистика по заболеваемости населения инфекциями, передаваемыми половым путем?**

— В состав СКФО входят семь субъектов: Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия — Алания, Чечня и Ставропольский край. Центром округа является город Пятигорск.

Окончание на стр. 2



ДОСЬЕ

МИХАИЛ АЛЕКСЕЕВИЧ ЗЕМЦОВ

- Главный врач ГБУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» Ставропольского края, кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, президент общественной организации «Врачи Ставропольского края».
- Заслуженный врач РФ, главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Ставропольского края, герой труда Ставрополья.
- Главный дерматовенеролог и косметолог СК и СКФО. Руководит диспансером с 1988 года.
- В соответствии с профессиональными стандартами ГБУЗ СК КККВД присвоена первая квалификационная категория.

3

MEIDAM 2024: российский
вклад в глобальную
дерматологию

8

Лихеноидный параспориоз
у детей

10

Мозаика вопросов
буллезного эпидермолизаКАЛЕНДАРЬ
мероприятий
2025
www.nadc.ruНАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВС подробной
информацией
и датами проведения
мероприятий
можно ознакомиться
на сайте НАДКВладимир
Москва
Санкт-Петербург
Волгоград
Уфа
Омск
Хабаровск
Минск
Калуга
Москва
Екатеринбург
Ставрополь

ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1



Ставропольский государственный медицинский университет

Что касается статистики заболеваемости (приведу ее по 2023 году), то наши показатели, в сравнении с республиками СКФО, таковы: по гонококковой инфекции они составляют 5,5 на 100 тыс. населения (по другим регионам — 7,8), по всем формам сифилиса — 9,4 (17,6), по трихомониазу — 16,1 (21,2), по хламидийной инфекции — 11,4 (17,1), по аногенитальной герпетической вирусной инфекции — 4,6 (7,7), по аногенитальным (венерическим) бородавкам — 4,1 (15,4). Всего по заболеваемости ИППП — 51,2 (86,8).

Во всех наших республиках — хорошая материальная база: в центрах каждой из них расположены республиканские кожно-венерологические диспансеры, полностью укомплектованные необходимым количеством коек. Однако укомплектованность врачами неоднородная, при этом самым обеспеченным профессионалами регионом является Северная Осетия — Алания (1,06 на 10 тыс. населения), а самая большая нехватка врачей — в Ставропольском крае (0,4). Эти данные можно сравнить с общим показателем по России, который составляет 0,5 на 10 тыс. населения.

— С чем связан этот дефицит?

— С оттоком врачей-дерматовенерологов в частные структуры, в первую очередь — в сферу косметологии: сегодня на одного работающего в государственном секторе врача приходится четыре специалиста частного сектора. Но такая тенденция наблюдается не только в СКФО, а в целом по России.

Изначально будущие дерматовенерологи приходят обучаться на нашу кафедру дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (организованную в 1940 году). Клинической базой кафедры является ГБУЗ СК КККВД, который имеет все специализированные отделения, оснащенные современным оборудованием для осуществления педагогического и лечебного процесса. Руководит кафедрой молодой и перспективный доктор наук А. В. Одинец, продолжающий традиции Ставропольской школы.

В условиях отсутствия интернатуры по дерматовенерологии клиническая ординатура сегодня является единственным вариантом обретения опыта по нашей специальности. Но современная тенденция такова, что многие из клинических ординаторов не желают впоследствии работать врачами в государственных учреждениях. Большинство ординаторов обучаются за свой счет и по окончании образовательного процесса уходят в частные медицинские структуры, а наиболее продвинутые из них три-четыре года обретают так необходимые в период становления практические навыки в госучреждениях и ... тихо уходят туда же. В более компромиссном варианте врач госструктуры совмещает свою работу с частной практикой.

В условиях отсутствия привлекательных зарплат и дополнительных бонусов (таких как базы отдыха для сотрудников, ведомственные

санатории, лагеря для детей, служебные квартиры и общежития) привлечь специалиста на работу в госструктуру чрезвычайно сложно, и это при уровне заработной платы в полном соответствии с майскими Указами Президента. Проще сделать это в сельской местности, где, помимо более высокой зарплаты, у врача есть социальные выплаты и возможность после пятилетней отработки по специальности получить в собственность жилье.

И лишь немногие молодые специалисты понимают, что, работая в диспансере, они растут вместе с наукой, ежедневно совершенствуя свою практику, участвуя в консультациях и обходах вместе с корифеями кафедры, всегда находясь в центре современных событий дерматовенерологии.

— Видите ли Вы другие возможности для привлечения молодых специалистов в государственные структуры?

— Сегодня мы с коллегами из Москвы обсуждаем возможности расширения квот на специалитет (ординатуру) для студентов-медиков, поскольку единственным способом «привязать» молодого специалиста к диспансеру является целевое обучение, которое когда-то практиковалось в СССР и называлось «распределением». В рамках такой системы из специалиста, окончившего вуз и прошедшего аккредитацию в качестве участкового врача, в течение двух лет по выделенной ему квоте мы будем готовить врача-дерматовенеролога. После чего этот специалист будет обязан отработать в нашей государственной системе от 3 до 5 лет. Пока таких квот Минздрава на бесплатное обучение в ординатуре нам катастрофически не хватает. Но сегодня этот вопрос изучает главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ профессор Николай Николаевич Потеев, поэтому надеюсь, что сегодня мы находимся на пути создания если не резерва, то должного удовлетворения потребности региона в специалистах.

— Есть ли в регионе проблемы, связанные с диагностикой венерических заболеваний?

— Главная проблема заключается в том, что граждане, у которых диагностируют венерические заболевания, очень неохотно делятся своими контактами, и в первую очередь потому, что среди них увеличилось число гомосексуальных связей. Эти пациенты активно пользуются преимуществами ст. 51 Конституции РФ, чтобы «не свидетельствовать против себя», и лишают нас возможности обследовать полный коллектив контактов больного.

Вторая проблема — расширенное использование метода ПЦР-диагностики. Сегодня мы бесплатно обследуем пациентов на сифилис с помощью анализа крови и на ИППП — методом бактериоскопии. Если у пациента отсутствует симптоматика (выделения, зуд), то его обследование на этом завершается. Когда клинические симптомы присутствуют, — мы расширяем

спектр обследования с применением методов ПЦР (хламидии, уреаплазмы, ВПЧ-герпес и т.д.).

Поскольку обследование, как и лечение венерологических больных, происходит за счет местного бюджета, мы не можем использовать ПЦР для всех, а лишь в строго обоснованных случаях. Но если бы наши возможности были шире, то статистика, к примеру, по хламидиозу, серьезно изменилась, поскольку обнаружить возбудителей ИППП другими методами невозможно, а клинические проявления отсутствуют, но пациент относится к группе риска.

Кроме ПЦР мы используем ускоренные лабораторные методы диагностики сифилиса (реакция микропреципитации с плазмой) и высокочувствительное, специфичное исследование методом иммуноблота на G и M антитела, что позволяет опровергнуть или подтвердить диагноз сифилитической инфекции при получении неопределенных или позитивных данных, полученных при помощи классических тестов. Чаще всего этот анализ выполняется беременным, чтобы распознать, присутствует ли живой возбудитель в организме и есть ли необходимость лечить будущую мать профилактически.

Чаще всего (в 25 % случаев) сифилис диагностируют при поступлении больного в стационар. Но поскольку специального приказа Минздрава на этот счет не существует, мы сами стремимся разрабатывать местные приказы, позволяющие нам обследовать на сифилис всех, кто поступает в стационары. Кроме того, обязательно проверяем доноров и трижды обследуем всех беременных пациенток (в результате за последние годы в СКФО зарегистрирован только один случай врожденного сифилиса). Логично было бы внедрить ежеквартальные профосмотры для лиц декретированных профессий, в том числе и на частных предприятиях, что даст нам возможность диагностировать сифилис на первичном этапе и не допустить его развития до форм, заразных при бытовых контактах. Поэтому сегодня перед нами стоит задача разработать нормативные документы и убедить власть в целесообразности такого скрининга в группах риска.

— С какими дерматологическими проблемами жители СКФО обращаются чаще всего?

— К сожалению, несмотря на прекрасные климатические условия и экологичные продукты питания, статистика по дерматологическим заболеваниям нас не особенно радует и не отличается от таковой по России. В СКФО достаточно высокий уровень заболеваемости псориазом (50,4 на 100 тыс. населения) и атопическим дерматитом (163,3 на 100 тыс. населения). Во многих регионах (Чечня, Дагестан, Ставропольский край, Ингушетия, Северная Осетия — Алания) сезонно растут случаи заражения чесоткой (20,1) и микроспорией (72,4), что связано с сельскохозяйственным производством и миграцией населения. Кроме того, в нашем регионе высокая степень инсоляции, что оказывает негативное воздействие на кожу в плане возникновения онкопатологии. В регионе проводятся дни меланомы.

Работают алгоритмы скорейшего поступления пациентов с подозрением на новообразование кожи в онкологические диспансеры.

Что касается пациентов с редкими заболеваниями (и в первую очередь это врожденный буллезный эпидермолиз), то в Ставрополье таких детей мало, но намного больше их в Дагестане. К сожалению, официально зарегистрированных в России препаратов для лечения этих тяжелых больных нет, но огромную помощь нам оказывает фонд «Круг добра», доставляющий детям необходимые препараты. Нашей же задачей на сегодня является составление регистра дерматологических пациентов, чтобы полноценно их обследовать и лечить в соответствии с клиническими рекомендациями вплоть до методов генно-инженерной терапии. Сегодня средства на эти препараты мы берем из фонда медицинского страхования, и нас бы очень поддержала возможность иметь региональные льготы. При этом в каждом регионе СКФО есть группа больных, получающих генно-инженерную терапию, и с каждым годом она увеличивается.

— Часто приходится обращаться за помощью к коллегам из московских учреждений четвертого уровня?

— Сегодня существуют телемедицинские консультации, и при необходимости мы ими пользуемся. Поддерживаем деловые контакты и с московским Научно-практическим Центром дерматовенерологии и косметологии, с коллегами в Ростове-на-Дону, Петербурге и других городах, специалисты которых ни разу не отказали нам в помощи. Поэтому при необходимости мы всегда направляем наших маленьких пациентов в детские центры Москвы и Санкт-Петербурга. И мы, по мере возможности, стараемся помогать коллегам. По всей видимости, сообщество дерматовенерологов продолжает оставаться монолитным и профессионально человеческим.

— Михаил Алексеевич, почему Вы решили пойти именно в дерматовенерологию? Каким был Ваш профессиональный путь?

— На четвертом курсе Ставропольского мединститута я выбрал специальность акушера-гинеколога (после окончания вуза меня оставили в клинической ординатуре) и затем стал ассистентом кафедры родного вуза. Я окупился в оперативную гинекологию, оперировать мне очень нравилось, но спустя несколько лет столкнулся с длительной экземой и на три месяца оказался пациентом кожно-венерологического диспансера, лишившись кожи и ногтей на руках. После выписки услышал вердикт дерматологов: «Руки мыть нельзя, так что уходи из оперативной гинекологии». Я, конечно, не послушался старших коллег, вернулся обратно и ... снова оказался в стационаре. После чего ушел работать в дерматовенерологию. А уже через два года меня избрали главврачом регионального диспансера. Так болезнь стала судьбоносной в моем выборе профессии, о чем я ни разу не пожалел.

Беседовала Л. Боева

МЕРОПРИЯТИЯ

MEIDAM 2024: российский вклад в глобальную дерматологию

15–17 НОЯБРЯ 2024 Г. ПРОШЛО КРУПНЕЙШЕЕ МЕРОПРИЯТИЕ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА ПО ДЕРМАТОЛОГИИ — 9-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ДЕРМАТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ — MEIDAM 2024.

Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов традиционно выступил соорганизатором этого масштабного мероприятия. Второй год подряд в конгрессе принимают участие российские специалисты. «Русскую секцию» возглавили член совета директоров MEIDAM, президент НАДК, директор Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии, профессор Николай Николаевич Потекаев и главный врач Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии, профессор Ольга Валентиновна Жукова.



На стенде НАДК

Конгресс включает в себя несколько направлений, охватывающих различные специализированные области. Президент НАДК профессор Н. Н. Потекаев выступил модератором секции «Клиническая дерматология», где представил доклад, посвященный современным методам диагностики грибковых заболеваний кожи. Слушатели узнали о методах, применяемых в ранней диагностике и лечении микотических поражений кожи, используемых в Москве.

В рамках «русской секции» российские специалисты поделились своими последними

научно-прикладными исследованиями: В. С. Акуликин рассказал о диагностике меланомы в дерматокосметологической практике, Е. С. Негашева представила доклад «Молекулярная диагностика Tinea incognito: преимущества и практическое применение», Г. П. Терещенко доложила об иммунологических особенностях Alopecia areata, ассоциированной с atopическими заболеваниями, П. И. Богдан представил новый взгляд на микробиомный ландшафт раны при буллезном эпидермолизе. Секция вызвала огромный интерес у слушателей, аудитория проявила заинтересованность, обсуждала и задавала вопросы спикерам, что подтверждает актуальность тем, поднятых нашими спикерами, для врачебного дерматологического сообщества.

От Российского Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов с докладами «Безопасная липоскульптура лица и тела», «Биобанкинг», «Жировая ткань — жидкое золото в омоложении кожи» выступил Ахмед Якупович Рахимов — пластический хирург, заместитель генерального директора ИПХиК, председатель Международного комитета РОПРЭХ, преподаватель кафедры пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

В рамках деловой программы состоялись переговоры с руководителями обществ арабских государств, а также совещание главы конгресса MEIDAM Халида Аль Нуайми и члена совета директоров MEIDAM, президента НАДК Николая Николаевича Потекаева. Были подтверждены планы об укреплении совместной работы российских и арабских специалистов по совершенствованию дерматовенерологической службы, обсуждено участие платформы MEIDAM в Конгрессе в городе Казани в апреле 2025 года. Доктор Халед Аль Нуайми выразил благодарность российской стороне и спикерам и отметил важность совместной работы дерматовенерологических альянсов для улучшения качества жизни пациентов, страдающих кожными заболеваниями.

MEIDAM — уникальная платформа для обмена опытом, идеями и информацией.



Участники секции

РАБОТА НА ВЫСТАВКЕ СТЕНДА НАДК, НА КОТОРОМ ПОСЕТИТЕЛИ МОГЛИ УЗНАТЬ О РАБОТЕ АЛЛЯНСА И ПОЛУЧИТЬ ПОСЛЕДНИЕ НОВОСТИ О РОССИЙСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ МОМЕНТОМ УКРЕПЛЕНИЯ СТАТУСА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЕ

Богатая выставочная экспозиция представляет множество преимуществ для развития компаний и продвижения бренда. В этой связи работа на выставке стенда НАДК, на котором посетители могли узнать о работе альянса и получить последние новости о российской дерматологической науке, является важным моментом укрепления статуса в профессиональной среде.

В этом году в Дубае собралось рекордное количество экспертов. В конгрессе приняли участие более 4000 специалистов, врачей-дерматологов, пластических хирургов, косметологов и др. 275 спикеров из разных стран мира представили доклады, посвященные новейшим технологиям и открытиям в дерматологии и смежных дисциплинах.



Выступление Н. Н. Потекаева



Докладчики секции

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

NGS-секвенирование — новая эра молекулярно-генетических исследований в дерматологии

ОТКРЫТИЕ ПАТОГЕННЫХ МУТАЦИЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОДНУ ИЗ ГЛАВНЫХ ВЕХ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ КОНЦА XX ВЕКА. ЗА ПОСЛЕДНИЕ НЕСКОЛЬКО ДЕСЯТИЛЕТИЙ В ТЕХНОЛОГИЯХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОИЗОШЕЛ НЕВЕРОЯТНЫЙ ПРОГРЕСС, ПРИ ЭТОМ ПРОЦЕСС ОБНАРУЖЕНИЯ МУТАЦИЙ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ ВСЕГДА БЫЛ ПРОСТЫМ. МЕТОДИКА СЕКВЕНИРОВАНИЯ ДНК ПРОШЛА ДОЛГИЙ ПУТЬ С ТЕХ ПОР КАК ФРЕД СЭНГЕР, АЛЛАН МАКСАМ И УОЛТЕР ГИЛБЕРТ ВПЕРВЫЕ ПРЕДСТАВИЛИ ЕЕ В 1977 ГОДУ. СТАВШИЕ ТРАДИЦИОННЫМИ НА РУБЕЖЕ 2000-Х ГОДОВ ПОДХОДЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СЦЕПЛЕНИЯ ИЛИ АНАЛИЗА ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ БЫЛИ ОГРАНИЧЕННЫМИ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕКВЕНИРОВАНИЯ НЕБОЛЬШИХ ГЕНОМНЫХ РЕГИОНОВ (ОТ 300 ДО 1000 ПАР ОСНОВАНИЙ) ЗА ОДИН РАЗ, ТРУДОЕМКИМИ, ДОРОГОСТОЯЩИМИ И МЕДЛЕННЫМИ КАК В ПОЛУЧЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, ТАК И В РЕАЛИЗАЦИИ НОВЫХ ИДЕЙ. В СВЯЗИ С ЧЕМ ПРОЦЕСС ОТКРЫТИЯ НОВЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ГЕНОВ ЗАСТОПОРИЛСЯ. ПОЯВЛЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ СЕКВЕНИРОВАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ (NEXT-GENERATION SEQUENCING) СТАЛО РЕВОЛЮЦИОННЫМ И ПРИНЦИПИАЛЬНО ИЗМЕНИЛО ЛАНДШАФТ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОБНАРУЖЕНИЮ ГЕНОВ И МУТАЦИЙ. ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ СЕКВЕНИРОВАНИЯ УСКОРИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИЮ НОВЫХ ГЕНОВ И ЗНАЧИТЕЛЬНО УПРОСТИЛИ УСТАНОВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ПРИ ГЕТЕРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВАХ, ТАК КАК СДЕЛАЛИ ВОЗМОЖНОЙ ОДНОМОМЕНТНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ВСЕГО ГЕНОМА.

Лаборатория Московского научно-практического Центра дерматологии и косметологии оснащена новейшими высокопроизводительными секвенаторами и роботизированным оборудованием последнего поколения, что позволяет проводить передовые генетические исследования в области медицины, геномики и протеомики, основанные на секвенировании путем синтеза, что обеспечивает полногеномное исследование.

Секвенирование нового поколения (NGS) все чаще используется в клинических исследованиях, при изучении наследственных моногенных, мультифакториальных заболеваний и биологии рака, для уточнения диагноза, а также в фармацевтических разработках. Столь активное использование технологии для реального медицинского приложения связано с высокой точностью анализа и экономической эффективностью метода, возможностью быстрого получения результатов. Раньше человек мог потратить несколько лет жизни, прежде чем врачам удавалось поставить ему диагноз. Такой диагностический подход для пациента был связан с чрезмерной нагрузкой на бюджет как государства, так и самого больного. Требовались новые технологии и алгоритмы, которые могли бы в короткие сроки позволить помочь пациенту и снять с него финансовое бремя.

Для дерматологов важно знать концепции NGS-секвенирования и способы их применения. Когда возникает клинический вопрос, необходимо понимать широту генетического тестирования и то, что лучше всего подойдет для ответа на поставленный вопрос.

Существует три основных типа NGS: полногеномное (WGS), полноэкзомное (WES) и таргетное (TS) (целевое) секвенирование.

Полногеномное секвенирование (WGS) охватывает весь геном и может обнаруживать мутации как в кодирующих белок последовательностях ДНК, так и в не кодирующих.

В отличие от полногеномного секвенирования (WGS), которое анализирует около 3,2 миллиарда нуклеотидов человеческой ДНК, WES позволяет анализировать примерно 1,5 % человеческого генома, охватывающего большинство экзонов всех ~20 000 человеческих генов, выявляя около 25 000 вариантов у любого человека. Учитывая, что примерно 85 % зарегистрированных патогенных мутаций при моногенных заболеваниях находятся в белок-кодирующих областях, поэтому в настоящее время WES представляет собой оптимальную технологию как для научного поиска и открытия новых диагностически значимых генов, вызывающих болезни, так и для собственно молекулярной диагностики заболеваний. Методы WGS и WES дают возможность исследовать

заболевания, которые ранее не поддавались генной идентификации ввиду их редкости, клинической и генетической гетерогенности и малочисленности мультиплексных семей. WES считается экономически эффективной и предпочтительной альтернативой WGS.

По сравнению с WGS и WES, панели для мультигенного таргетного секвенирования (TS) определяют последовательность только интересующего исследователей набора генов. Этот метод требует меньших вычислительных биоинформативных мощностей для обработки результатов. При использовании TS упрощается процесс интерпретации данных и сокращается срок выполнения анализа. Наиболее распространенные клинические приложения TS — определение наследственных заболеваний

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ЧАСТО МНОГООБРАЗНЫ В СВОИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ, И ПРИ ЭТОМ МНОГИЕ ИЗ НИХ ИМЕЮТ СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНО ПЕРЕКРЫВАЮЩИЕСЯ СИНДРОМАЛЬНЫЕ ФЕНОТИПЫ

и исследования опухолей. В последнем случае речь идет не просто о диагностике, но также о прогнозировании течения болезни, мониторинге состояния пациента и отслеживании ответа на терапию.

В настоящее время описаны около 9000 различных заболеваний с менделеевскими формами наследования, из которых более 1000 связаны с патологией кожи. Наследственные заболевания кожи часто многообразны в своих

клинических проявлениях, и при этом многие из них имеют системные проявления и потенциально перекрывающиеся синдромальные фенотипы.

Дерматологи оказались в выгодном положении для совершения новых генетических открытий. Благодаря технологии проведения биопсии кожи дерматологи могут легко получить не только образцы крови и мазков со слизистой оболочки полости рта (буккального эпителия), но и прицельно фактически пораженную ткань кожи или слизистой оболочки для изучения и анализа, в том числе зародышевых и соматических мозаичных расстройств. Это, наряду с недавним развитием секвенирования следующего поколения, делает дерматологию захватывающей областью с практически беско-

СЕКВЕНИРОВАНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (NGS) ВСЕ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, ПРИ ИЗУЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ МОНОГЕННЫХ, МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЛАБОРАТОРИЯ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ

> Вопросы предрасположенности пациента к различным заболеваниям лежат в основе нового направления медицины — **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ**, которую можно определить как стратегию, профилактику и лечение заболеваний на основе результатов молекулярно-генетических исследований

> **ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОМА** — возможность определения наследственных болезней и предрасположенности к развитию некоторых многофакторных и онкологических заболеваний

> **ОТКРЫТИЕ ЦЕНТРА ГЕНОДЕРМАТОЗОВ**

ПОЛНОГЕНОМНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ ДАЕТ МАКСИМАЛЬНО ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ВЫЯВЛЕННЫХ ИЗВЕСТНЫХ ИЛИ РАНЕЕ НЕ ВСТРЕЧАВШИХСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ, КОТОРЫЕ МОГЛИ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА



нечными возможностями для открытия генов, ответственных за развитие заболевания, а также для лучшего понимания сложных молекулярных путей и, в конечном итоге, разработки целевых методов лечения.

Путь так называемого молекулярного открытия этиопатогенеза наследственных заболеваний кожи можно проиллюстрировать на примере буллезного эпидермолиза (БЭ). В 1960-х годах трансмиссионная электронная микроскопия смогла установить три различных уровня образования пузырей, тем самым разделив БЭ на простой, пограничный и дистрофический. В 1980-х годах введение картирования антигенов и иммунофлуоресцентной микроскопии с использованием новых антител к зоне базальной мембраны позволило ускорить диагностическое подтипирование — большинство рецессивных типов БЭ можно было быстро диагностировать в течение двух-трех дней на основе иммунореактивности биопсии кожи (или ее отсутствия) к определенным зондам. В 1990-х годах были клонированы гены основных форм БЭ и идентифицировано множество патогенных мутаций. Генетическая характеристика оказалась особенно полезной для постановки точного диагноза в легких случаях БЭ, когда результаты биопсии кожи были слишком незначительными для различения подтипов. В настоящее время БЭ одно из наиболее изученных заболеваний кожи с хорошо охарактеризованным спектром генетических изменений. С помощью NGS-секвенирования были установлены новые генетические элементы, связанные с патогенезом различных типов БЭ. БЭ — это генетически и фенотипически неоднородное заболевание, разделенное на четыре типа и более 30 клинических подтипов, в основе которого лежат мутации в 21 различ-

ном гене и более чем в 47 генах в более широкой группе заболеваний, связанных с хрупкостью кожи. Достигнутое в результате молекулярно-генетических исследований понимание этиологии и патогенетических механизмов развития БЭ позволяет разрабатывать прицельную фармакогенетическую терапию. В настоящее время FDA был одобрен для применения первый препарат для местной генной терапии дистрофического буллезного эпидермолиза с мутацией гена COL7A1 «Виджувек».

**к.м.н. И. В. Заварина,
к.м.н. С. А. Полевщикова**



МЕРОПРИЯТИЯ

Итоги 14-го Всероссийского Форума НАДК

В МОСКВЕ В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ В 14-Й РАЗ ПРОШЕЛ ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ. В 2024 ГОДУ ФОРУМ ПОЛУЧИЛ СТАТУС «С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ». МЕРОПРИЯТИЕ ТРАДИЦИОННО ПРОШЛО ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ И ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

Открыл форум главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев**. Как председатель оргкомитета, он поприветствовал коллег, поздравив всех с открытием Форума: «Я от



Н. Н. Потекаев

всей души всех приветствую и искренне надеюсь, что ваше присутствие здесь в течение двух дней будет полезно вам лично, полезно для ваших коллег, когда вы вернетесь к себе в коллективы, и в итоге полезно для наших пациентов».

«Поздравляю вас с открытием, вы — Национальный альянс, это — уровень! Это уровень принятия решений, но это и уровень обязательств, — подчеркнул в приветствии председатель комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ **Бадма Николаевич Башанкаев**. — Вы — мультидисциплинарная команда, занимаетесь лечением заболеваний



Б. Н. Башанкаев

самого большого органа. Здесь важно помочь пациенту с его ожиданием. Сегодня каждый домой увезет новые знания, которые помогут его пациентам, нашим пациентам восстанавливаться быстрее».

Главный внештатный специалист пластический хирург Минздрава России, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н. И. Пирогова, д.м.н. **Наталья Евгеньевна Мантурова** подчеркнула, что ей очень приятно быть приглашенной на мероприятие, поскольку обе специальности служат самому прекрасному, что может только быть, —



Н. Е. Мантурова

внешности, красоте, здоровью, качеству жизни. «Мы являемся друзьями уже много лет, объединяем наши ассоциации и специалистов силами

сессий, дискуссий, конференций, конгрессов, и это серьезно развивает наших специалистов. Мы не можем обсуждать отличные результаты, которых мы достигаем силами хирургических воздействий без помощи косметологов и представителей эстетической медицины. Казалось бы, то, что вчера было невозможным, на сегодняшний момент мы решаем легко, непринужденно, легко прикасаясь шприцем, аппаратом, либо какими-то косметическими манипуляциями, предоставляя желаемое нашим пациентам, а это самое главное, ради чего мы собираемся», — заключила Наталья Евгеньевна.

Главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Минздрава России и ДЗМ, руководитель Московского городского центра про-



А. И. Мазус

филактики и борьбы со СПИДом, д.м.н. **Алексей Израилевич Мазус** также в свою очередь поздравил собравшихся с открытием очередного форума, который стал стандартом научной и практической работы для всей страны.

К словам поздравления присоединилась и **Анна Павловна Музыченко**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь. От имени Министерства здравоохранения, от имени Белорусского государственного медицинского университета она поблагодарила за возможность участия в таком масштабном грандиозном мероприятии: «Это событие, которое объединяет профессионалов, высоких профессионалов, спикеров, ученых, организаторов здравоохранения и практических специалистов. У нас единая цель и архиважная задача — укрепление, совершенствование здоровья населения



А. П. Музыченко

страны. Это невозможно без синтеза науки и практики, без консолидации усилий и государства, и общества, и нашей медицинской науки. Всероссийский форум Национального альянса по праву много лет занимает активные ведущие позиции в обмене опытом, в построении перспективных взаимоотношений между специалистами, междисциплинарных контактах и международных связях».

«Дорогие друзья, я знаю, как вы, люди неравнодушные к нашей профессии, с трепетом ждете этих мероприятий, я знаю, как вы готовили доклады, тезисы и вопросы, и я вам от всей души желаю максимально продуктивно провести эти дни, выполнить все намеченные планы и вернуться



О. В. Жукова

домой на работу с новыми знаниями и с новым стимулом», — отметила главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ в ЦФО, профессор **Ольга Валентиновна Жукова**.

«Вот уже много лет профильная комиссия по дерматовенерологии Минздрава России, Национальный альянс, все мы — пытаемся как можно оперативнее изучить запросы практического здравоохранения, дать ответы на эти вопросы с позиции доказательной медицины и вот на таких форумах, широких и узких, в регионах, довести до каждого практикующего врача



Н. В. Кунгуров

то, как нужно сегодня оказывать нашу специализированную помощь с позиции качества и безопасности. Я надеюсь, что и сегодняшний форум даст вам новые знания, которые пригодятся в вашей работе», — заключил профессор **Николай Васильевич Кунгуров**, заместитель председателя Профильной комиссии Минздрава России по дерматовенерологии и косметологии, директор Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии.

Завершая официальную часть открытия, Николай Николаевич Потекаев объявил о том, что Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов принял коллегиальное решение о присуждении наград за вклад в развитие дерматовенерологии.

За личный вклад в развитие дерматовенерологии учреждена медаль имени Алексея Герасимовича Полотебнова. Медалью впервые были награждены:

Зильберберг Наталья Владимировна, главный внештатный специалист по дерматовене-



Н. В. Зильберберг

рологии и косметологии УрФО Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместитель директора ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»;

Земцов Михаил Алексеевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии СКФО Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер»;

Гомберг Михаил Александрович, главный научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский



М. А. Гомберг

научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ».

Нагрудным знаком Национального альянса дерматовенерологов и косметологов «За вклад в развитие дерматовенерологии» награждены следующие специалисты:

Винник Юрий Юрьевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Красноярского края, главный врач краевого



Ю. Ю. Винник

ГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»;

Дениева Малика Ибрагимовна, главный внештатный детский специалист по дерматовене-



М. И. Дениева

рологии и косметологии Минздрава Чеченской республики, заведующая дерматологическим отделением ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

МЕРОПРИЯТИЯ

Егорова Юлия Сергеевна, и. о. главного врача Санкт-Петербургского ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер Невского района»;

Платонов Александр Владимирович, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии министерства здравоохранения Амурской области, главный врач ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»;

Родина Наталья Андреевна, врач-дерматовенеролог дерматологического кабинета консультативно-диагностического отделения № 1 ГБУЗ Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер»;

Сырнева Татьяна Анатольевна, ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии;

Шакуров Ильдар Гомерович, главный врач ГБУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер».



И. Г. Шакуров

В рамках Пленарного заседания участники заслушали доклад Н. Н. Потекаева «Эпидемиологические аспекты ИППП: анализ общемировых тенденций». В докладе представлены основные тенденции заболеваемости в мире инфекциями, передаваемыми половым путем. Речь шла о 30 различных заболеваниях, ассоциированных с половым путем передачи и вызываемых различными возбудителями. Так, по данным ВОЗ, в мире в 2021 году зарегистрировано 374 млн новых случаев ИППП среди взрослых 15–49 лет. Наибольшее число заболеваний пришлось на африканский регион (95 млн случаев).

В рамках доклада Николай Николаевич рассказал об особенностях учета заболеваний в России

и в мире, отследил динамику заболеваемости по четырем инфекциям, учитываемым ВОЗ в мире и в Российской Федерации за 2016–2021 годы.

В рамках первого дня форума также состоялось заседание Профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальностям «Дерматовенерология» и «Косметология», на котором обсуждались результаты деятельности дерматовенерологической службы в Российской Федерации, были заслушаны доклады подкомиссий.

14-й Всероссийский форум представил научную программу, традиционно разделенную на разные тематические научные направления. Были проведены секции, подготовленные в интеграции со специалистами, изучающими ВИЧ-инфекцию: «ВИЧ-инфекция и сопутствующая патология» (модератор Е. В. Цыганова). Прозвучали доклады, посвященные особенностям поражения слизистой оболочки полости рта при коинфекции ВИЧ и сифилиса (Н. И. Чернова), оспе обезьян у ВИЧ-инфицированных (А. С. Жиленкова) и др.

Секцию «Генодерматозы: наука и практика. Генетические болезни кожи и подкожной клетчатки» модерировали руководитель фонда «Дети-бабочки», учредитель Международной ассоциации по генетическим заболеваниям А. А. Куратова и заместитель главного врача МНПЦДК О. В. Поршина. Рассмотрены инновационные подходы к лечению генодерматозов на примере буллезного эпидермолиза (И. Федюнин), репродуктивный потенциал пациента с буллезным эпидермолизом (О. А. Оганисян), коморбидность при буллезном эпидермолизе (М. Н. Гаджимурадов) и другие вопросы, связанные с генетическими патологиями кожи.

Под эгидой НП Герпес-Форум состоялась секция «Вирусные заболевания в практике дерматовенеролога» (модераторы проф. А. А. Халдин и проф. М. А. Гомберг).

Программа косметологической сессии имела прикладной характер. Секция «Сочетанные методы в косметологии. Обмен клиническим опытом» осветила проблемы разделения границ компетенций врача-дерматовенеролога и врача-косметолога (О. А. Колсанова), методики безоперационного омоложения пациентов со славянским деформационным типом лица (О. Н. Мороз), разобраны клинические случаи иммунопосредованных реакций после косме-



Участники Форума

тологических манипуляций (С. С. Исмагуллаева) и преимущества применения фракционного микроигольчатого радиочастотного лифтинга (А. Ф. Еззет).

Программу второго дня Форума отличала обширная секция онкодерматологов, на которой были рассмотрены проблемы диагностики новообразований кожи, отражен взгляд онкологов на ведение больных с новообразованиями кожи. Модераторами этой секции выступили такие известные специалисты этой области, как К. С. Титов и Д. В. Кудрявцев.

На секции, посвященной применению технологий искусственного интеллекта в дерматовенерологии и косметологии, под председательством О. В. Поршиной, А. А. Куратовой и О. А. Катхановой, были рассмотрены вопросы разработки модели цифрового контура орфанного пациента (А. А. Куратова), внедрения мобильного приложения для контроля ран (А. Ю. Герштейн), экстраполяционные и нейросетевые методы прогнозирования заболеваемости сифилисом (Д. В. Темников).

Большое внимание привлекла секция, подготовленная совместно с аллергологами и иммунологами: были рассмотрены роль молекулярной

аллергодиагностики в ведении пациентов с атопическим дерматитом, подходы к диагностике и лечению хронической спонтанной крапивницы, иммунотерапия воспалительных заболеваний кожи и многое другое.

Секция «Лечебно-эстетические процедуры в аногенитальной зоне» под председательством профессора Н. И. Черновой выделялась докладами проф. И. А. Аполихиной «Послеродовая реабилитация в России: от настоящего к будущему», Т. А. Тетериной «Парадоксы современной вульвологии: аппаратные методы в лечении дерматозов вульвы» и др.

Традиционно модераторами секции «Детская дерматология» выступили О. В. Поршина, Н. Ф. Заторская и Е. И. Касихина. Рассмотрены орфанные кожные заболевания в практике детского дерматолога (У. А. Плотова), линейный порокератоз у детей (В. В. Шеров), экзантемы в детской инфекционной клинике (Л. Н. Мазанкова) и многое другое.

Всего на мероприятии выступило 154 спикера, которые прочитали 202 доклада.

Сборник тезисов докладов был опубликован в Материалах Форума и вошел в состав Пакета участника.



КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Лихеноидный парапсориаз у детей

ПАРАПСОРИАЗ — ГЕТЕРОГЕННАЯ ГРУППА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОТОРЫХ В ВИДЕ ПЯТЕН И/ИЛИ ПАПУЛ И БЛЯШЕК, ПОКРЫТЫХ МЕЛКОПЛАСТИНЧАТЫМИ ЧЕШУЙКАМИ, НАПОМИНАЮТ ПСОРИАТИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ.

Различия в клинической картине, патогенезе, патоморфологии, лечении и прогнозе — причина отсутствия в настоящее время общепринятого определения и классификации парапсориаза.

Современная классификация парапсориаза включает крупно- и мелкобляшечную формы бляшечного псориаза, а также парапсориаз лихеноидный и оспенновидный острый, или pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA), и парапсориаз лихеноидный хронический, или pityriasis lichenoides chronica (PLC).

Хронический лихеноидный парапсориаз (син. болезнь Юлиусберга, PLC) встречается в 3–6 раз чаще, чем PLEVA. Тяжелый вариант парапсориаза лихеноидного и оспенновидного острого с язвенным поражением известен как лихеноидный питеириаз с язвенно-некротическими изменениями и гипертермией — Pityriasis lichenoides with ulceronecrosis and hyperthermia или язвенно-некротический вариант болезни Мухи–Хабермана (FUMHD). В отечественной литературе принято объединять эти состояния, поэтому парапсориаз лихеноидный и оспенновидный острый (PLEVA) и болезнь Мухи–Хабермана (FUMHD) принимают за один процесс. Следует отметить, что FUMHD — крайне редкий процесс. Единственный систематический обзор V. Tasouli-Drakou et al. (2022 г.), посвященный лихорадочной язвенно-некротической болезни Мухи–Хабермана, объединил результаты всего 63 публикаций с 68 пациентами.

Острая и хроническая формы лихеноидного парапсориаза по своей сути являются противоположными состояниями, которые могут переходить из одной формы в другую, протекать с промежуточной клинической картиной и включать клинические признаки обеих форм. Именно эта гетерогенность парапсориаза нередко приводит к диагностическим ошибкам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Лихеноидный парапсориаз встречается среди всех этнических групп и во всех географических регионах. Среди заболевших преобладают дети и взрослые молодого возраста, что не исключает развитие заболевания в любом возрасте. Заболеваемость выше у пациентов мужского пола, чем у женского (1,5–3:1).

Данных по заболеваемости и распространенности парапсориаза именно среди детей и подростков в доступной литературе мы не обнаружили. A. L. Fatturi et al. (2024), изучив достаточное количество случаев парапсориаза за 43-летний период, продемонстрировали два пика более высокой частоты регистрации заболевания: один с 2004 по 2006 и другой — с 2019 по 2021 годы. Авторы не обнаружили существенной разницы в сроках возникновения заболевания в зависимости от времени года. Таким образом, анализ за последние два десятилетия продемонстрировал редко встречающееся в науке единодушное мнение, что лихеноидный парапсориаз чаще диагностируется у детей, подростков и молодых людей, достигая пика в третьем десятилетии жизни. Средний возраст начала заболевания, согласно данным нескольких зарубежных исследований, составил 8 лет.

Вместе с тем среднее время от появления симптомов до постановки диагноза составило пять месяцев, максимум — 10 лет. Данный факт еще раз свидетельствует о том, что диагностика таких редких дерматозов предусматривает сложный дифференциальный диагноз, и точку над *i* позволяет поставить патоморфологическое исследование.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Лихеноидный парапсориаз (Pityriasis lichenoides) — редкая группа заболеваний,

этиопатогенез которой до конца не выяснен. Результаты европейских исследований (2023–2024 гг.) определяют лихеноидный парапсориаз как лимфопролиферативное заболевание, вызванное возможным антигенным стимулом, таким как вирусы.

В настоящее время рассматриваются три патогенетические теории, объясняющие дебют лихеноидного парапсориаза: реакция гиперчувствительности, вызванная инфекционными агентами, лимфопролиферативные нарушения и **Т-клеточное опосредованное иммунное воспаление, приводящее к развитию** васкулита кожи.

Роль инфекционного фактора в развитии лихеноидного парапсориаза подтверждают данные о дебюте заболевания осенью и зимой, сообщения о семейных вспышках, ремиссии заболевания при лечении предполагаемого возбудителя и обнаружение антигенных структур вирусных антигенов методом полимеразной цепной реакции в биоптатах кожи S. Ersoy-Evans et al. (2007) обнаружили инфекционный анамнез, предшествующий началу заболевания в 30% случаев.

Развитие клинической картины при парапсориазе может представлять собой aberrantный клеточно-опосредованный ответ на такие инфекции, как *Toxoplasma gondii*, вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ), ВИЧ, парвовирус В19, стафилококки и стрептококки группы А. Роль вакцин (корь, эпидемический паротит, краснуха и мРНК COVID-19) и лекарственных препаратов продемонстрирована в этиопатогенезе парапсориаза лихеноидного и оспенновидного острого. Китайские ученые (Liu J. et al., 2023) обнаружили у детей указания на вирусную инфекцию в 21,4% случаев (аденовирусы, ВЭБ, парвовирус, вирус ветряной оспы), а также микоплазму и вакцинацию против кори. В то время как у взрослых в качестве триггеров FUMHD подозревались ВЭБ, ЦМВ и ВПГ-2.

Есть предположения, что любые клинические формы парапсориаза могут быть следствием вакцинации от COVID-19. В обзоре Duzett L. et al. (2023) была выявлена более высокая частота реакций питеириаз, связанных с вакциной Pfizer-BioNTech. Лихеноидный питеириаз после вакцинации от COVID-19 может быть вызван замедленной реакцией гиперчувствительности на вспомогательные вещества вакцины, спайковый белок или молекулярной мимикрией, приводящей к кожной реакции гиперчувствительности, опосредованной Т-клетками.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

При анализе клинических исследований за 25 лет нами выявлена одинаковая тенденция в структуре парапсориаза у детей и подростков: хронический лихеноидный парапсориаз встречается чаще, чем парапсориаз лихеноидный и оспенновидный острый. По данным зарубежных авторов, в детской популяции болезнь Мухи–Хабермана чаще всего наблюдается у детей старше 6 лет, с более типичной и последовательной картиной. Напротив, у детей младше 6 лет болезнь Мухи–Хабермана встречается реже, а поражения кожи менее типичны. Согласно данным систематического обзора V. Tasouli-Drakou (2022), среди пациентов с фебрильным язвенно-некротическим вариантом (FUMHD) женщины составили 29,4%, мужчины — 69,1%. Минимальный возраст пациентов составил 9 месяцев.

Хронический лихеноидный питеириаз. Заболевание характеризуется медленным началом (недели, месяцы), длительным течением (несколько лет) и чередованием периодов обострений и ремиссий. Рецидивирующее течение может наблюдаться у 77% пациентов. Субъективные ощущения обычно отсутствуют,

иногда пациентов беспокоит незначительный зуд. A. L. Fatturi, M. A. P. Morgan, et al. наблюдали зуд у 43,9% детей. Первичным морфологическим элементом сыпи является плоская округлая папула размерами 4–10 мм, имеющая вначале розовый или красный цвет, затем желтовато-коричневый; инфильтрат в основании папулы незначительный, высыпания не сливаются и не группируются. При поскабливании поверхности папул могут определяться симптомы скрытого шелушения и точечного кровоизлияния. Через 1–2 недели на поверхности папул появляется похожая на слюду чешуйка (симптом коллоидной пленки), которая со временем отторгается по периферии, оставаясь прикрепленной к коже только в центре (симптом «облатки»).



Рис. 1. Типичные папулы при хроническом лихеноидном парапсориазе. Симптом «облатки»

Распространенный процесс диагностируется у 74% пациентов. Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов конечностей, очень характерно поражение внутренней поверхности плеч. Элементы не наблюдаются в области лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Через несколько недель папулы самостоятельно разрешаются с формированием вторичной гиперпигментации. Вторичная гипопигментация может наблюдаться у 56% детей с хроническим лихеноидным парапсориазом (рис. 2). Механизмы гипопигментации, наблюдаемые при парапсориазе, недостаточно хорошо изучены. Предполагается, что цитотоксическое воздействие CD8+ Т-клеток на меланоциты приводит к их дисфункции и потенциальной гибели.



Рис. 2. Регресс папул при хроническом лихеноидном парапсориазе и вторичная гипопигментация

Питеириаз лихеноидный и оспенноподобный острый. Заболевание развивается остро (в течение нескольких дней или 1–2 недель). Появлению сыпи иногда предшествует продромальный период в виде повышения температуры до 37–38° и общей слабости. Характерен истинный полиморфизм сыпи — одновременно появляются папулы, пустулы, папуло-везикулы, геморрагические пятна (рис. 3).



Рис. 3. Питеириаз лихеноидный и оспенноподобный острый у подростка

Полостные элементы довольно быстро трансформируются в буровато-черные некротические корочки. После отторжения корок и рассасывания узелков на их месте остаются пигментации и оспенноподобные («штампованные») рубчики. Для острой формы питеириаз патогномоничны папулы с геморрагической корочкой в центре, после разрешения которых остаются небольшие рубчики, а также вариолиформные элементы — пустулизованные везикулы с пупкообразным вдавлением в центре. Высыпания распространенные, занимают значительные участки кожного покрова на туловище и конечностях, в том числе на лице, кистях, стопах, иногда — волосистой части головы. Редко поражаются слизистые оболочки рта и половых органов, где появляются беловатые, резко очерченные папулы. Заболевание протекает циклически. Появление свежих высыпаний может сопровождаться жжением и болью. Высыпания спонтанно регрессируют в период от нескольких недель (4–6) до 6 месяцев либо полностью без последующих рецидивов, либо заболевание (форма PLEVA) переходит в хроническую форму лихеноидного парапсориаза. При лихорадочной язвенно-некротической болезни Мухи–Хабермана наблюдается быстрое прогрессирование до некротических папул с геморрагическими пузырями, сливными язвами и пустулами. Системные проявления характеризуются недомоганием, высокой лихорадкой, лимфаденопатией и артритом. FUMHD также ассоциируется с системными осложнениями, такими как спленомегалия, кардиомиопатия, поражение легких и сепсис.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Для хронического лихеноидного питеириаз характерны следующие патоморфологические

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

изменения: гиперкератоз с очаговым паракератозом, акантоз, возможен спонгиоз, отек сосочковой дермы, наличие поверхностных периваскулярных и диффузных, преимущественно лимфоцитарных, инфильтратов с примесью единичных нейтрофилов и гистиоцитов; возможно проникновение отдельных лимфоцитов в эпидермис (экзоцитоз). При остром лихеноидном вариолиформном питириазе наблюдаются выраженные изменения в эпидермисе (очаговый паракератоз, скопления нейтрофилов, вакуолярная дистрофия и некроз базальных кератиноцитов, экзоцитоз лимфоцитов) и дерме (поверхностные и глубокие периваскулярные и диффузные лимфоцитарные инфильтраты, отек и некроз эндотелия сосудов, экстравазаты эритроцитов).

ЛЕЧЕНИЕ

При назначении терапии учитывается клиническая форма параспориоза, а также наличие у пациентов состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к назначению определенных лекарственных препаратов.

Используются топические и/или системные кортикостероиды, пероральные антибиотики, цитостатики и фототерапия. Терапия первой линии включает использование топических кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина. Исследования показывают, что дети демонстрируют более низкий терапевтический ответ на использование антибиотиков, чем взрослые. Китайские ученые сообщили о частоте ответа только 25 % у детей, исполь-

зующих эритромицин, в то время как у взрослых предпочтение было отдано Миноциклину с частотой ответа 75 %. Фототерапия УФО-В оказалась более эффективной у детей, чем антибиотики, но с высокой частотой рецидивов. K. Aydogan (2008), продемонстрирован эффект на фоне применения узкополосной фототерапии у 62,5 % пациентов с острым и хроническим течением ЛП.

К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют рандомизированные контролируемые исследования по лечению лихеноидного параспориоза. Европейский систематический обзор рекомендует узкополосную фототерапию УФО-В в качестве первой линии терапии лихеноидного параспориоза.

Основными методами лечения болезни Мухи-Хабермана являются фототерапия, системные антибактериальные препараты и топические кортикостероиды.

На основании выявленных повышенных уровней цитокинов при параспориозе в последние годы стали применяться биологические препараты, что позволяет предположить, что использование измерений сывороточных цитокинов может быть полезным при целенаправленном лечении пациентов с различными формами параспориоза.

С. Алхадфар,
д.м.н. О. В. Жукова,
к.м.н. Е. И. Касихина

ЮБИЛЕЙ

Российский конгресс «ЮСТИ-2024»

22 НОЯБРЯ В МОСКВЕ СОСТОЯЛСЯ РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ИППП «ЮСТИ-2024», ПОСВЯЩЕННЫЙ ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА МИХАИЛА АЛЕКСАНДРОВИЧА ГОМБЕРГА.

Мероприятие с большим успехом прошло в гибридном формате. В рамках конгресса участники заслушали доклады известных специалистов-дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, эпидемиологов, врачей общей практики. С несколькими докладами выступил и сам Михаил Александрович.

Безусловно, вклад М. А. Гомберга в развитие дерматовенерологии, в особенности в изучение и лечение хламидийной инфекции, бесценен. За годы его научной и практической деятельности были созданы новые подходы к диагностике и терапии, разработаны схемы лечения персистентных форм инфекции, ставшие руководством для специалистов по всему миру.

Михаил Александрович — пример выдающегося ученого, который не только открывает новые горизонты в медицине, но и щедро делится своими знаниями с учениками, воспитывая новые поколения профессионалов. Коллеги и ученики также отмечают его как талантливого лектора. Его выступления всегда наполнены

глубокими знаниями и отличаются уникальной подачей материала.

Во многом благодаря энтузиазму Михаила Александровича в России создана Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем, которая укрепляет связи между специалистами разных областей. Как президент организации и представитель нашей страны в Международном союзе по борьбе с ИППП, профессор М. А. Гомберг укрепляет связи между специалистами разных стран, внося огромный вклад в глобальное сотрудничество.

Профессор Гомберг не только выдающийся ученый, но и личность, сочетающая в себе высокую интеллигентность, широту интересов и глубокий гуманизм, он известен как знаток живописи, музыки, оперы и балета.

Уважаемый Михаил Александрович! От всей души благодарим Вас за труд, достижения и щедрость души. Желаем Вам крепкого здоровья, радости, вдохновения и долгих лет активной, плодотворной жизни!



М. А. Гомберг



Д. Г. Ким, М. А. Гомберг



Участники конгресса

МЕРОПРИЯТИЯ

Мозаика вопросов буллезного эпидермолиза

В РАМКАХ ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, 15 ОКТЯБРЯ СОСТОЯЛАСЬ РАБОТА КРУГЛОГО СТОЛА «МОЗАИКА ВОПРОСОВ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА», ГДЕ СВОИМ ОПЫТОМ И РАЗБОРОМ СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОДЕЛИЛИСЬ ИНОСТРАННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ.

Работу сессии открыло приветствие президента Союза педиатров России, заведующей кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главного внештатного детского специалиста по профилактической медицине Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН **Лейлы Сеймуровны Намазовой-Барановой**. По пути из Гонконга в Аддис-Абебу профессор Л.С. Намазова-Баранова приветствовала участников форума по видеосвязи из Стамбульского аэропорта и на протяжении работы сессии взяла на себя обязанности модератора. Она выразила глубокую признательность организаторам мероприятия и лично главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, президенту Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, профессору **Николаю Николаевичу Потекаеву**, поскольку, по ее словам, такие встречи и их итоги важны не только для дерматологов и их пациентов, но и для педиатров.

ВЛИЯНИЕ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

О проблемах качества жизни детей с буллезным эпидермолизом рассказал клинический преподаватель дерматологии Медицинской школы Бирмингемского университета (г. Бирмингем, Великобритания) доктор **Аджой Бардхан**.

Он напомнил, что основная клиника, связанная с буллезным эпидермолизом, — это тяжелые, незаживающие раны у пациентов, которые вынуждены терпеть нескончаемую боль, зависящую от опиатов и имеют психологические нарушения. «Проблемы качества жизни этих пациентов включают много компонентов, но основным симптомом является развитие на поверхности кожных покровов пузырей с серозным содержимым, после вскрытия которых возникают долго незаживающие эрозии, — сказал он. — Все это часто приводит к фатальным последствиям, включая утрату ногтей, повышенную ломкость кожных покровов, а при дистрофическом буллезном эпидермолизе (более генерализованном заболевании) — к развитию контрактуры суставов и сращению пальцев конечностей, поражению слизистых оболочек дыхательной и пищеварительной систем, возникновению ран на языке, в результате чего таким пациентам тяжело жевать и глотать пищу. При этом на рубцах, которые остаются после заживления эрозий, нередко возникают злокачественные опухоли, особенно тяжелым осложнением болезни является плоскоклеточная карцинома».

Докладчик подчеркнул, что буллезный эпидермолиз — не просто сложное заболевание, а нарушение множества аспектов человеческой жизни. «Несмотря на то, что вылечить заболевание невозможно, уход за ранами, снятие боли и зуда для пациентов являются приоритетными моментами в их жизни», — отметил докладчик.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

О современных разработках в лечении пациентов с буллезным эпидермолизом рассказала заведующая кафедрой дерматологии больницы Святого Георгия Университета Нового Южного Уэльса (г. Сидней, Австралия), доктор медицинских наук **Деде Ф. Мюллер**.

Она сообщила, что простой буллезный эпидермолиз обусловлен мутациями генов KRT5 и KRT14, однако нарушением структуры этих генов объясняется только 75% случаев заболе-

вания этого типа. При этом в кожных покровах, предположительно, нарушается равновесие в системе «ферменты-ингибиторы», и некоторые белки становятся объектом атаки.

Причиной развития другой формы патологии — пограничного буллезного эпидермолиза — являются мутации в генах LAMB3, LAMA3 и некоторых других. Большинство из этих мутаций наследуется по аутосомно-рецессивному механизму, объектом атаки разбалансированной ферментной системы становятся такие протеины, как коллаген 17-го типа и ламинин-332.

Дистрофический тип буллезного эпидермолиза обусловлен мутациями в гене COL7A1,

которые могут наследоваться как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному механизмам. Белком-мишенью при этом выступает коллаген 7-го типа, который отвечает за стабильность структуры других соединительнотканых волокон кожи.

«В большинстве случаев наша стратегия лечения пациентов сводится либо к замещению белка, либо к замещению дефективного гена (или одной его копии) при помощи стволовых клеток. Мы стремимся увеличить производство белка, снизив его деградацию и воспалительные процессы, связанные с его недостатком. С этой целью мы используем новые классы

топических стероидов и цитокинов, снижающих воспалительные процессы, антибактериальных и антигрибковых средств, а также ангиогенных препаратов. Что касается травм, то их более быстрому заживлению способствуют соединения бетулина и HMGB1-пептидов, а также молекул, произведенных из стволовых клеток, взятых либо из костного мозга, либо из кожи», — сообщила она.

Также Деде Ф. Мюллер рассказала об успешных результатах пересадки кожи у пациентов с буллезным дерматитом, клеточной и генно-инженерной терапии, используемой для лечения.

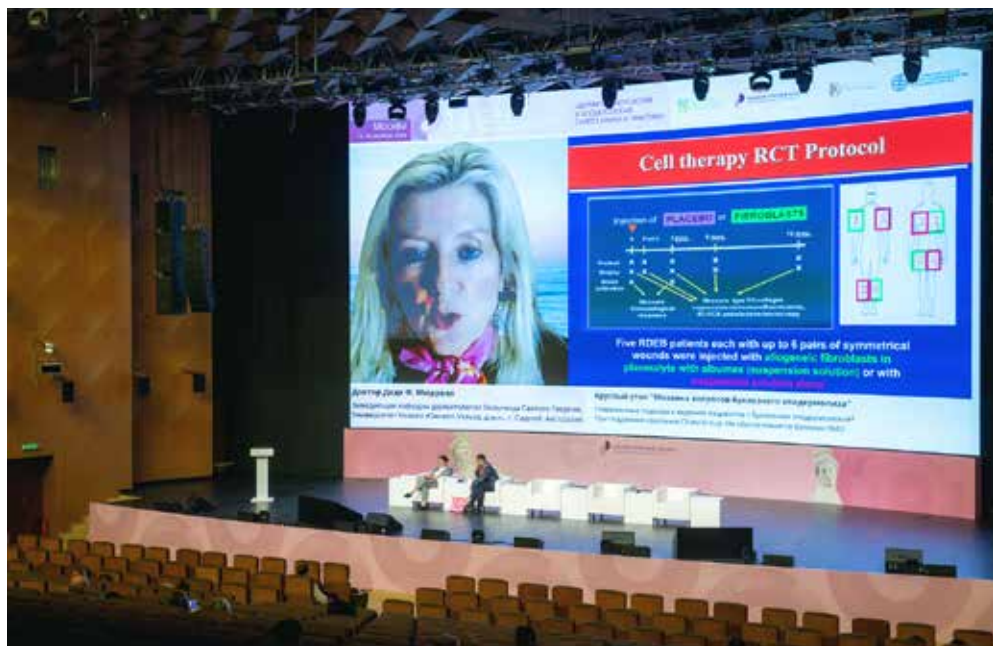
НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Президент «ДЕБРА Интернешнл» и «ДЕБРА Сингапур», специалист по коммуникациям и ассистент председателя гуманитарного факультета Наньянского технологического университета (г. Сингапур) доктор **Риту Джайн** напомнила, что в дискуссии о качестве жизни наиболее важны три аспекта — физический, психологический и социальный. «Буллезный эпидермолиз несет физические страдания и ограничения, связанные с болью, дискомфортом и ограничением подвижности пациентов, а также стигмы и дискриминацию для этих людей. И, конечно, экономические сложности и последствия для семей больных», — сказала она.

Докладчик привела ряд исследований, где было показано бремя психологического влияния буллезного эпидермолиза на пациентов, в первую очередь — на детей и молодых людей, которые бывают ограничены в получении образования, ведь в некоторых странах (в частности, в Индии) их не принимают в школы, поскольку учителя не научены обращению с такими детьми. Кроме того, такие дети подвергаются буллингу и изоляции, их не вовлекают в социальную деятельность. У родителей этих детей также существуют проблемы, поскольку они не видят возможности реальной помощи, хотя делают все возможное и берут на себя огромную нагрузку по уходу за больным ребенком, испытывая фрустрацию и психическую усталость».

Доктор Риту Джайн подчеркнула важность работы социальных и общественных организаций, упомянув те, где трудится она сама («ДЕБРА Интернешнл» и «ДЕБРА Сингапур»), отметив, что эти международные объединения оказывают поддержку семьям, а также занимаются их информированием. «Наша цель — оказывать всестороннюю поддержку людям, живущим с буллезным эпидермолизом. Мы создаем и публикуем руководства по клинической практике и для врачей, и для самих пациентов, создаем гранты для разработки проектов по проведению исследований во всем мире, стараемся создавать и вести реестры пациентов, оказываем им юридическую помощь. У нас есть специальные издания, где мы рассказываем о трудовой терапии, реабилитации пациентов. В 2023 и 2024 годах мы провели ряд международных конгрессов в Сингапуре, Египте и Франции, где старались привлечь внимание к судьбам пациентов, страдающих буллезным эпидермолизом. Все эти кампании по привлечению внимания к данной проблеме и повышению осведомленности пациентов и здоровых людей, не только способствуют поддержке больных, но и призывают профессионалов активно заниматься проблемами буллезного эпидермолиза, развивать свои компетенции и стараться обеспечить пациентам более высокое качество жизни».

Л. Боева



МЕРОПРИЯТИЯ

Содружество без границ

ТЕРМИН «ОРФАННЫЕ БОЛЕЗНИ» (РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ, АНГЛ. ORPHAN DISEASE) ВПЕРВЫЕ ПОЯВИЛСЯ В ЯНВАРЕ 1983 ГОДА В США, И ОПРЕДЕЛЯЛСЯ КАК «БОЛЕЗНИ ИЛИ СОСТОЯНИЯ, ЗАТРАГИВАЮЩИЕ МЕНЕЕ 200000 ЛЮДЕЙ В США» («ANY DISEASE OR CONDITION THAT AFFECTS LESS THAN 200,000 PERSONS IN THE UNITED STATES»), ИЛИ ПРИМЕРНО 1 ЧЕЛОВЕКА ИЗ 1500.

В Европе редким считается заболевание, которым страдает 1 человек из 2000 (в расчет принимаются серьезные, угрожающие жизни, хронические заболевания).

В Японии орфанные болезни определяются как болезни, затрагивающие менее 50000 пациентов. Евросоюз принял следующее определение орфанных болезней: «орфанное заболевание — это угрожающее жизни и здоровью хроническое заболевание, которое имеет настолько низкую встречаемость, что необходимо применение специальных усилий для предотвращения заболеваемости, ранней смертности и повышения качества жизни больных».

При этом, по данным Европейской организации по редким заболеваниям, в Европе зарегистрировано от 5,0 до 7,0 тысяч редких заболеваний.

Орфанные (редкие) — это болезни, для которых характерно три признака:

1) редко встречаются в популяции населения (статистически редкое — 1: 2000 населения);

2) являются хроническими жизнеугрожающими (life-threatening) или вызывающими инвалидизирующие расстройства (chronical debilitating diseases);

3) требующие для своего лечения специфических средств (орфанное средство — orphan drugs).

Несмотря на то что один из критериев редкости орфанного заболевания — показатель распространенности — широко варьирует в разных странах (от 1:1000 до 1:200 000 населения), в настоящее время во многих странах пришли к выводу, что статус редкого заболевания следует закреплять законодательно, и к редким болезням относят врожденные и наследственные заболевания, частота которых не превышает определенной цифры, установленной законодательными актами.

Членами Профильной комиссии по медицинской генетике Минздрава России было предложено сгруппировать орфанные (редкие) болезни в соответствии с Международной статистической класси-



фикации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10). Выделенные 216 групп болезней были опубликованы на сайте Минздрава России (www.minzdrav.ru). В эту группу вошла нозологическая единица «врожденный буллезный эпидермолиз».

Таким образом, проблема диагностики и лечения орфанных заболеваний является актуальной во многих странах мира.

30–31 октября в городе Ташкенте (Республика Узбекистан) прошел Международный форум по диагностике и лечению орфанных болезней «Содружество без границ», в котором приняли участие ведущие медицинские эксперты, пред-

ставители благотворительных фондов, религиозных конфессий, законодательной и исполнительной власти из 19 стран Европы, Азии и Австралии.

Целью мероприятия было создание единой международной площадки на территории Республики Узбекистан для объединения усилий научных, медицинских, фармацевтических сообществ, а также органов исполнительной и законодательной власти разных стран для снижения смертности от орфанных наследственных болезней.

Главными научными организаторами форума явились Международный общественный фонд Zamin, Министерство здравоохранения и Академия наук Республики Узбекистан, Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, Республиканский специализированный научно-практический центр здоровья матери и ребенка. Со стороны Российской Федерации в состав научного комитета вошли Российская академия наук, Ассоциация медицинских генетиков, МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова и Российское общество медицинских генетиков.

Российская делегация состояла из более чем 150 специалистов, среди которых такие признанные международные эксперты, как академик РАН, директор МГНЦ, главный внештатный специалист по медицинской генетике Минздрава России Сергей Иванович Куцев, академик РАН, научный руководитель НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Александр Григорьевич Румянцев, академик РАН, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического Центра № 2 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова и многие другие.

Всего в работе форума приняли участие более 7500 специалистов очно и онлайн.

Важными темами для обсуждения были этико-правовые вопросы применения геномных технологий в медицине, перспективы и проблемы нормативного и финансового обеспечения лечения пациентов с орфанными болезнями в разных странах и применение искусственного

интеллекта в геномике и биомедицине. В программе форума было 65 сессий по широкому спектру вопросов, касающихся диагностики, лечения и качества жизни пациентов с орфанными болезнями.

Докладчиком от Московского Центра дерматовенерологии и косметологии стала заместитель главного врача по клинко-экспертной рабо-



О.В. Поршина

те к.м.н. О.В. Поршина, которая представила два доклада от группы авторов (Н.Н. Потекаев, О.В. Жукова, О.В. Поршина, П.Н. Богдан), посвященных опыту реализации программ по лечению пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом в городе Москве, а также клиническому многообразию форм заболевания. Доклады вызвали большой интерес у участников Форума.

В рамках мероприятия была организована экскурсия в «Центр генодерматозов» республики Узбекистан, в ходе которой были обсуждены проблемы оказания дерматологической помощи пациентам с врожденным буллезным эпидермолизом и ихтиозом, а также возможности сотрудничества с социальноориентированными НКО.

Форум «Содружество без границ» стал важным шагом в развитии международного сотрудничества. Благодаря совместным усилиям экспертов и представителей власти из разных стран разрабатывают эффективные стратегии для улучшения качества жизни пациентов с редкими генетическими заболеваниями.

к.м.н. О.В. Поршина

30–31 ОКТЯБРЯ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ (РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН) ПРОШЕЛ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОРФАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ «СОДРУЖЕСТВО БЕЗ ГРАНИЦ»



ЮБИЛЕИ

Оренбургский областной клинический кожно-венерологический диспансер отметил вековой юбилей

ИСТОРИЯ ОРЕНБУРГСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА — ЭТО ЛЕТОПИСЬ САМООТВЕРЖЕННОЙ БОРЬБЫ ЗА ЗДОРОВЬЕ ЖИТЕЛЕЙ СТЕПНОГО КРАЯ. С МОМЕНТА СВОЕГО ОСНОВАНИЯ В 1924 ГОДУ ДИСПАНСЕР НЕУСТАННО СОВЕРШЕНСТВОВАЛ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ОСВАИВАЛ НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, РАСШИРЯЛ СПЕКТР ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ. И ВСЕ ЭТО — РАДИ ГЛАВНОЙ ЦЕЛИ: ОБЕСПЕЧИТЬ ОРЕНБУРЖЦЕВ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ.

РОЖДЕНИЕ ДИСПАНСЕРА

25 октября **1924 года** газета «Советская степь» сообщила о скором открытии в Оренбурге венерологического диспансера. Решение это было продиктовано тревожным ростом заболеваемости сифилисом, ставшим настоящим бичом послереволюционной России.

В Государственном архиве Оренбургской области сохранились документы, свидетельствующие о том, что еще 20 октября **1924 года** Коллегия Кирнаркомздрава утвердила заведующим новым диспансером врача Исаака Самуиловича Розенберга.

Вскоре между Кирнаркомздравом и Оренбургским губздравотделом был заключен договор о создании венерологического диспансера. Диспансер получил кредиты на содержание стационара, инструментарий, а также обязательство губздравотдела предоставить «хорошо оборудованное здание». Так, в здании областной больницы начал свою работу первый в Киргизском крае венерологический диспансер.

Диспансер — единственное медицинское учреждение города, простоявшее на одном и том же месте в течение своей столетней истории. Здание на улице Кобозева, 39 стало свидетелем многих самых драматических событий в истории страны.

Первые годы работы диспансера были отмечены острой нехваткой материальных ресурсов и квалифицированных кадров. Тем не менее врачи диспансера проводили активную работу по выявлению и лечению больных, а также вели просветительскую работу среди населения.



Здание ОКВД на ул. Кобозева, 39 (2005 г.)

В **1925 году** в Оренбурге была проведена перепись всех заболевших венерическими заболеваниями, прошедших через лечебные пункты и кабинеты частнопрактикующих врачей. Для обеспечения правильного учета венерических больных в городе были введены специальные журналы регистрации пациентов.

В **1929 году** при диспансере был открыт женский трудовой профилакторий для перевоспитания женщин, занимающихся проституцией. Это был первый шаг на пути создания системы социальной реабилитации пациентов.

4 января **1930 года** заведующим оренбургским диспансером стал Александр Матвеевич Жоров, опытный врач-венеролог и талантливый организатор. Он возглавлял диспансер более 20 лет в самые сложные для страны годы.

В **1934 году** Оренбургский диспансер был восстановлен после кратковременного объединения с поликлиникой. Его коечная мощность увеличилась до 50 коек, а при диспансере была организована собственная клиническая лаборатория.

ИСПЫТАНИЯ
ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

В предвоенные годы Оренбургская область активно развивала дерматовенерологическую службу. Открывались новые диспансеры в Орске, Бугуруслане, Бузулуке, а также кожно-венерологические пункты в районах области.

В **1941 году**, с началом Великой Отечественной войны, работа диспансера значительно осложнилась. Главный врач А.М. Жоров ушел на фронт, а его место занял опытный дерматовенеролог А.В. Соловьев. Условия работы были тяжелейшими: не работали водопровод и канализация, кабинеты врачей и палаты отапливались печками. Вскоре в здании диспансера разместилось венерическое отделение госпиталя. Но, несмотря на все трудности, сотрудники диспансера продолжали оказывать помощь больным.

В **1944 году** в Оренбурге был открыт медицинский институт. Одной из первых кафедр нового вуза стала кафедра кожных и венерических болезней, что значительно укрепило научный потенциал областного диспансера.

РАСШИРЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ
СЛУЖБЫ

После окончания войны, в **1946 году**, диспансер столкнулся с угрозой ликвидации. Облздравотдел принял решение о его реорганизации и передаче здания онкологическому диспансеру. Однако благодаря настойчивости главного врача А. М. Жорова и поддержке облплана решение было отменено, и диспансер продолжил свою работу.

В **1948 году** благодаря приказам Министерства здравоохранения СССР объединились кожно-венерологический диспансер и стационар, став единым лечебным учреждением.

В **1950-х годах** врачи областного диспансера активно участвовали в освоении целинных земель, обеспечивая медицинское обслуживание тысяч целинников. В **1955 году** главным врачом диспансера назначен Б.П. Бакшт, при нем учреждение продолжило свое поступательное развитие.

БОРЬБА С СОЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

В **1960-е годы** перед диспансером встали новые задачи. В связи с ростом заболеваемости чесоткой в **1968 году** был создан противочесоточный кабинет. Врачи диспансера активно проводили профилактические осмотры и лечение больных, что позволило в кратчайшие сроки локализовать вспышку этого заболевания.

В **1970-е годы** наблюдался рост заболеваемости сифилисом. Были приняты дополнительные меры по усилению борьбы с венерическими заболеваниями. В каждом районе области была организована лаборатория, ставящая осадочные реакции на сифилис. В **1972 году** было принято решение о расширении областного КВД и открытии городского КВД в Новотроицке.

12 января **1983 года** главным врачом областного диспансера стал Валерий Павлович Карянов, под руководством которого диспансер вступил в новую эпоху своего развития.

НОВАЯ ЭПОХА

В **1986 году** диспансер получил дополнительное здание под стационар, что позволило улучшить условия пребывания больных. Продолжалась модернизация лабораторной службы, были внедрены новые методы диагностики ИППП. Особое внимание уделялось профилактической работе с детьми и подростками.

В **1990-е годы**, в период социально-экономических преобразований в стране, диспансер столкнулся с новым вызовом — резким ростом заболеваемости ИППП. В ответ на это были усилены профилактические мероприятия, расширена сеть кожно-венерологических кабинетов, внедрены новые методы лечения.

В **1991 году** было открыто анонимное отделение для лечения больных ИППП. В конце **1990-х годов** началось строительство нового корпуса диспансера. В **1999 году** новое здание было введено в эксплуатацию, что значительно улучшило материально-техническую базу диспансера и создало комфортные условия для пациентов и персонала.

В **2000-е годы** диспансер продолжил свою работу по профилактике, диагностике и лечению болезней кожи и ИППП, активно внедряя новые технологии и методы лечения. В **2003 году** был создан отдел первичной профилактики, а в **2007 году** диспансер стал участником федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями».



Коллектив диспансера и кафедры кожных и венерических болезней ОГМА в начале XXI века (2001 г.)

НОВЕЙШАЯ ИСТОРИЯ: ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И МОДЕРНИЗАЦИЯ

Последние десять лет стали для Оренбургского областного клинического кожно-венерологического диспансера временем масштабных преобразований, направленных на повышение качества и доступности дерматовенерологической помощи для жителей области.

В **2014 году** диспансеры Оренбурга, Орска, Новотроицка, Бузулука и Бугуруслана были объединены в единое учреждение. Эта централизация позволила оптимизировать использование ресурсов и обеспечить доступность квалифицированной помощи жителям всех районов области.

В **2015 году** диспансер получил статус автономного, что дало ему больше свободы в управлении финансами и планировании своей деятельности. Благодаря этому диспансер смог оперативно реагировать на меняющиеся потребности пациентов, внедрять новые технологии и повышать качество медицинской помощи.

В период с **2014 по 2024 годы** диспансер провел масштабную модернизацию своей материально-технической базы. В результате этой работы пациенты получили доступ к диагностике и лечению на уровне ведущих клиник страны.

ЮБИЛЕИ

100 лет дерматовенерологической службе Республики Бурятия

ИСТОКИ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ УХОДЯТ В ДАЛЕКОЕ ПРОШЛОЕ, КОГДА В 20-Е ГОДЫ ПРОШЛОГО СТОЛЕТИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСИЛА УГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР.

Нарком здравоохранения Бурят-Монгольской АССР А. Т. Трубочеев определил оздоровление населения республики «важной государственной задачей», особо обратив внимание на венерическую помощь населению. В итоге к концу 1924 года был организован кожно-венерологический диспансер в городе Верхнеудинск, первым руководителем которого стал Матвей Иванович Звонарев.

За четыре месяца функционирования диспансера было принято 637 первичных больных, из них 458 (76 %) больных сифилисом. В связи со сложившейся острой ситуацией заболеваемости сифилисом в 1925 году в республике дополнительно открываются три диспансера (Бильчирский, Баганай-Харганайский и Ольхонский).

В 1927 году открылось дерматовенерологическое отделение при республиканской больнице, заведовал которым Александр Матвеевич Пестерев — талантливый организатор, отличный клиницист, заслуженный врач Бурятской АССР и РСФСР. В 1932 году он возглавил дерматовенерологическую службу республики. К этому времени было развернуто уже девять венерологических пунктов, а принятые меры позволили снизить заболеваемость сифилисом до 25 % от обследованного населения.

За четыре года Бурнаркомздравом было организовано восемь отрядов по борьбе с венерическими заболеваниями. В районах работала Советско-германская экспедиция, организованная директором Центрального кожно-венерологического института, профессором Вольфом Моисеевичем Броннером. Руководил экспедицией профессор Берлинского университета Эйслер. Экспедиция была полностью оснащена всеми необходимыми лекарствен-

ными препаратами и имела две развернутые лаборатории: серологическую и клиническую. Итогом этих противоэпидемических мероприятий явилось резкое снижение заболеваемости сифилисом: в 1,6 раза.

Послевоенный период, начиная с 1948 года, характеризуется подъемом заболеваемости сифилисом в Бурятии. Силами врачей-дерматовенерологов проводятся массовые обследования населения на сифилис с постановкой серологических реакций, формируются комплексные экспедиции врачей-дерматовенерологов, фтизиатров, окулистов, лаборантов под руководством наркомздрава Н. А. Абыкова, который возглавлял здравоохранение республики с 1940 по 1948 гг., а дерматовенерологическую службу — с 1948 г.

С 1948 года в республике функционирует научное общество дерматовенерологов, которое насчитывает на сегодняшний день 80 врачей-дерматовенерологов и косметологов.

В дальнейшем дерматовенерологическую службу республики Бурятия возглавляли: Е. К. Бадашкева (1962–1980), Г. Г. Пеннер (1980–1984), д.м.н., заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РБ С. Д. Тарнуева (1984–2002).

С 2002 по 2023 годы службу возглавлял врач высшей категории, заслуженный врач РБ Николай Николаевич Ермолаев. Под его руководством в 2004 году РКВД одним из первых в Сибири и на Дальнем Востоке внедрил высокотехнологические методы лечения псориаза и атопического дерматита генно-инженерными препаратами. С 2002 года внедрена диагностика ИППП на базе ПЦР-лаборатории Детской больницы № 2 г. Улан-Удэ, в 2004 — озонотерапия при осложненных дерматозах. В 2014 г. была открыта современная ПЦР-лаборатория на базе РКВД, внесшая значи-



Николай
Аржеевич Абыков



5-й Бурят-Монгольский съезд Союза Медсантруд — 1929 г.



Дерматовенерологическая служба Республики Бурятия — 1987 г.



Батуев
Эрдэни Дугарович

тельный вклад в борьбу с пандемией COVID-19. В 2020 году внедрена фотодинамическая терапия тяжелых дерматозов.

С 2024 года по настоящее время дерматовенерологическую службу республики возглавляет заслуженный врач Республики Бурятия Эрдэни Дугарович Батуев, который продолжает развитие службы и приумножает ее лучшие традиции.

Новое время ставит новые задачи, открывает новые горизонты и возможности. Коллектив Республиканского кожно-венерологического диспансера бережно хранит и умножает лучшие традиции своей службы, гордится поколением врачей, внесших большой вклад в ста-

новление практической дерматовенерологии региона, таких как: А. Т. Трубочеев, Н. А. Абыков, В. Р. Боянова, Л. Д. Мадыева, А. М. Пестеров, Е. К. Бадашкева, Г. Г. Пеннер, А. А. Свинкин, Л. П. Шестакова, С. Д. Тарнуева и др.

Сегодня ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» — это динамически развивающееся учреждение здравоохранения, в структуре которого поликлиническое (на 100 посещений в смену), стационарное отделение (15 коек дневного пребывания и 30 круглосуточных коек), клинко-диагностическая лаборатория, организационно-методический, косметологический, микологический кабинеты и прочие структуры.

В Красноярске отметили 100-летие дерматовенерологической службы

3 НОЯБРЯ 1924 ГОДА НА ОСНОВАНИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО ГОРСОВЕТА БЫЛ ОРГАНИЗОВАН КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР. С ТЕХ ПОР В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ НАЧАЛОСЬ СТРЕМИТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

Это знаменательное событие не могло остаться без внимания — 11 октября в стенах Красноярского государственного медицинского университета состоялась VI междисциплинарная региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии, косметологии и репродуктивного здоровья», посвященная юбилею основания службы.

Кроме традиционного заслушивания докладов Красноярских ученых и врачей, ведущих лекторов из других городов, главный внештатный специалист министерства здравоохранения Красноярского края по дерматовенерологии и косметологии, главный врач Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера № 1, д.м.н., профессор Юрий Юрьевич Винник выступил с лекцией об истории становления дерматовенерологии в Енисейской губернии

и Красноярском крае, вспомнил ушедших из жизни докторов и ученых, которые активно развивали эту специальность.

Врачи, внесшие особый вклад в развитие службы, были отмечены памятными наградами, которые им лично вручил ректор медицинского университета Алексей Владимирович Протопопов. Не оставили без внимания и заслуги кафедры дерматовенерологии медицинского университета. Почтили память заведующего кафедрой в период 1987–2015 гг. Виктора Ивановича Прохоренкова, имя которого носит кафедра в наши дни.

Особым событием стала презентация монографии, посвященной истории становления дерматовенерологической службы в Енисейской губернии и Красноярском крае в авторстве Винника Ю. Ю. и заведующей кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО,

д.м.н., доцента Карачевой Ю. В. под редакцией Протопопова А. В. Авторы в течение двух лет проводили кропотливую работу по поиску, анализу и структурированию документальных материалов за вековой период, благодаря чему читатели могут сравнить и сопоставить методы диагностики и лечения, применяемые сегодня и в прошлые годы.

3 ноября состоялось торжественное мероприятие, посвященное 100-летию юбилею службы, на которое в качестве почетных гостей были приглашены врачи-дерматовенерологи, руководство медицинского университета, представители министерства здравоохранения края и главные врачи краевых учреждений. Министр здравоохранения Красноярского края высоко оценила уровень работы краевого диспансера и Ю. Ю. Винника как главного внештатного специалиста, который осуществляет методическую



Вручение министром здравоохранения Красноярского края Н. С. Говорушкиной Благодарственного письма губернатора Красноярского края Котюкова М. М. главному врачу КККВД Виннику Ю. Ю.

и консультативную работу со всеми краевыми медицинскими организациями, в составе которых есть дерматовенерологические отделения и кабинеты.

Многие сотрудники диспансера были награждены благодарственными письмами и почетными грамотами. Ректор КрасГМУ А. В. Протопопов отметил тесную связь дерматовенерологической службы и университета, которую трепетно поддерживает Юрий Юрьевич, будучи профессором кафедры дерматовенерологии и научным руководителем диссертационных работ аспирантов.

ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

ГРОЗНЫЙ 31.10



ЕКАТЕРИНБУРГ 26–27.11



ТАМБОВ 06.12



НОВОСТИ РЕГИОНОВ

ГБУЗ ТОКВКД вновь в 100 лучших!

В 27-й раз прошел всероссийский конкурс «100 лучших товаров России». Известное мероприятие стимулирует предприятия и учреждения на улучшение качества продукции, снижение негативного воздействия производства на окружающую среду, обеспечение безопасности товаров и услуг.

Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер третий год подряд принимает участие в этом конкурсе. И вновь одержал победу! В этом году учреждение стало лауреатом

всероссийского этапа и получило право на золотой товарный знак «100 лучших товаров России» с услугой по лечению дерматозов. Торжественное награждение лауреатов и дипломантов заключительного этапа Всероссийского конкурса прошло 14 ноября, во Всемирный день качества. Также почетным знаком «Отличник качества» награждена главный врач диспансера Вера Николаевна Шустова. Конкурс «100 лучших товаров России» на протяжении более четверти века 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.

III Международный инфекционный форум

8 декабря в Москве открылся III Международный инфекционный форум. Четырехдневный марафон обещает стать значимым событием для всех, кто связан с медициной и наукой о здоровье.

Форум уже зарекомендовал себя как важное мероприятие в медицинском сообществе.



В прошлом году он привлек внимание не только врачей-инфекционистов, но и специалистов из различных областей.

В этом году Московский Центр дерматовенерологии и косметологии представил на Форуме секцию «Инфекционные болезни в практике врача-дерматовенеролога», где продолжил обсуждение наиболее актуальных проблем инфекционных болезней, важных не только для России, но и для мира в целом.

Директор Центра, профессор Н. Н. Потекаев представил объемный доклад «Оспа обезьян. Дерматологические аспекты». Он рассказал о местных и системных клинических проявлениях оспы обезьян, дал характеристику и описал основные стадии развития высыпаний, остановился на осложнениях заболевания. При клинической дифференциальной диагностике он посо-

ветовал рассматривать другие заболевания, сопровождающиеся высыпаниями, такие как натуральная и ветряная оспа, корь, пиодермия и др.

В свою очередь главный научный сотрудник Центра профессор А. А. Халдин рассказал об опоясывающем герпесе. Спикер остановился на заболевании как междисциплинарной проблеме. О горизонтах диагностического поиска инфекционных экзантем рассказала заместитель главного врача, к.м.н. О. В. Поршина. Заместитель директора по научной работе, профессор О. В. Доля представила «Настоящее и будущее диагностики сифилиса», в завершении секции выступила к.м.н. Е. С. Негашева, она представила доклад «Молекулярная диагностика "ключевых" инфекций, передаваемых половым путем перспективы использования в дерматовенерологии».

В Кемеровском медицинском университете организована кафедра дерматовенерологии и косметологии

В 2024 году в ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России организована кафедра дерматовенерологии и косметологии, первостепенной задачей которой является подготовка высококвалифицированных кадров по специальностям «дерматовенерология» и «косметология».

Клинической базой подготовки студентов Кемеровского государственного медицинского университета станет ГАУЗ «Кузбасский клинический кожно-венерологический диспансер», который является ведущей медицинской организацией по оказанию специализированной, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи по профилю дерматовенерологии и обладает всей необходимой материально-технической базой.

Приоритетным направлением кафедры, ввиду выраженного дефицита кадров врачей-дерматовенерологов, станет подготовка клинических ординаторов для дальнейшей работы практикующими врачами в медицинских организациях Кузбасса.



ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» принял участие в международном форуме «Всемирный день качества-2024»

11–15 НОЯБРЯ 2024 ГОДА В МОСКВЕ ТРАДИЦИОННО ПРОШЛИ МЕРОПРИЯТИЯ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ВСЕМИРНОМУ ДНЮ КАЧЕСТВА.

Организаторы мероприятия — Роскачество, Минпромторг России, Росстандарт создали уникальную дискуссионную площадку для обмена опытом, сфокусированную на вопросах качества, эффективности и устойчивого развития.

В рамках Форума обсуждались актуальные проблемы выбора эффективных подходов к обеспечению качества в здравоохранении, образовании, промышленности и других отраслях экономики России, вопросы повышения качества бизнес-процессов, вектор инновационного развития, состоялся обмен практиками эффективно и антикризисного управления, формирования и совершенствования механизмов обеспечения гарантий качества и устойчивого развития в условиях глобальных вызовов.

ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», как Лауреат Премии Правительства РФ в области качества, был при-

глашен на сессию «Горизонты развития управления качеством в здравоохранении», чтобы поделиться своим уникальным опытом.

На сессии Центр представили: директор ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», д.м.н., проф. Потекаев Николай Николаевич, заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, представитель руководства — уполномоченный по качеству, к.м.н. Поршина Оксана Владимировна и руководитель отдела менеджмента качества Центра, д.соц.н., доцент Калабухова Галина Валентиновна.

Об управленческих инновациях, работе с обращениями граждан как одном из механизмов внутреннего контроля качества медицинской организации и успешном участии ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в конкурсах и премиях в области качества рассказала Оксана Владимировна Поршина.

Мировым трендом в настоящее время является повышение вовлеченности пациентов

в процессы оказания и непрерывного совершенствования качества медицинской помощи. При этом сами системы здравоохранения заинтересованы в использовании и развитии различных каналов получения обратной связи с пациентами, в том числе на основе современных технологий.

Осенью 2023 года и в августе 2024 года вышли новые стандарты, которые акцентируют все большее внимание медицинских организаций на пациентоориентированность, человекоцентричность и все большее вовлечение пациентов в процессы совершенствования оказания медицинской помощи:

- ГОСТ Р 71549-2024 «Система менеджмента человекоцентричной медицинской организации. Общие требования»,
- ИСО 7101:2023 «Системы менеджмента качества медицинских организаций. Требования».



В этой связи обращения граждан являются ценным, универсальным практическим инструментом, который способен отразить все дефекты качества оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности. О применении данных стандартов, подходов к работе с обращениями граждан и инструментов повышения качества и безопасности медицинской деятельности в практике ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» и рассказала Оксана Владимировна.

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ
№8 (48)

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

Учредитель: Межрегиональная Общественная Организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

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

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

Главный редактор — Потекаев Н.Н.

Зам. главного редактора — Доля О.В.

Зам. главного редактора — Жукова О.В.

Научный редактор — Поршина О.В.

Шеф-редактор — Николаева Н.В.

Редактор — Шевцова В.В.

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

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

Периодичность: 4 номера в год

Газета набрана и сверстана в ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»,
отпечатана в ООО «Борус-Пресс».

300041, г. Тула, ул. Соффера, д. 6

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 18.12.2024

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.

“ ЭТО ЖЕ Я,
ДОКТОР! ”

ВЫ МОЖЕТЕ УДИВИТЬСЯ, КОГДА УВИДИТЕ ПАЦИЕНТА СНОВА!

БОЛЕЕ 80% ПАЦИЕНТОВ УДЕРЖИВАЮТ **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ**
В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ¹ БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО ТРЕМФЕЯ:

- СПОСОБСТВУЕТ ПОЛНОМУ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ*
- ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ, СОПОСТАВИМЫМ С ПЛАЦЕБО²⁻⁴
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛЬНОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ⁵

* 53% ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГУСЕЛЬКУМАБ, ДОСТИГЛИ И УДЕРЖИВАЛИ PASI 100 В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ VOYAGE-1^{1,2} PASI (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) - ИНДЕКС РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА.

1. REICH K, ET AL. BR J DERMATOL.2021;185(6):1146-1159. 2. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2022 APR;86(4):827-834. 3. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2017;76:405-417. 4. LANGLEY RG. ET AL. BR J DERMATOL 2018;178:114-123. 5. MCLNNE IB. ET AL. ARTHRITIS RHEUMATOL 2021;74(3):475-485.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПРЕПАРАТА И ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ:
ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ, 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, Д. 17, КОРП. 2.
ТЕЛ. (495) 755-83-57, ФАКС: (495) 755-83-58. СР-477159 ОКТЯБРЬ 2024



Инструкция
по медицинскому
применению и общая
характеристика
лекарственного
препарата Тремфрея

Johnson & Johnson