НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

19 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Москва | 17-19 марта 2026

СБОРНИК ТРУДОВ



Научный редактор
Сборника Трудов
19 Всероссийского Съезда Национального альянса
дерматовенерологов и косметологов

Жукова Ольга Валентиновна,
главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерология и косметология Министерства здравоохранения РФ, главный врач Московского Центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», исполнительный директор Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, доктор медицинских наук, профессор

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АКРАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА — СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ

Волкова С. Б., Елина В. С.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный»
г. Москва

Введение. Псориаз кожи — это хроническое, воспалительное заболевание с преобладанием поражения кожи и суставов. В развитии заболевания значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды. Распространенность псориаза по литературным данным наблюдается у 1–5% населения стран. Выделяют несколько клинических форм псориаза — обыкновенный (вульгарный, бляшечный), себорейный, каплевидный, пустулезный (генерализованный Цумбуша; ладоней и подошв Барбера; акродерматит стойкий гнойный Аллопо), инверсный, псориатическая эритродермия, псориатический артрит (псориаз артропатический). Особые формы поражения кистей и стоп (ладонно-подошвенный псориаз) или изолированная псориатическая онихопатия встречаются относительно редко, в то время как поражение кистей при распространенных формах псориаза — частая ситуация. Псориаз ладоней и подошв проявляется в виде симметричных очагов гиперкератоза, покрытых беловато-серебристыми чешуйками с четкими границами. Чешуйки удаляются с трудом, под ними обнаруживается гиперемированная кожа с трещинами на поверхности. Внутри очагов гиперкератоза встречаются участки неизмененной кожи с четкими границами. Дифференциальную диагностику ладонно-подошвенной зоны при псориазе следует проводить с микозами, хронической экземой, папулезным сифилидом, кератодермиями. Лечение ладонно — подошвенной формы псориаза зависит от тяжести течения и распространенности процесса. При ограниченных проявлениях псориаза применяют топические глюкокортикостероидные препараты, средства, содержащие синтетические аналоги витамина D, активированный цинк пиритион. Системная терапия проводится при среднетяжелых и тяжелых формах псориаза и включает фотохимиотерапию, лечение иммунодепрессантами, генно-инженерными биологическими препаратами. **Цель:** демонстрация особенностей диагностики высыпаний на ладонях и подошвах. Клинический случай: Пациент М, 75 лет обратился к врачу — дерматовенерологу в марте 2025 года с жалобами на высыпания на кистях, избыточное ороговение кожи ладоней, незначительный зуд. На приеме установлен диагноз «Тилорическая экзема кистей», назначены топические наружные кремы с ГКС, кератолитическим эффектом, антигистаминные таблетированные препараты. После лечения положительной динамики не наблюдалось, пациенту назначили инфузионную терапию кальция глюконатом и раствором супрастина на 10 дней. Наружно мазь с 25% мочевины, смягчающие и увлажняющие кремы. Через 2 недели на коже ладоней оставались глубокие трещины, участки гиперкератоза. Заподозрена «Кератодермия ладоней», назначен ретинола пальмитат внутрь в дозировке 50 000 МЕ/сутки в течение 2 месяцев, наружно ретиноевая мазь. Летом мужчина отмечал улучшение процесса, связывал с получением санаторно-курортного лечения. В октябре 2025 года вновь обратился на прием из-за обострения заболевания, сильного зуда, болезненности глубоких трещин. Наружная терапия раствором фукорцина и крема с бетаметазоном, внутримышечные инъекции дексаметазона значительного эффекта не дали. По рекомендации Консультативного отделения проведена диагностическая биопсия. **Заключение:** Эпидермис с очаговым паракератозом, акантозом, фокусом спонгиоза. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Гистологические изменение в пределах биоптата соответствуют подострому спонгиотическому дерматиту и не исключают диагноз «Тилорическая экзема кистей». В январе 2026 года у пациента появились высыпания на коже левого локтя, подошвенностой стороне правой стопы в виде округлых розовых бляшек с серебристо-белым шелушением до 1,5 см в диаметре. Псориатическая триада положительная. В связи появлением новых клинических симптомов, основной диагноз был изменен на псориаз распространенный, прогрессирующая стадия. **Выводы.** Данный клинический случай показывает, как в амбулаторных условиях бывает трудно дифференцировать два часто встречающихся диагноза в практике врача-дерматовенеролога — псориаз кожи и хроническую экзему кистей, клинически схожих на начальных этапах проявления заболевания. Иногда, диагноз псориаз можно установить только при появлении классических папул на коже туловища и конечностей. И заключение патогистологического исследования биоптата не дает однозначного трактования. Необходимо тщательно собирать анамнез пациента и сопоставлять диагноз с клинической картиной.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Уткин П. С.[1], Ибрагимхалилова Э. Д.[1], Солнцев В. В.[1], Абдаллах Н. С. А.[2], Жукова О. В.[1,2]
1 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Актуальность. В последнее десятилетие эпидемическая ситуация в мире, связанная с дерматофитными инфекциями, характеризуется рядом особенностей. С одной стороны, это — быстрый рост числа случаев микозов, этиология которых связана с инфицированием Trichophyton mentagrophytes (как следствие -постепенная потеря ведущих позиций Trichophyton rubrum). С другой стороны — общеизвестная тенденция к повсеместному использованию фиксированных комбинаций, содержащих глюкокортикостероиды высокой потенции, которые применяются большинством пациентов во время первого эпизода грибкового заболевания. Клиническое сходство высыпаний при дерматомикозах с другими дерматозами приводит как диагностическим, так и терапевтическим ошибкам.
Цель. Провести анализ факторов риска развития поверхностных микозов редких локализаций.
Материал и методы. В исследование было включено 491 пациента с микозами различной локализации. Средний возраст пациентов составил 23,7±10,3 лет. Анализ анамнестических данных включал сбор анамнестических сведений, а также анализ провоцирующих факторов, ассоциированных с особенностями течения заболевания. Микологическое исследование включало микроскопическое исследование материала волос и чешуек из очагов и бактериологическое (культуральное) исследование для идентификации вида возбудителя на среде Сабуро. Корреляционный анализ выполнен по методике ранговой корреляции по Спирмену. Критический показатель уровня значимости и достоверности различий считался $p<0,05$.
Результаты. Локализация микоза в аногенитальной области была диагностирована у 12 (2,4%), паховой области — у 9 (1,8%), в аксиллярных областях– у 6 (1,2%), в периорбитальной области 5 (0,1%), в периоральной области — у 3 (0,06%) пациентов.
Установлено, что значимыми факторами риска развития микозов редких локализаций явились плохая гигиена и совместное использование предметов личной гигиены (ОШ=5,33, 95% ДИ: 12,4–66,8, p=0,01), совместное использование членами семьи лекарственных препаратов, назначенных врачом (ОШ=7,28, 95% ДИ: 10,5–33,2, p=0,05), самолечение наружными комбинированными кортикостероидными и противогрибковыми средст-

вами (ОШ=9,17, 95% ДИ: 9,13–40,09, p=0,001), плохое соблюдение режима лечения (ОШ=3,92, 95% ДИ: 7,3–22,7, p=0,01).
Выводы. Становится все более очевидным, что течение дерматомикозов имеет тенденцию к росту числа случаев с высыпаниями на коже анатомических областей, выходящих за рамки «типичных» локализаций. Рекомендуется тщательное клиническое и микологическое обследование пациентов, имеющих в анамнезе указания на значимые факторы риска. Использование стероидсодержащих комбинированных препаратов, несомненно, играет роль в распространении и изменении морфологии различных клинических вариантов дерматофитоза.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ

Шачнев А. С.[1], **Жукова О. В.**[1,2], **Острецова М. Н.**[1]
1Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва
2 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Дисгидротическая экзема (ДЭ) — разновидность экземы, характеризующаяся появлением на коже ладоней и (или) подошв, латеральных поверхностях пальцев кистей и стоп плотных, зудящих везикулярных или реже буллезных элементов, склонная к длительному хроническому рецидивирующему течению. Этиопатогенез ДЭ демонстрирует разнообразие провоцирующих факторов, связанных с манифестацией и обострением заболевания.
Цель. Изучить факторы, влияющие на обострение кожного процесса у пациентов с ДЭ.
Материал и методы. В исследование было включено 132 пациента с ДЭ: 55 (41,7%) мужчин и 77 (58,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 33,7±10,3 лет. Анализ анамнестических данных включал сбор анамнестических сведений о сроках появления первых клинических признаков ДЭ и характере. ее последующего течения, частоте обострений, а также детальный анализ провоцирующих факторов, ассоциированных с обострением заболевания. Корреляционный анализ выполнен по методике ранговой корреляции по Спирмену. Критический показатель уровня значимости и достоверности различий считался p<0,05.
Результаты. Установлено, что у 12,1% пациентов имелись указания на наличие контактной аллергии, в результате чего были детализированы предикторы, достоверно влияющие на обострение кожного процесса. Механические факторы (использование жестких мочалок, перчаток, пилингов, скрабов, трение) повышали риск обострения в 14,33 раза (ОШ=14,33, 95% ДИ: 12,4–66,8, p=0,01). Анализ раздражающих факторов показал, что частое мытье рук, длительные и частые контакты с водой увеличивали риск обострений в 10,14 раз (ОШ=10,14, 95% ДИ: 9,1–41,00, p=0,008). Использование моющих и очищающих средств (гелевые моющие средства, использование средств для ухода за кожей из масс-маркета (не лечебной косметики), средства для мытья посуды и поверхностей) повышало риск в 15,91 раз (95% ДИ: 7,25–32,00, p=0,05). Использование антисептиков также влияло на обострение кожного процесса (ОШ=11,52, 95% ДИ: 10,3–22,25, p=0,012).
Заключение. Факторами риска, определяющими развитие рецидивирующего течения ДЭ выступают механические и раздражающие факторы, влияющие на нарушение барьерной функции кожи, что подчеркивает необходимость включения в терапевтическую стратегию мероприятий, направленных на ограничение потенциальных факторов риска и формирование правильной стратегии ухода за кожей.

АНОГЕНИТАЛЬНЫЙ ПСОРИАЗ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Курдина М. И.
Клинико-диагностический центр МЕДСИ на Белорусской г. Москва

Введение. Диагностику аногенитального псориаза усложняет недостаточная осведомленность врачей и стеснительность пациентов. При этом общая площадь поражения и степень тяжести заболевания часто находятся в обратно пропорциональной зависимости, что диктует необходимость назначения системной терапии.
Цель. Осветить особенности клинической картины и наш опыт монотерапии нетакимабом больных псориазом аногенитальной локализации. Материалы и методы. Под наблюдением находился 31 взрослый пациент (n=31) с псориазом аногенитальной локализации. Степень тяжести заболевания определяли с помощью индекса sPGA-G (static Physician's Global Assessment of Genitalia, статистическая общая оценка врачом общей тяжести псориаза генитальной области). Оценку проводили до начала лечения, а затем каждые 4 недели до 52-й недели включительно. Все пациенты в амбулаторных условиях получали монотерапию ингибитором интерлейкина-17 (ИЛ-17) нетакимабом в дозе 120 мг в виде 2 подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата, каждую из которых вводили исходно, через одну и через две недели, а затем — 1 раз каждые 4 недели. Общая продолжительность лечения каждого пациента составила 52 недели. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) определяли с помощью опросников до начала лечения, на 12-й и 52-й неделях. Безопасность нетакимаба оценивали на основании развития нежелательных явлений и местных реакций на введение препарата.
Результаты. Проведенная в течение 52 недель монотерапия нетакимабом аногенитального псориаза доказала высокую клиническую эффективность препарата. Полного клинического выздоровления (sPGA-G 0) через 12 недель лечения достигли 48,4% пациентов, через 24 недели — 67,7%, через 52 недели — 77,4%. Значение дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) за время лечения уменьшилось в 6,6 раза, что свидетельствует о значительном улучшении качества жизни пациентов. Серьёзных нежелательных явлений и досрочного выбывания участников из исследования по этой причине не зарегистрировано. **Заключение.** Несмотря на широкую распространенность псориаза аногенитальной зоны, связанного с ухудшением качества жизни и сексуального здоровья, его часто упускают из виду в реальной клинической практике. Информирование как медицинских работников, так и пациентов о псориазе этой локализации, имеет особое значение, поскольку пациенты с генитальным псориазом могут обращаться к врачам разных медицинских специальностей. Применение ГИБП открывает новые возможности в терапии псориаза аногенитальной зоны. Лечение нетакимабом приводит к быстрому достижению клинического ответа, сохраняющемуся на протяжении всего лечения, и не вызывает серьезных нежелательных явлений.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ IL-2 И JAK2 С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Алиев А. Ш., Курбонов О. Ж.
Ташкентский государственный медицинский университет Республика Узбекистан, г. Ташкент

Введение. Атопический дерматит (АД) является хроническим воспалительным заболеванием кожи с многофакторным патогенезом, в котором ключевую роль играют нарушения иммунной регуляции и активация Th2-опосредованных цитокиновых каскадов. Сигнальный путь JAK-STAT и регуляторные цитокины, в частности интерлейкин-2 (IL-2), участвуют в поддержании воспаления и определяют клиническую вариабельность заболевания.

Актуальность. Изучение генетических факторов, влияющих на тяжесть АД, представляет значительный интерес с точки зрения прогноза и персонализированного подхода к терапии. **Целью** исследования явилось изучение распределения аллелей и генотипов полиморфизмов IL-2–330 T/G (rs2069762) и JAK2 Val612Phe у пациентов с атопическим дерматитом и оценка их связи с тяжестью течения заболевания. Материалы и методы. В исследование были включены 72 пациента с диагностированным атопическим дерматитом и 72 здоровых донора, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз АД устанавливался на основании критериев Hanifin и Rajka, степень тяжести оценивалась по шкале SCORAD. Генотипирование полиморфизмов IL-2–330 T/G и JAK2 Val612Phe проводилось методом ПЦР-RFLP. Статистическая обработка включала анализ частот аллелей и генотипов, расчёт отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом и проверку соответствия равновесию Харди–Вайнберга.
Результаты показали, что распределение аллелей и генотипов полиморфизма JAK2 Val612Phe у пациентов с АД не отличалось от контрольной группы, статистически значимых ассоциаций с риском или тяжестью заболевания выявлено не было (p>0,05). Основной аллель G преобладал как у больных, так и у здоровых доноров, минорный аллель T встречался крайне редко. В то же время для полиморфизма IL-2–330 T/G установлены более выраженные различия. Гомозиготный вариант GG достоверно чаще выявлялся у пациентов с атопическим дерматитом по сравнению с контрольной группой (16,6% против 6,9%; p=0,048; OR≈2,66). Анализ распределения генотипов в зависимости от тяжести заболевания показал нарастание частоты GG-генотипа по мере утяжеления клинического течения, достигая максимальных значений при тяжёлой форме АД (23,1%; p=0,025; OR≈4,02).
Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что полиморфизм IL-2–330 T/G, особенно гомозиготный вариант GG, ассоциирован с повышенным риском развития и тяжёлым течением атопического дерматита. В отличие от этого, полиморфизм JAK2 Val612Phe не оказывает значимого влияния на клинический фенотип заболевания в исследованной выборке. Таким образом, вариации в промоторных областях цитокиновых генов, влияющие на уровень их экспрессии, могут играть важную роль в формировании индивидуальной предрасположенности и выраженности воспалительного процесса при атопическом дерматите.
Заключение. Полученные результаты подчёркивают перспективность дальнейших исследований иммуногенетических маркёров для стратификации риска и персонализации терапии у пациентов с АД.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: В ФОКУСЕ ТЕРАПИЯ ЦИКЛОСПОРИНОМ

Уткин П. С.[1], Солнцев В. В.[1,2], Сольнова В. Е. [1], Юнда И. В.[1], Касихина Е. И.[1,2], Острецова М. Н.[1,2]
1 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Актуальность. Целью любых схем лечения атопического дерматита является достижение и поддержание состояния, при котором в повседневной жизни у пациента наблюдаются легкие симптомы или их отсутствие, а также нет субъективного ощущения дискомфорта от высыпаний и зуда. Циклоспорин — оно из лекарственных средств, в различных рандомизированных клинических исследованиях демонстрирующих положительный эффект при лечении детей со среднетяжелой и тяжелой формами атопического дерматита. Продемонстрирован выраженный противозудный эффект циклоспорина, связанный со снижением плотности эпидермальных нервных окончаний и уровня экспрессии генов рецепторов, связанных с зудом. Однако клинические данные, полученные в исследованиях, проводимых в условиях повседневной практики, и касающиеся долгосрочной эффективности и безопасности, остаются скудными, а клинические испытания не в полной мере отражают реальность повседневной практики.
Цель: провести анализ собственного опыта лечения циклоспорином детей и подростков с атопическим дерматитом
Материал и методы. Проанализированы истории болезни 12 детей и подростков с атопическим дерматитом (АтД), получавших стационарное лечение циклоспорином в обособленном подразделении ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» «Северо-Восточная клиника с детским центром» в период с января 2025 года по январь 2026 года.
Результаты. Под наблюдением находились 7 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 11 до 17 лет. Средний возраст составил 13,8 ±3,5 лет. Тяжелая форма АтД диагностирована у 5 пациентов, среднетяжелая — у 7. Средняя начальная доза циклоспорина составляла 2,5 мг/кг/сутки, а средняя максимальная доза — 3,0 мг/кг/сутки. Средняя продолжительность лечения составила 5 месяцев. Улучшение наблюдалось в течение первых двух недель, а максимальный эффект был достигнут в среднем через 10 недель. У пяти пациентов во время терапии наблюдалось обострение, которое было связано с самостоятельной отменой препарата или снижением дозы. У всех пациентов рецидив произошел в течение 3 месяцев после прекращения приема циклоспорина. Ни у одного пациента не наблюдалось устойчивого повышения уровня креатинина в сыворотке крови.
Заключение. Циклоспорин является средством выбора у детей с тяжелым течением атопического дерматита, у которых традиционная терапия оказалась неэффективной. Препарат обеспечивает быстрое улучшение общего состояния и купирование симптомов, развивающихся на фоне изнуряющего кожного зуда. В тоже время необходим тщательный анализ, позволяющий определить продолжительность приема препарата у детей с АтД в различных возрастных периодах для достижения стойкого клинического эффекта.

БЕЛКИ ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА В КЛЕТКАХ КОЖИ КАК МАРКЁРЫ ОБОСТРЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Елистратова И. В.[1,2], Кандалова О. В.[3], Морозов С. Г.[1]
1 ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии» ("НИИОПП»., Москва,
2 ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации». г. Балашиха, Московская область,
3 ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России г. Москва

В патогенезе атопического дерматита (АД) стресс играет роль инициатора обострения. Эндоплазматический ретикулум (ЭР) отвечает за гомеостаз белков в клетках, в том числе, в кератиноцитах кожи, включая фолдинг, контроль качества белков и т.д. Стресс обусловливает накопление повреждённых или видоизменённых белков в ЭР клеток, В ответ на стресс ЭР в клетках активируются сигнальные пути, которые называются unfolded protein response (UPR), что должно восстановить гомеостаз ЭР. Стресс ЭР имеет отношение к патогенезу многих заболеваний, в том числе, АД. Со стрессом ЭР и UPR ассоциированы, в частности, белки BiP, CHOP, XBP1, PERK, IRE1α, ATF6, внутриклеточный GRP78 и др. Эти белки могут регулировать способность клеток к сворачиванию белков в условиях стресса ЭР. ЦЕЛЬЮ работы было сравнение уровней экспрессии белков ЭР в кератиноцитах кожи больных АД в стадии обострения по сравнению с показателями здоровых доноров. МЕТОДЫ. Дизайн работы был одобрен Этическим комитетом НИИОПП и Госпиталя нацгвардии. Обследованы 25 мужчин (21–32 года), находившихся в госпитале с диагнозом АД в стадии обострения, период активности заболевания был около 7 дней на момент обследования. После купирования стадии обострения этих же пациентов наблюдали в стадии ремиссии. Биопсия кожи проводилась на двух участках — чистая кожа и повреждённая кожа, как правило, на руках. Донорами были 8 военнослужащие, находящиеся в госпитале на плановом обследовании. Перед началом исследования все участники подписывали форму Информированного согласия. Выделение клеток кожи было по разработанному нами методу [Кандалова О. В. и др., 2012], соскоб кожи делали рабером,

полученные клетки гомогенизировали, отмывали в фосфатном буфере (PBS), фиксировали в 4% параформальдегиде на PBS, пермеабилизовали 0,01% Тритоном X-100, отмывали и окрашивали напрямую меченными моноклональными антителами к CHOP, PERK, IRE1α, ATF6, GRP78. Далее клетки анализировали на проточном цитометре FACS Calibur (Becton Dickinson, USA) на каналах FL1-A, FL2-A и FL3-A по программе SimulSet для определения уровня флуоресценции. РЕЗУЛЬТАТЫ. Было показано, что в клетках, полученных из участков пораженной кожи, уровень экспрессии указанных белков повышен от 2,3 до 12 раз по сравнению с показателями здоровых доноров. В клетках, выделенных из внешне здоровых тканей больных АД, показатели также превышали норму в несколько раз, но меньше, чем в клетках, выделенных из пораженных областей. При обследовании тех же пациентов в стадии ремиссии показатели экспрессии белков ЭР оставались повышенными в течение 2–3 недель, затем постепенно возвращались к нормальным значениям, сходным с показателями здоровых доноров.
ВЫВОДЫ. Представленные данные указывают на вовлечение белков эндоплазматического ретикулума в сигнальные пути стресса при обострении атопического дерматита, что может служить отправной точкой для создания новых препаратов для лечения АД.

ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ ВНУТРИОЧАГОВЫМ ВВЕДЕНИЕМ ТРИАМЦИНОЛОНА АЦЕТОНИДА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Бородина И. В., Бишарова А. С., Анохина Л. С.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Гипертрофические рубцы являются частым осложнением шаровидных угрей, представляют собой косметический и функциональный дефект, сопровождающийся фиброзной трансформацией дермы. Стандартные методы лечения не всегда достаточно эффективны при выраженной гипертрофии. Внутриочаговое введение глюкокортикостероидов, в частности триамцинолона ацетонида, рассматривается как метод торможения пролиферации фибробластов и снижения синтеза коллагена I и III типов. Оценить эффективность внутриочагового введения триамцинолона ацетонида у пациента с гипертрофическими рубцами в исходе шаровидных угрей в условиях реальной клинической практики. Под наблюдением находилась пациент Р., 18 лет. Диагноз: гипертрофические рубцы в области спины и груди, сформировавшиеся после разрешения шаровидных угрей. Длительность существования рубцов — 3 года. Инструментальная оценка проводилась методом визуального осмотра кожи до начала терапии и через 4 недели после заключительной процедуры. Использовался триамцинолона ацетонид в форме суспензии для инъекций 40 мг/мл. Препарат вводился внутриочагово, доза на процедуру составляла от 0,1 до 0,3 мл в зависимости от площади рубца, с шагом 4 недели. Всего проведено 2 процедуры. Обезболивание — крем лидокаина 2,5% и прилокаина 2,5% под окклюзию на 40 минут. Фотодокументирование проводилось при фиксированных настройках камеры. После двух процедур отмечено клинически значимое уплощение рубцовой ткани: высота рубцов над поверхностью кожи визуально уменьшилась, рубцы стали бледнее и мягче при пальпации. Пациент субъективно оценивал зуд (исходно 6 баллов по ВАШ) как редуцированный до 1 балла. Нежелательных явлений, включая атрофию, телеангиэктазии и гипопигментацию, зарегистрировано не было. Полученные данные демонстрируют, что внутриочаговое введение триамцинолона ацетонида позволяет достичь регресса гипертрофических рубцов постакне без развития стероид-ассоциированных побочных эффектов. Важным представляется соблюдение интервала между инъекциями и ограничение разовой дозы. Отсутствие изменений пигментации и сосудистой сети может быть следствием как тщательного подбора концентрации, так и ограниченного количества процедур. Несмотря на небольшой период наблюдения, метод может быть рекомендован как терапия выбора при неэффективности стандартных методов лечения. Необходимы дальнейшие исследования с контролем отдалённых результатов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО ИНДЕКСА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

Проценко Т. В., Боряк С. А.
Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Донецк

Цель — изучить взаимосвязь выраженности дерматоскопического индекса (ДИ) и клинических симптомов атопического дерматита (АД) при различных типах лактозной непереносимости (ЛН). Материалы и методы исследования. Обследовано 26 больных (13 мужчин, 13 женщин) АД в возрасте от 2 до 38 лет, распределенных на 3 группы, сопоставимых по клиническим формам и степени тяжести дерматоза: 1 группа — 6 (23,1%) больных без ЛН — ЛН Т/Т, 2 группа — 9 (34,6%) больных с ЛН С/Т, 3 группа — 11 (42,3%) больных с ЛН С/С. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа Heine DELTA 20+ (Германия), анализируя дерматоскопические признаки (ДП): сосудистый (выраженность эритемы — Э, точечные кровоизлияния — ТК, сосудистые структуры — С); роговой — Р в баллах от 0 до 2,5 и рассчитывая ДИ по формуле: Полиморфизм 13910 С/Т гена лактазы (LPH) в сыворотке венозной крови определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме Real-time с использованием анализатора Детектор «ДТ-96» (ДНК-технология, Россия) и тест-систем ДНК-Технология (Россия). Количественное содержание С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови определяли иммунотурбидиметрическим методом.
Результаты. Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией была у 17 (65,4%) больных АД, в т.ч. у 7 (26,9%) больных с ЛН С/С, у 6 (23,1%) больных с ЛН С/Т и у 4 (15,4%) больных без ЛН. Эритематозно-сквамозная форма АД была у 9 (34,6%) больных, в т.ч. у 3 (11,5%) больных с ЛН С/С, у 4 (15,4%) больных с ЛН С/Т и у 2 (7,7%) больных с ЛН Т/Т. Индекс SCORAD25–50 баллов) был у 20 (76,9%), в т.ч. 7 (26,9%) больных с ЛН С/С, с ЛН С/Т и 6 (23,1%) больных без ЛН. 4 (15,4%) больных АД были с легкой формой заболевания (индекс SCORAD меньше 25 баллов), из них 2 (7,7%) больных с ЛН С/С и 2 (7,7%) — с ЛН С/Т. Тяжелый АД (индекс SCORAD больше 50 баллов) был у 2 (7,7%) больных, в т.ч. у 1 (3,85%) больного с ЛН С/С и 1 (3,85%) — с ЛН С/Т. При анализе ДИ в зависимости от индекса SCORAD при различных типах ЛН выявлены существенные различия. При индексе SCORAD больше 30 баллов у больных АД с ЛН С/С ДИ был достоверно выше (p=0,01), чем у больных АД с ЛН С/Т — 2,62±0,06 балла и 2,13±0,05 балла соответственно. Полученные результаты свидетельствовали о более выраженном воспалительном процессе при одинаковых значениях индекса SCORAD у больных АД с ЛН С/С, чем у больных АД с ЛН С/Т. При индексе SCORAD меньше 30 баллов разница между ДИ при ЛН С/С и ЛН С/Т есть (1,53±0,18 балла и 1,38±0,16 балла соответственно), но она статистически не значима. Отмечалась статистически значимая разница ДИ у больных АД с ЛН С/Т при индексе SCORAD до 30 и более 30 баллов (1,38±0,16 балла и 2,13±0,05 балла соответственно; p=0,02). Аналогичная тенденция отмечалась у больных АД с ЛН С/С и индексом SCORAD до и более 30 баллов: ДИ был 1,53±0,18 балла и 2,62±0,06 балла соответственно (p<0,01). Среднее значение ДИ у больных АД без ЛН не зависело от величины индекса SCORAD (до или более 30 баллов) и составило 1,71±0,04 балла. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между ДИ и СРБ (R=+0,78, p=0,01) у больных АД с ЛН. При показателях СРБ, даже не превышающих норму, ДИ был выше у больных АД с ЛН.
Выводы. Показано, что даже при показателях СРБ в пределах допустимых норм, у больных АД с ЛН воспалительные реакции в коже выражены в большей степени. Одобрено комитетом по биоэтике ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького 25.06.2020 г.

ВЛИЯНИЕ ИНСОЛЯЦИИ И РЕГИОНА ПРОЖИВАНИЯ В ДЕТСТВЕ И ЮНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Васильева К. А., Шипилова Н. А., Сергеева И. Г.
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
г. Новосибирск

Фотоповреждение кожи, обусловленное длительным воздействием ультрафиолетового излучения, является одной из наиболее частых дерматологических проблем у пожилых пациентов. **Целью** данного исследования было определить факторы, влияющие на развитие различных клинических форм фотоповреждения кожи. Материалы и методы. Отбор участников исследования проводили среди пациентов, обратившихся на прием к врачу дерматологу в ГБУЗ НСО «НОККВД» (Новосибирский областной кожно-венерологический диспансер). В исследуемой группе (n=74) средний возраст пациентов составил 74 [72; 77] года. Участникам исследования было предложено заполнить анкеты-опросники, содержащие вопросы об истории солнечных ожогов и регионе проживания в детстве. Для проведения статического анализа использовали программу Statistica v. 10. В целях выявления различий между исследуемыми группами применяли критерий χ^2. Вероятность справедливости нулевой гипотезы (p) принимали при 5% уровне значимости (p<0,05). **Результаты.** В исследуемой выборке регулярно (более двух раз в год) получали солнечные ожоги в возрасте до 18 лет 43 (58%) пациента, а эпизодически (не более 1–2 раз в год) — 31 (42%). Среди пациентов с регулярным воздействием солнца в анамнезе наиболее часто отмечали признаки солнечного эластоза — у 28 (65,1%) человек и гиперпигментацию — у 28 (65,1%). Себорейный кератоз (СК) и актинический кератоз (АК) диагностировали с одинаковой частотой — у 13 (30,2%), тогда как порокератоз встречался реже — у 3 (7%) человек. Злокачественные новообразования кожи в этой группе наблюдали относительно редко: плоскоклеточный рак (ПКР) диагностировали у 2 (4,7%) пациентов, а базальноклеточный рак (БКР) — у 1 (2,3%). В группе пациентов, подвергавшихся воздействию солнца эпизодически, структура фотоповреждений имела иной характер. СК диагностировали у 25 (80,6%) пациентов, АК — у 6 (19,4%), БКР — у 5 (16,1%), ПКР — у 1 (3,2%). Признаки солнечного эластоза и гиперпигментации обнаружили у 5 (16,1%) человек, а порокератоз — у 1 (3,2%). При статистическом анализе выявлены достоверные различия между группами: у пациентов, которые регулярно получали ожоги в возрасте до 18 лет преобладали эластоз (p=0,0001) и гиперпигментация (p=0,0001), тогда как у лиц, которые сгорали редко или эпизодически чаще фиксировали СК (p=0,0001) и БКР (p=0,0434). При анализе регионов проживания пациентов в возрасте до 18 лет выявлено, что в северных регионах проживали 32 (43%) пациента, в средних — 11 (15%), а в южных — 31 (42%). Среди 32 пациентов, проживавших в северных регионах с низким УФ- индексом, наиболее часто отмечали СК— у 28 (87,5%) человек и АК — у 12 (37,5%). Признаки солнечного эластоза из них были у 5 (15,6%) человек и гиперпигментации — у 3 (9,4%). БКР диагностировали у 4 (12,5%) пациентов, порокератоз — у 3 (9,4%), ПКР— у 2 (6,3%). Среди 11 пациентов, проживавших в средних регионах, признаки солнечного эластоза и гиперпигментации наблюдали у 5 (45,5%), СК — у 4 (36,4%), АК — у 1 (9,1%), ПКР— у 1 (9,1%). Среди 31 пациентов, проживавших в южных регионах, преобладали признаки солнечного эластоза — у 25 (80,7%) человек и гиперпигментации — у 23 (74,2%). СК и АК встречали у 6 (19,4%) пациентов, БКР и ПКР выявляли по 1 (3,2%) случаю. У пациентов, проживавших в северных регионах, чаще диагностировали СК по сравнению с лицами, проживавшими в регионах со средним (p=0,0022) и высоким (p=0,0000) уровнем УФ-индекса. У пациентов, выросших в южных регионах, преобладали признаки солнечного эластоза (p=0,0000) и гиперпигментации (p=0,0000) по сравнению с лицами, проживавшими в северных регионах. **Заключение.** Интермиттирующая инсоляция в возрасте до 18 лет (редкие, но сильные ожоги) была достоверно чаще связана с актиническими новообразованиями (СК, БКР), тогда как хроническая (частые ожоги, указывающие на постоянное пребывание на солнце) — с эластозом и гиперпигментацией. У пациентов, выросших в северных регионах, преобладали СК и АК, тогда как признаки солнечного эластоза и гиперпигментации встречались реже. Напротив, у лиц, проживавших в южных регионах, отмечали выраженный солнечный эластоз и множественные лентиго. Наши данные подтверждают, что активная инсоляция в молодом возрасте оказывает долговременное влияние на клинический профиль фотоповреждений в пожилом возрасте, поэтому ключевым направлением профилактики должна оставаться именно работа с молодёжью и их семьями.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ОБЛАСТИ ГЕНИТАЛИЙ

Чернова Т. А., Чернова Н. И., Доля О.В, Задорожная И. С.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Введение. Простой хронический лишай (ПХЛ) — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся мучительным зудом, четко ограниченными папулами, бляшками с лихенизацией, периодами обострений и ремиссии. В значительном количестве случаев ПХЛ с поражением кожи в аногенитальной зоне становится причиной психосоциальной адаптации, снижения качества жизни, сексуальной активности. Основой терапии дерматоза является длительное применение топических глюкокортикостероидов (тГКС), что сопрягается низкой комплаентностью, риском вторичной инфекции, рикошетного дерматита. В связи с чем, актуальна разработка методов профилактики рецидивов, направленных на снижение потребности в тГКС и увеличению ремиссии.
Цель: Разработка метода профилактики рецидивов у пациенток с ПХЛ, включающего применение эмолентов и аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы.
Материалы. 22 пациентки в возрасте 27–45 лет, с ремиссией простого хронического лишая вульвы после курса стандартной терапии включающей комбинированный крем с составом мометазона фуроат, эконазол, гентамицин, декспантенол 14 дней, далее мометазона фуроат мазь 0,1% на пораженные участки 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки через день в течение 1 месяца, в сочетании с эмолентом 2 раза в день 3 мес.
Методы: Аутологичную обогащенную тромбоцитами плазму вводили в пораженные участки кожи вульвы и промежности интрадермально, с использованием игл калибра 31–32 G длиной 6–13мм, под углом 45º на глубину 4–6 мм, папульно и микропапульно, расстояние между точками инъецирования — 8–10 мм в объеме 2–3 пробирки. Проводили 2 процедуры с интервалом 2 недели, далее 2 процедуры с интервалом 4 недели 4 процедуры на курс. Эмоленты применялись 2–3 раза в сутки на постоянной основе, за исключением дня проведения процедур. Период наблюдения составил 6 месяцев.
Результаты. У всех 22 (100%) женщин после курса стандартной терапии отмечалась ремиссия, зуд отсутствовал. При осмотре зарегистрирована дисхромия в виде поствоспалительного гипер и гипомеланоза у 22 человек, истончение эпидермиса больших половых губ, промежности у 7. После окончания курса PRP зуд отсутствовал у всех 22 пациенток, восстановление нормальной окраски кожи и толщины отмечалось в 100% случаев. После курса PRP, на фоне применения эмолентов ремиссия 6 месяцев наблюдалась у 16 женщин, рецидив ПХЛ отмечен у 1 пациентки через 3 месяца, у 2 женщин через 4 месяца и у 3 человек через 5 месяцев.
Заключение. Применение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы в сочетании с эмолентами у пациенток с ПХЛ в области гениталий способствовало регрессу поствоспалительных проявлений дерматоза, улучшению качества кожи в 100% случаев. Достижению устойчивой ремиссии у 86,8% пациенток. Для определения оптимального режима PRP терапии у пациенток с ПХЛ требуются дальнейшие исследования.

ВУЛЬВОДИНИЯ — «ЯЩИК ПАНДОРЫ»: ПРИГОВОР ИЛИ НЕТ? МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ. ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПЕРСОНАЛЬНОГО ПОДХОДА

Коваленко О. А.
«Клиника профессора Юцковской»
г. Москва

Нередко на приём к врачу-гинекологу обращаются пациентки с жалобами на боли в области входа во влагалище, которые носят выраженный и разнообразный характер. Патогенез заболевания сложный. Как правило, пусковым механизмом являются: инфекционный (бактериальный и вирусный), неврологический, социально-психологические и др. факторы. Такие женщины уже прошли множество специалистов, испробовали все методы классического лечения «воспалительных заболеваний» вульвы, контактных дерматитов, герпетических поражений, дистрофий кожи и слизистых, но с малоэффективным результатом. Это определяет актуальность темы, требует междисциплинарного подхода в диагностике и лечении. Кроме того, эта проблема носит не только медицинский, но и социальный характер. Боль в вульве затрагивает физические, психологические и межличностные аспекты жизни пациенток, существенно снижая её качество, приводя к социальной изоляции. Хочется отметить рост частоты обращений по поводу этого заболевания в больших городах. Все это требует новых подходов к ведению пациенток с вульводинией. Что же такое вульводиния? Вульводиния — это термин, характеризующий хроническую боль в области вульвы более трёх месяцев.

Материалы и методы: был проведён анализ собственного двухлетнего опыта ведения 23 пациенток с диагнозом вульводиния на базе частного медицинского центра г. Москва. Среди пациенток постоянная боль в области преддверия влагалища наблюдалась у 5 (21%), эпизодическая боль в области преддверия влагалища — у 13 (56%), эпизодическая боль вокруг уретры — у 5 (21%). У 8 (35%) боль была спонтанной, без понимания причины, у 15 (65%) — на фоне триггеров. В 100% случаев вульводиния сочеталась с половыми расстройствами и психоэмоциональными нарушениями. Боли при половых контактах являлись наиболее частой причиной сексуальных проблем, у 5 (21%) пациенток развилось отвращение к сексуальным контактам. Алгоритм ведения включал тщательный сбор анамнеза с учётом индивидуальных привычек гигиены, распорядка дня, режима сна и отдыха, соматического и гинекологического анамнеза, сексуального анамнеза, психологического профиля и этапов психосексуального развития. Лечащим врачом с разработкой индивидуальной программы обследования и лечения выступал гинеколог с дополнительным обучением по сексуальным нарушениям у женщин. Дерматологи клиники проводили анализ состояния вульвы с осмотром и вульвоскопией для исключения заболеваний кожи вульвы, поражающих эпителий. Обследования гинеколога, специализирующегося на сексуальных нарушениях у женщин, включало в себя: тест с ватной палочкой и последовательная комплексная оценка мышц тазового дна на кушетке и гинекологическом кресле. Проводилось влагалищное исследование с оценкой pH влагалища, флороценоза и бактериологического посева отделяемого для исключения воспалительных и инфекционных заболеваний вульвы. Каждой пациентке назначалась консультация психотерапевта с последующей коррекцией эмоционального состояния. Учитывая полиморфизм факторов вульводинии, лечение было комплексным, с акцентом не на симптоматическую терапию боли, а на устранение провоцирующих факторов. В терапию по показаниям привлекались смежные специалисты из сторонних ЛПУ: гастроэнтеролог, невролог, уролог, мануальный терапевт, физиотерапевт и специалист по реабилитации. Терапия начиналась с ослабления провоцирующих факторов и раздражителей вульвы, обучения гигиене и правильному уходу за интимной зоной. Активно применялись методы физиотерапии, тетрациклические антидепрессанты, плазмотерапия по триггерным точкам, мануальная терапия. Для коррекции сексуальных нарушений использовались практики когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), а также секс-терапия. Постоянная мотивирующая поддержка от курирующего врача-гинеколога обеспечивала приверженность пациенток к лечению.

Результаты: В своей практике достигнуто полное купирование болевого синдрома и возвращение к полноценной жизни у 11 (47%) пациенток, 12 (53%) находятся в процессе терапии, но с выраженным положительным динамическим эффектом, включая снижение интенсивности боли и улучшение психоэмоционального статуса. Вывод: пациент-ориентированный комбинированный и мультидисциплинарный подход к ведению вульводинии с врачом-гинекологом и смежными специалистами, позволяет сформировать высокую приверженность пациенток к рекомендациям, добиться снижения интенсивности болей и/или их полного купирования, а также восстановить качество жизни. Такой алгоритм рекомендуется для внедрения в практику врачей-дерматологов и гинекологов.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Хаитов К. Н., Курбанов О. Ж., Алиев А. Ш.
Ташкентский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Атопический дерматит является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи с выраженной клинической гетерогенностью. В патогенезе АД ключевую роль играют цитокиновые каскады и сигнальные пути, включая JAK-STAT. Генетические вариации в промоторных участках цитокиновых генов могут определять уровень их экспрессии и влиять на тяжесть течения заболевания. Выявление иммуногенетических маркёров имеет значение для прогноза и персонализированного подхода к терапии.

Цель исследования. Изучить распределение аллелей и генотипов полиморфизмов IL-2–330 T/G (rs2069762) и JAK2 Val612Phe у пациентов с атопическим дерматитом и оценить их связь с тяжестью течения заболевания.

Материал и методы. Обследованы 72 пациента с атопическим дерматитом и 72 здоровых донора, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз устанавливался на основании критериев Hanifin и Rajka, тяжесть заболевания оценивалась по шкале SCORAD. Генотипирование полиморфизмов IL-2–330 T/G и JAK2 Val612Phe проводилось методом ПЦР-RFLP. Статистическая обработка включала анализ частот аллелей и генотипов, расчёт отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом и оценку соответствия равновесию Харди–Вайнберга.

Результаты. Распределение аллелей и генотипов полиморфизма JAK2 Val612Phe у пациентов с атопическим дерматитом не отличалось от контрольной группы, статистически значимых ассоциаций с риском или тяжестью заболевания не выявлено ($p>0,05$). Для полиморфизма IL-2–330 T/G установлены достоверные различия. Гомозиготный генотип GG чаще встречался у пациентов с АД по сравнению с контрольной группой (16,6% против 6,9%; $p=0,048$; OR≈2,66). Частота GG-генотипа возрастала по мере утяжеления клинического течения, достигая 23,1% при тяжёлой форме заболевания ($p=0,025$; OR≈4,02).

Выводы. Полиморфизм IL-2–330 T/G, особенно гомозиготный вариант GG, ассоциирован с повышенным риском развития и тяжёлым течением атопического дерматита. Полиморфизм JAK2 Val612Phe не продемонстрировал значимой связи с клиническими характеристиками заболевания в исследованной выборке. Полученные данные подтверждают перспективность использования иммуногенетических маркёров для стратификации риска и индивидуализации терапии пациентов с атопическим дерматитом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Корсунская И. М.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Проблема тотального поражения кожи у пациентов дерматологического профиля не теряет своей актуальности. Чаще всего врач-дерматовенеролог, сталкиваясь с эритродермией, предполагает псориаз. Однако за генерализованным воспалением кожи могут стоять тяжелые формы псориаза, болезнь Девержи, атопический дерматит, токсикодермия, Т-клеточная лимфома кожи. Ошибочная диагностика может привести к неэффективному лечению и непрерывно-рецидивирующему течению дерматоза. Ранняя клиническая настороженность имеет принципиальное значение с целью своевременного проведения диагностической биопсии до начала лечения во избежание лечебного патоморфоза. К клиническим признакам, на которые стоит обращать внимание относятся оттенок эритемы, степень инфильтрации, характер шелушения, наличие гиперкератоза в области ладоней и подошв, а также вовлечение в патологический процесс периорбитальной области, а именно — формирование эктропиона. Важно учитывать данные анамнеза — псориаз и атопический дерматит чаще имеет постепенный дебют, нередко предшествующее длительное течение в ограниченной рецидивирующей форме и эритродермия чаще развивается вторично на фоне триггеров. Для Т-клеточной лимфомы кожи в большинстве случаев характерно медленное, постепенное (иногда длящееся годами) течение, предшествующее развитию эритродермии. В то время как для токсикодермии и болезни Девержи характерно острое начало с молниеносной генерализацией процесса, при чем при болезни Девержи процесс патогномонично дебютирует с области лица, шеи с быстрым каудальным распространением и ранним вовлечением области ладоней и подошв. В качестве примера можно привести следующие данные: за 2025 г. в круглосуточный стационар ГБУЗ МНПЦДК филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» обратилось 37 пациентов с направительным диагнозом псориатическая эритродермия, однако у 14 из них с учетом ряда клинических признаков и анамнестических данных была предположена болезнь Девержи, которая в последующем была морфологически верифицирована. Клиническая оценка остается ключевым этапом диагностики заболеваний кожи, а учет особенностей дебюта и ранних клинических признаков позволяет обосновать необходимость проведения диагностической биопсии кожи с целью верификации диагноза и назначения таргетной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИЛИАРНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ПСОРИАЗЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хворик Д. Ф.
УО «Гродненский государственный медицинский университет" г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. В связи с тем, что в развитии псориатической болезни доминирующее значение занимают генетические факторы, возможность ДНК-диагностики существенно повышает точность определения генетического риска. Учитывая тот факт, что у пациентов с воспалительными заболеваниями кожи распространены тревожность, депрессия, проблемы со сном, когнитивные нарушения и суицидальные мысли, в основе которых лежит выработка провоспалительных цитокинов, особый интерес в изучении ассоциированного варианта псориаза и психических расстройств вызывает семейство интерлейкина-6. Одним из важных представителей данной группы цитокинов является цилиарный нейротрофический фактор (CNTF). Данный нейтрофин участвует в регуляции развития нейронов и обладает высоким нейропротекторным потенциалом, однако при некоторых клинических состояниях, например, при депрессии, CNTF синтезируется и секретируется в мозге в больших количествах, но не проявляет свою защитную функцию. **Цель** — определить содержание цилиарного нейротрофического фактора в сыворотке крови, а также изучить распределение его генотипов и аллелей по полиморфному маркеру G6-A rs1800169 у пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами. **Материал и методы.** Предметом клинического изучения явилась выборка из числа пациентов, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Общую выборку составили 150 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-я группа — пациенты с псориазом (n=70); 2-я группа — пациенты с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами (n=80). Генотипирование олигонуклеотидных полиморфизмов SNP rs1800169 (замена гуанина (G) на аденин (A)) в позиции 1357 гена CNTF, проводилось методом ПЦР в режиме реального времени посредством термоциклирующей системы Rotor Gene Q 5 plex HRM (QIAGEN, Германия), в соответствии с протоколом реакции фирмы производителя НПФ «Литех», Российская Федерация, к указанному полиморфизму. Качественную и количественную оценку содержания ДНК в полученных препаратах проводили спектрофотометрически прибором SpectroStar Nano BMG (LABTECH, Германия) при длине волны 260 нм. **Результаты.** Анализ распределения полиморфного маркера G6-A rs1800169 гена CNTF показал, что в исследованной популяции пациентов аллель G (гуанин) превалирует и выявляется с частотой 71,7%, в то время как аллель A (аденин) является минорной и составляет 28,3%. При этом обнаружены достоверные различия распределения частот указанных аллелей между группами с различной нозологической формой заболевания. Так, у пациентов с псориазом частота аллели G и генотипа GG достоверно выше, а аллели A и генотип AA ниже, чем в группе с сочетанной патологией. Медианные значения индексов PASI и DLQI были значительно выше у пациентов с генотипом AA (48,3 и 21,5 соответственно), по сравнению с пациентами с генотипами GG (28,6 и 13,0) и GA (28,7 и 13,0) соответственно. Обсуждение. Указанные особенности распределения вариантов полиморфного маркера свидетельствует о наличии прямой связи между носительством аллели A и генотипа AA и вероятностью развития ассоциированной патологии псориаза и психических расстройств. При этом расчет отношения шансов показал, что носительство генотипа AA гена CNTF в 4 раза повышает вероятность развития психических расстройств у пациентов с псориазом.

Литература:

1. Guo H., Chen P., Luo R. The roles of ciliary neurotrophic factor — from neuronutrition to energy metabolism. Protein Pept Lett. 2022;29(10):815–828. DOI: 10.2174/0929866529666220905105800.
2. Gudkova A. A. Ciliary neurotrophic factor (CNTF), a pleiotropic cytokine: potential biomarker of brain diseases? Neurochem. J. 2024;18:60–64. DOI:10.1134/S181971242401029X.
3. Peruga I., Hartwig S., Merkler D. Endogenous ciliary neurotrophic factor modulates anxiety and depressive-like behavior. Behav Brain Res. 2012;229(2):325–32. DOI: 10.1016/j.bbr.2012.01.020.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Проценко Т. В., Горбенко А. С., Милус И. Е.
Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Донецк

Актуальность. Социально-экономические и экологические условия, в которых находятся жители Донбасса с 2014 года, оказывают выраженное негативное влияние на все стороны жизни населения, особенно на состояние здоровья. Длительное проживание в зоне боевых действий (ЗБД) является

мощным стрессовым воздействием, влияющим на адаптационные возможности организма и, безусловно, влияет на течение хронических дерматозов (ХД) и эффективность их терапии.
Цель работы: выявить особенности нарушений адаптационных возможностей у больных ХД (экзема, атопический дерматит, псориаз), длительно проживающих в ЗБД, по анализу показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР). Материалы и методы. Исследования проведены у 130 человек, в том числе 100 больных ХД, проживающих в ЗБД (основная группа) и 30 здоровых лиц без дерматологической патологии, проживающих в таких же условиях (группа сравнения). С помощью компьютерной системы вариационной пульсометрии Cardiolab 2000 исследовали спектральные и временные показателям ВСР: SDNN (стандартное отклонение длительности сердечного цикла); RMSSD (квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар RR); HF (показатель мощности спектра высокочастотных колебаний); LF (показатель мощности спектра низкочастотных колебаний); VLF (показатель мощности спектра влияния гуморальных систем); LF/HF (показатель вегетативного баланса); TP (показатель общей мощности).
Результаты. У всех больных ХД выявлен различной степени выраженности дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. В основной группе показатель SDNN был в 1,3 раза ниже показателей здоровых лиц группы сравнения (50,61±2,24 мс и 62,19±21,32 мс соответственно, $p<0,05$), что отражало снижение адаптационных возможностей организма; показатель RMSSD — в 1,6 раза ниже (43,64±25,16 мс и 68,47±13,02 мс соответственно), свидетельствуя о снижение активности парасимпатического звена вегетативной регуляции; показатель TP был в 1,5 раза ниже (2672,94±235,17 мс^2 и 3939±387,5 мс^2 соответственно, $p<0,05$). Уровень VLF-волн у больных ХД был в 1,6 раз выше показателей лиц 2 группы (759,20±61,20 мс^2 и 474,50±53,1 мс^2 соответственно, $p<0,05$); HF — в 1,5 раза меньше (597,50±119,38 мс^2 и 908,41±112,40 мс^2 соответственно, $p<0,05$), что отражало недостаточность парасимпатической вегетативной регуляции; показатель LF — в 1,5 раза выше (1712,03±72,07 мс^2 и 1150±260 мс^2 соответственно, $p<0,05$), что отражало активацию симпатической вегетативной регуляции; показатель LF/HF был в 1,5 раза выше (2,39±0,16% и 1,61±0,33%, $p<0,05$) что свидетельствовало о дисбалансе симпатических и парасимпатических влияний.
Выводы. Выявленные нарушения свидетельствуют о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма, нарушении нейро-гуморальной регуляции и адаптационных возможностей организма у больных ХД, длительно проживающих в ЗБД, что необходимо учитывать для оптимизации терапии и повышения эффективности лечебно-профилактических программ. Одобрено комитетом по биоэтике ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького 25.06.2020 г.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бузмакова А. И., Геращенко Н. В., Сергеева И. Г.
Новосибирский государственный медицинский университет, Детская городская клиническая больница № 1 г. Новосибирск

Атопический дерматит (АтД) — хроническое воспалительное заболевание кожи, значительно влияющее на качество жизни детей и их семей. В настоящее время соблюдение гипоаллергенной диеты является важной составляющей в рекомендациях по терапии АтД у детей. Однако нередко из-за неверной трактовки термина «гипоаллергенная диета» лечащими врачами, родителями и последующего чрезмерного ограничения рациона питания детей возникают нарушения в нутритивном статусе ребенка, связанные с недостатком поступления необходимых макро- и микроэлементов для полноценного физиологического развития детского организма, при сохранении тяжести атопического дерматита. Более того, известно, что длительное исключение некоторых продуктов, таких как коровье молоко и куриное яйцо, к которым до начала элиминационной диеты патологических реакций не наблюдалось, может привести к появлению нежелательных реакций, включающих анафилактический шок при последующем введении их в рацион. Цель исследования — изучить клиническую целесообразность гипоаллергенной диеты у детей раннего возраста с обострением атопического дерматита Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки был собран анамнез у 62 пациентов (29 девочек и 33 мальчика) ДГКБ № 1 в возрасте от 1 года до 2,5 лет с обострением АтД, диагностированным согласно критериям Hanifin и Rajka. У пациентов оценивали длительность заболевания, частоту обострений, семейный атопический анамнез. Тяжесть АтД определяли по шкале SCORAD, проводили фотодокументирование очагов. У 44 детей значение SCORAD составляло от 25 до 50 баллов, у 18 детей –от 51 до 100 баллов. Медиана SCORAD34 [28; 47]. Родителям пациентов предлагали заполнить анкету, содержащую вопросы о частоте обострений АтД, наличии пищевой аллергии, а также соблюдении гипоаллергенной диеты, уточнялось какие продукты родители исключали из рациона ребенка и с чем связывают текущее обострение. Статический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 10 для Windows («StatSoft», США). Для оценки межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при уровне значимости $p<0.05$.
Результаты. По данным анкетирования, гипоаллергенную диету(ГА-диету) соблюдали 37 (60%) детей; не соблюдали — 25 (40%). Среди соблюдающих диету преобладала минимальная (исключение 1–2 групп продуктов) — 20 (32%) детей, медиана SCORAD34 [27; 46]; умеренная (3–4 группы) — 13 (21%) детей, медиана SCORAD31 [26; 34]; строгая (≥5 групп) — 4 (7%) детей, медиана SCORAD34 [31; 56]. U-критерий Манна–Уитни не выявил значимых различий между типами диет (минимальная и умеренная: $p = 0,6$; минимальная и строгая: $p = 0,8$; умеренная и строгая: $p = 0,3$). У детей с подтвержденной пищевой аллергией ($n = 19$) медиана SCORAD составила 32 [26; 34]; без аллергии ($n = 18$, из 43 без подтверждения) — 38 [28; 48]. Размахи полностью пересекаются, U-критерий не выявил различий ($p = 0,07$).
Выводы. Результаты ставят под сомнение клиническую целесообразность ГА-диеты у детей без доказанной пищевой аллергии. Отсутствие влияния на тяжесть АтД при рисках нутритивных нарушений делает ее назначение неоправданным.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОГНОЗИРОВАНИИ И МОНИТОРИНГЕ.

Байдук Д. В., Камышникова Л. А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, Белгород, ул. Победы, 85 г. Белгород

Цель: оценить влияние методов искусственного интеллекта на точность диагностики, прогнозирование осложнений и контроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на основе анализа клинических и цифровых данных.
Материалы и методы: проведен анализ 500 пациентов, страдающих СД2 (возраст 45–70 лет) с использованием систем непрерывного мониторинга глюкозы, «умных» инсулиновых помп и алгоритмов ИИ для прогнозирования осложнений. Применены методы машинного обучения: случайный лес, градиентный бустинг и нейронные сети.
Результаты: ИИ-модели позволили повысить точность диагностики СД2 с 78% до 92% (изменение 14%). Прогнозирование риска гипогликемии и осложнений достигло точности 88–91% (изменение 3%). Использование «умных» устройств снизило средний уровень HbA1c с 8,1% до 7,2% в течение 6 месяцев наблюдения. Повысилась приверженность терапии лиц, страдающих СД 2 типа с 65% до 83% (18%). **Выводы:** ИИ-технологии способствуют повышению точности диагностики, прогнозированию осложнений и улучшению контроля гликемии у пациентов с СД2. Для широкого внедрения необходима стандартизация данных, повышение интерпретируемости алгоритмов и соблюдение этических норм при работе с медицинской информацией.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА CENTIPEDA MINIMA НА ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ IN VITRO.

Волчек И. А., Теряев А. С. Сафонова Л. А.
Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Росбиотех».
г. Москва

Актуальность. Исследование молекулярных и клеточных механизмов воспалительной реакции при псориазе, в частности, влияние продуктов природного происхождения, представляется важным направлением для создания фармацевтических средств в дерматологии. Целью исследования было изучение влияния экстракта Centipeda Minima на продукцию основных классов про- и противовоспалительных цитокинов мононуклеарными клетками больных тяжелой формой псориаза. Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов с псориазом (16 женщин, 41 мужчин, средний возраст 39,71 ± 7,67 лет). Из группы обследованных исключены лица с диабетом, гипертонией, психическими расстройствами, эндокринными, хроническими кожными заболеваниями (кроме псориаза) в анамнезе. Длительность псориаза варьировала от 7 до 18 лет. Активность процесса оценивалась в соответствии с индексом тяжести псориаза (PASI). В исследование были включены пациенты с высоким баллом PASI (средний балл составлял 52,2 ± 2,7). Контрольную группу составили здоровые добровольцы (n = 30, 15 женщин, 15 мужчин, средний возраст 36,70 ± 6,12). Из периферической крови обследованных при помощи градиентного центрифугирования выделяли мононуклеарные клетки, которые в концентрации 2 x 10^6/мл культивировали в течение 36 ч в присутствии неспецифического митогена — ФГА (фитогемагглютинин П, PHA P, Sigma) и экстракта Centipeda Minima (ECM). В контрольных пробах клетки культивировали либо в среде (без ФГА и ECM), либо присутствии только ФГА или ECM. По окончании культивирования в культуральных супернатантах определяли уровень фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерферона- альфа (ИФН-альфа). Цитокины определяли с использованием иммуноферментных тест-систем производства компании «Вектор-Бест» (Новосибирск). Статистическую обработку результатов проводили с использованием парного критерия Стьюдента.
Результаты и обсуждение. Установлено, что спонтанная продукция исследуемых цитокинов как у больных псориазом (А), так и у здоровых доноров (Б) была весьма вариабельна и достоверно не различалась. Например, уровень ФНО-альфа составлял соответственно: А — 29,3±9.2 и Б — 27,5±10,4 пг/мл). В ответ на стимуляцию ФГА продукция цитокинов в группе больных была достоверно выше. Например, ФНО-альфа: А — 77, 14±12,5 и Б — 34,85±9,6 пг мл (P <0.05). В обеих группах ECM, обладал достоверной способностью супрессировать продукцию ФНО-альфа, осуществляемую митоген-активированными мононуклеарными клетками (А – 41,14±7,98 и Б — 23,68±8,11 пг/мл). Изменения других цитокинов имели тенденцию к снижению, но при статистической обработке, оказались недостоверными. Полученные результаты коррелируют с данными, полученными при других хронических воспалительных заболеваниях (рассеянный склероз, ревматоидный артрит), связанных с гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, когда ECM оказывал регулирующее противовоспалительное действие. Регулирующее действие ECM, очевидно, обусловлено содержащегося в экстракте Centipeda minima сесквитерпенового лактона бревилина А, способного ингибировать сигнальные пути PI3K/AKT/mTOR, STAT3 и STAT1через JAK.
Выводы. Таким образом, экстракт Centipeda minima и препараты на его основе могут быть эффективны в отношении регуляции цитокинового дисбаланса, в том числе, при псориазе.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА TRIPTERYGIUM WILFORDII НА ПРОДУКЦИЮ JAK 1–2 ЗАВИСИМЫХ ЦИТОКИНОВ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА

Волчек И. А., Теряев А. С. Сафонова Л. А.
Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Росбиотех»
г. Москва

Введение. Проблема регуляции цитокинового дисбаланса, особенно продукции провоспалительных цитокинов, имеет неоспоримую актуальность в дерматологической практике. В связи с этим, поиск новых средств для контроля цитокиновой продукции, в том числе на основе натуральных компонентов, представляет собой перспективное направление исследований. Растение Tripterygium wilfordii является важным элементом традиционной китайской медицины. Современные научные данные свидетельствуют о его противовоспалительных, противоопухолевых и метаболических свойствах. Были выделены и химически охарактеризованы отдельные компоненты этого растения, а также исследованы молекулярные механизмы их действия. Однако, изучение суммарных экстрактов Tripterygium wilfordii пока остается редким.
Цель работы. Исследовать влияние экстракта Tripterygium wilfordii на продукцию интерлейкинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15, зависимых от активности JAK 1–2, в культуре мононуклеарных клеток человека. Материалы и методы. В культуре клеток, полученных от здоровых доноров, оценивалось воздействие различных концентраций экстракта Tripterygium wilfordii на уровень спонтанной и индуцированной фитогемагглютинином (ФГА) экспрессии JAK-1, а также на синтез IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15. Дополнительно определялся уровень экспрессии JAK1-киназы.
Результаты. Под действием ФГА наблюдалась индукция экспрессии JAK1-киназы, уровень которой достоверно повышался по сравнению с контрольной группой. Применение экстракта в концентрации 1 мкг/мл приводило к достоверному снижению уровня фермента. Меньшие концентрации экстракта демонстрировали тенденцию к снижению, однако эти изменения не достигали статистической значимости. Полученные результаты коррелировали с изменениями синтеза JAK1/JAK2-зависимых интерлейкинов (IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15).
Выводы. Экстракт Tripterygium wilfordii оказывает дозозависимый ингибирующий эффект на синтез янус киназы 1 (JAK1) мононуклеарными клетками человека in vitro. Этот эффект коррелирует с подавлением продукции JAK1/JAK2-зависимых цитокинов. Полученные данные открывают перспективы для применения экстракта в дерматологической практике.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ У ЖЕНЩИН

Игнатовский А. В., Хачатурян А. Р.
КВМТ им. Н. И. Пирогова СПбГУ
г. Санкт-Петербург

Введение: Атрофические изменения генитальной области у женщин — распространенное состояние, приводящее к изменению архитектоники вульвы, влагалища, шейки матки, уретры и мочевого пузыря. Изменения в структуре слизистых влияют на качество жизни женщины, так как помимо сухости слизистых, ведущих к диспареунии, ассоциированы с развитием инфекционных воспалительных процессов, которые на фоне гипоэстрогении приобретают рецидивирующий характер и опасны своими осложнениями.
Цель работы: систематизировать современные представления об атрофических изменениях вульвовагинальной области у женщин разных возрастных категорий.
Материал и методы: проанализированы современные публикации и собственные клинические наблюдения женщин разных возрастов, обратив-

шихся за медицинской помощью с атрофическими изменениями вульвы, влагалища и шейки матки.

Результаты: анализ литературы и собственные клинические наблюдения позволили разделить все состояния, сопровождающиеся явлениями атрофии на несколько групп. Группа1 — дерматозы вульвы и влагалища, среди которых лидируют склероатрофический лихен и красный плоский лишай. Группа 2 — генитоуринарный менопаузальный синдром, обусловленный истощением овариального резерва, приводящим к гипоэстрогении и, как следствие, атрофическим изменениям эстрогензависимых тканей вульвы, влагалища, шейки матки, уретры, мочевого пузыря.

Группа 3 — генитоуринарный лактационный синдром — в основе лактационно-индуцированной вульвовагинальной атрофии (ВВА) прежде всего лежит высокий уровень пролактина, сопровождающий 2-ю стадию лактогенеза. Основным ингибирующим механизмом пролактина является его способность подавлять экспрессию мРНК как кисспептина, так и ГнРГ, с последующим снижением выработки ФСГ и ЛГ, блокированием фолликулогенеза и развитием гипоэстрогении.

Группа 4 — женщины, получавшие лечение эндометриоза или других гиперпролиферативных, в том числе и злокачественных, заболеваний репродуктивных органов препаратами, блокирующими синтез или активность эстрогеновых рецепторов (например, применение синтетических прогестагенов в пролонгированном режиме, агонистов или антагонистов ГнРГ без сочетания с «add back»-терапией, применение антиэстрогенов). Пациентки этой группы нередко получают длительную гормональную терапию, направленную на достижение гипоэстрогении, медикаментозной аменореи в молодом возрасте, что увеличивает продолжительность безрецидивного периода заболевания, но приводит к изменениям эстрогензависимых тканей генитальной области и симптомам, схожим с ГУМС. После завершения или отмены терапии восстановление регулярного менструального не всегда сопровождается восстановлением архитектоники вульвы, что приводит к неверной трактовке признаков ВВА и ошибочному лечению таких пациенток: например, топическими глюкокортикостероидами с диагнозом «Склероатрофический лихен». Сложность диагностики ВВА у этой категории пациенток заключается в том, что между периодом антиэстрогенной терапии и обращением за медицинской помощью по поводу симптомов ВВА, беспокоящих саму пациентку, или случайно обнаруженных врачом, проходит значительный промежуток времени. Терапевтические мероприятия будут здесь определяться выраженностью гипоэстрогении и могут быть такими же, как при ГУМС, или, в случае отсутствия гипоэстрогении на текущий момент, включать мероприятия по реабилитации кожи и слизистых инъекционными методиками введения аутологичной плазмы, липофиллинга, инъекций гиалуроновой кислоты или других способов ревитализации.

Обсуждение: вульвагинальная атрофия — распространенное состояние, которое может быть вызвано возрастным снижением уровня эстрогенов у женщин зрелого возраста, у молодых женщин может встречаться в период кормления грудью. Медикаментозно-индуцированный генитоуринарный синдром, вызванный длительной терапией эстрогензависимых гиперпролиферативных заболеваний, должен быть включен в структуру состояний, сопровождающихся симптомами ВВА. Выделение данной группы особенно актуально в связи с увеличением распространенности данной патологии, широким внедрением и увеличением продолжительности медикаментозной терапии, что важно учитывать с целью предупреждения необоснованных терапевтических мероприятий.

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЗУДЯЩЕЙ ПУРПУРЫ ЛЕВЕНТАЛЯ

Провизион Л. Н., Антощенко В. Н.
Провизион Л. Н., Антощенко В. Н. ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России
г. Луганск

Введение. Унилатеральные дерматозы разделяют на врожденные и приобретенные. Приобретенные кожные заболевания представлены классическими дерматозами, не имеющими, в основном, унилатерального расположения (псориаз, красный плоский лишай, линейная склеродермия и др.) и линейного (линейный лихен, линейная атрофодермия); врожденные дерматозы представлены Невил-синдромом, по типу пигментного, ахромического, веррукозного, ангиоматозного невусов. В группу линейных дерматозов можно отнести и артифициальные дерматозы с линейным расположением (патомимия, контактный дерматит, брелок-дерматит и др.). А. А. Каламкарян с соавторами, наблюдая за больными с унилатеральными и линейными дерматозами, пришли к выводу, что локализация кожных высыпаний при данных дерматозах обусловлена неврологическими нарушениями центрального или сегментарного характера. Выявлена ассиметрия отражающая изменения в нервно-мышечном аппарате и вегетативной регуляции соответствующего сегмента. Таким образом, для каждой из этих групп характерно: для врожденных — дисэмбриогенез; для обычных дерматозов — нарушения центрального или сегментарного характера, для артифициальных — различные внешние раздражители (механические, физические, химические и др.). Диагностические признаки для всех — унилатеральное линейное расположение высыпаний. Пигментно-пурпурозные дерматозы (ППД) — группа дерматозов, характеризующаяся петехиями, пигментациями, телеангиоэктазиями. ППД чаще встречаются у мужчин, особенно линейные формы. К ППД относятся:

1. Болезнь Шамберга
2. Пурпура кольцевидная телеангиэктатическая Майокки
3. Пурпурозный и пигментный лихеноидный ангиодермитГужеро-Блюма
4. Экзематидоподобная пурпура Дукаса и Капетанакиса
5. Зудящая пурпура Левенталя
6. Дугообразная телеангиэктатическая пурпура Турена
7. Lichen aureus (lichen purpuricus)
8. Пигментный и пурпурозныйангиодермит нижних конечностей, синдром Фавра и Ше
9. Белая атрофия кожи Милиана
10. Сетчатый старческий гемосидероз
11. Ортостатическая пурпура

Важную роль в развитии ППД имеют и такие факторы как физические перегрузки, венозная гипертензия, инфекции, лекарственные препараты, сахарный диабет. Зудящая пурпура Левенталя в отличии от других ППД характеризуется выраженным зудом и характеризуется появлением красно-коричневых и пурпурозных точечных элементов, лихеноидных папул, шелушащихся пятен, участков лихенизации, стойкой пигментации. Локализация чаще на нижних конечностях, характерна симметричность высыпаний.

Цель: описание клинического случая с редкой локализацией и расположением высыпаний. Больная М., 31 г. обратилась в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР в ноябре 2023 г. с жалобами на высыпания на коже, сопровождающиеся выраженным зудом. Сопутствующие заболевания отрицает. Из анамнеза выяснено, что первые высыпания появились на коже шеислева, верхней левой конечности, туловища с последующим распространением их вдоль левой нижней конечности до тыла стопы. Высыпания характеризуются наличием мелких пятен с нечеткими границами буровато-желтого синюшного цвета, мелкими петехиями и телеангиоэктазиями. Заболевание связывает с нервно-психическим длительным перенапряжением. Проконсультирована невропатологом.

Заключение: Вегето-сосудистая дистония, остеохондроз шейно-грудного отдела. В отделении проведено обследование: общий анализ крови, биохимические исследования крови, общий анализ мочи. Патологии не выявлено, показатели в пределах нормы. Больная получала лечение: нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, витаминотерапию; местно — гель троксевазин, троксерутин, крем Акридерм ГК. На фоне лечения высыпания постепенно бледнели. Выписана с остаточными проявлениями для дальнейшего лечения по месту жительства. Вывод: Пердставленный случай демонстрирует редкий вариант распространенной унилатеральной зудящей пурпуры Левенталя. При унилатеральном расположении сыпи в развитии заболевания необходимо учитывать роль центральной и периферической нервной системы.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА

С. В. Осташева
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ г. Москва

Актуальность. Среди редких доброкачественных патологий кожи выделяется карциноидный папилломатоз кожи Готтрона. Это состояние, характеризующееся псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса, преимущественно определяется на нижних конечностях и возникает на фоне затяжных хронических воспалительных процессов. Заболевание имеет выраженную гендерную предрасположенность, поражая в основном мужчин в возрасте от 40 до 85 лет. Клиническая картина представлена симметрично расположенными в области голеней, четко очерченными очагами, представляющими собой инфильтрированные участки с папилломатозно-бородавчатыми разрастаниями, застойной эритемой по периферии. Множественные папулы размером до 0,5 см склонны к группированию, образуя бородавчатые вегетации, покрытые корками (серозно-гнойными и геморрагическими). Визуализируются отдельные пустулы, участки с экссудацией. По клиническим данным и характеру кожного процесса, карциноидный папилломатоз Готтрона подразделяют на язвенно-инфильтративную (эндофитную), опухолевидную (экзофитную) и гиперкератотическую формы. При дифференциальной диагностике следует исключить такие заболевания, как хромомикоз, хроническую вегетирующую пиодермию, бородавчатый туберкулез кожи и плоскоклеточный рак.
Цель. В связи с низкой частотой встречаемости и сложностью в диагностике, описано клиническое наблюдения. Материалы и методы. Описан случай у пациента 56 лет с жалобами на изменения кожного покрова нижних конечностей, стойкой пастозностью и ограниченной болезненностью в местах высыпаний. Считает себя больным в течение 1 года, ранее наблюдался у дерматолога с трофической экземой кожи нижних конечностей. Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия II степени, риск 3. СД 2 типа средней тяжести в фазе субкомпенсации. Обсуждение. Локальный статус: процесс носит распространенный характер, локализован на коже обеих голеней, голеностопе и стопах, на фоне выраженного отека и лимфостаза выявлены множественные крупные вегетации с изъязвлением, серозно-гнойным отделяемым. Вегетации темно-коричневого цвета, с поверхностными серозными и гнойными корочками, деформация пальцев стоп. Дермографизм красный. Ногтевые пластинки кистей и стоп без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Аллергологический анамнез не отягощен. Проведено обследование: ИФА сифилис, антитела к ВИЧ, Анти-HCV, HBsAg не обнаружены. Кал на яйца глистов, цисты простейших не обнаружены. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз с сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 68,2 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин 16,7 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 12,0 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) 32,0 Ед/л; общий белок 71 г/л; глюкоза 6,2 ммоль/л; холестерин 5,3 ммоль/л; С-реактивный белок — 29,08 мг/литр. Микроскопическое исследование — отрицательно. Посев: Enterobacter cloacae, St. aureus, St. epidermidis. Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей: гемодинамических нарушений со стороны глубоких вен нижних конечностей не выявлено. Просвет свободен. Отек подкожной жировой клетчатки голеней — лимфостаз. По результату гистологического исследования: в эпидермисе папилломатозная гиперплазия с гиперкератозом и паракератозом, скоплениями распадающихся нейтрофилов. Дерме — акантотические тяжи, представленные вытянутыми шиповатыми клетками. В эпидермисе — симптом «трубчатых роговых масс». Скудная лимфоцитарная инфильтрация в дерме с примесью гистиоцитов, фибробластов. На основание клинической картины, анамнеза, лабораторных исследований выставлен диагноз: карциноидный папилломатоз кожи Готтрона. Проведено амбулаторное лечение: пероральный прием антибиотиков курсом 10 дней, дезинтоксикационная терапия, диуретики и вазоактивные препараты. Местно — аппликации с примочками на экссудативные зоны и комбинированные мазевые формы. В результате терапии наблюдается положительная динамика: инфильтративные изменения на коже голеней частично регрессировали, экссудативные явления купированы, полное разрешение серозных и гнойных корочек. Пациент направлен на консультацию к онкологу.
Выводы. Представленное клиническое наблюдения демонстрирует, что диагностика кожной карциномы Готтрона, сопряжена со значительными трудностями. Окончательный диагноз возможен исключительно на основании патогистологического исследования биопсии кожи. Заболевание характеризуется хроническим течением, с потенциальным риском последующей малигнизации в плоскоклеточный рак.

КЛИНИЧЕСКИЕ, СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСОРИАЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Симакова Н. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А.
г. Красноярск
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Введение. Сегодня пациент с псориазом клинически интересен не только врачу-дерматовенерологу, но и специалистам терапевтических специальностей. Доказано, что у пациентов с этим дерматозом повышен риск сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа. Кроме того, встречаются работы, демонстрирующие корреляцию тяжести течения псориаза и ожирения.
Цель работы: выявить связь между тяжестью течения псориаза и особенностями компонентного состава тела, а также соматотипом у молодых женщин. Материалы и методы. В период 04.2025–10.2025 гг. обследовано 157 пациенток молодого возраста (21–35 лет) с диагнозом вульгарный псориаз. Обследуемым проведен расчет PASI (psoriasis area and severity index), антропометрия (рост, вес, окружность талии, бедер, запястья), вычислен индекс массы тела (ИМТ), выполнено биоимпедансометрическое исследование, а также определен соматотип.
Результаты. Диагностировано, что 42 обследуемых (26,8%) имели массу тела, соответствующую нормальной, у 17 (10,82%) диагностирован ее дефицит, 54 (44,4%) женщины имели повышенный индекс массы тела ИМТ, а 44 (28%%) — ожирение (ИМТ > 30,0 кг/м2). При расчете PASI выявлено, что у всех женщин с дефицитом массы тела определялась легкая степень тяжести псориаза; течение дерматоза у пациенток, имеющих нормальную массу в 38% случаев, было среднетяжелым, в 4,8% — тяжелым, в 57,2% легким, а среди обследуемых с избыточной массой тела и ожирением в 72,4% выявлялось тяжелое течение псориаза, в 27,6% — среднетяжелое. По данным, полученным в результате проведенного на аппарате АВС-02 «Медасс» биоимпедансометрического исследования, отражающего полную картину компонентного состава тела, выявлено, что повышенные показатели относительного содержания жировой массы достоверно чаще диагностировались в группе исследования с избыточной массой и ожирением. Однако обращает на себя внимание, что пациентки с нормальной массой терла и ее дефицитом также имели повышенный процент жировой массы. Нарушения соотношения и содержание внутриклеточной и внеклеточной жидкостей были характерны для пациентов всех групп, но были более выражены у женщин с избыточной массой тела и ожирением. Соматотипирование показало, что подавляющий процент женщин с дефицитом массы тела имели нормостеническое телосложение, обследуемые с нормальной массой в 73,8% — гиперстеническое, 26,2% — нормостеническое, а пациентки с избыточной массой тела и ожирением практически все были гиперстениками (82,6%).
Обсуждение. Пациентки первого зрелого возрастного периода, страдающие вульгарным псориазом в большем проценте случаев, имели избыточную

массу тела и ожирение. Тяжелое течение псориаза в подавляющем проценте случаев встречалось у пациенток этих групп, а легкое- у женщин с дефицитом массы тела. Повышенное содержание жировой массы, дефицит безжировой массы, а также избыток общей жидкости были характерны для пациенток всех групп. Однако дисбаланс содержания внеклеточной и внутриклеточной жидкости был наибольшим среди женщин с избыточной массой тела и ожирением. Таким образом, целесообразно вводить методы биоимпедансометрии и расчета соматотипа в практику врача-дерматовенеролога для формирования групп диспансерного наблюдения пациентов с псориазом, а также для объективной диагностики ожирения по содержанию жировой массы.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ЛИХЕНОИДНОМ ПИТИРИАЗЕ

Алхаффар С., Костецкая А. В., Жукова О. В., Касихина Е. И., Острецова М. Н.
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
г. Москва

Лихеноидный питириаз — редкий дерматоз, который на современном этапе объединяет три клинических формы: острый лихеноидный и вариолиформный питириаз (PLEVA), хронический лихеноидный питириаз и лихорадочную язвенно-некротическую болезнь Мухи-Хабермана (FUMHD). Гистологические и дерматоскопические данные имеют ключевое значение для дифференциальной диагностики лихеноидного питириаза от других дерматозов, при этом дерматоскопия как простой, неинвазивный и информативный диагностический метод может быть полезна для диагностики и определения тактики ведения пациентов еще до получения заключения гистологического исследования.

Цель исследования. Провести анализ дерматоскопических и патоморфологических паттернов у пациентов с разными клиническими типами лихеноидного питириаза. Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов (медианный возраст Me 13 [7; 19] лет) с диагнозом острый лихеноидный и вариолиформный питириаз (ОЛП) и хронический лихеноидный питириаз (ХЛП), находившихся под наблюдением в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» с 2022 по 2024 год. Все пациенты имели I или II фототип кожи. Исследование высыпаний проводилось методом дерматоскопии с 20-кратным увеличением.

Результаты. При ОЛП точечные сосуды визуализировались у 100,0% обследованных. Линейные и/или клубочковые сосуды обнаруживались у 60,0% пациентов. Частота выявления очаговых точечных сосудов и сосудов в виде клубочков была статистически значимой (($p<0,01$) при ОЛП, тогда как при ХЛП статистически значимой ($p<0,01$) была частота выявления линейных сосудов. Наличие светло-коричневых и желтоватых бесструктурных областей достоверно ($p<0,001$) указывает на ХЛП, в то время как мишеневидные элементы более характерны для ОЛП. Гистологически ОЛП характеризуется очаговыми изменениями эпидермиса и дермы. Может наблюдаться вакуолярный «интерфейс»-дерматит с периваскулярными лимфоцитарными инфильтратами в папиллярной дерме, клиновидно распространяющимся в глубину сетчатого слоя дермы. Также может наблюдаться экстравазация эритроцитов и лимфоцитов в эпидермис и некроз эпидермиса. Визуализация точечных сосудов является следствием микрокровоизлияний, экстравазации эритроцитов в дерме и расширения кровеносных сосудов. В отличие от внезапного появления везикулярных или некротических пятен и папул, сопровождающихся системными симптомами и являющимися архетипичными для ОЛП, высыпания при ХЛП характеризуются постепенным началом и регрессируют с поствоспалительной гипо- или гиперпигментацией. Патоморфологически оранжево-желтоватые бесструктурные области при ХЛП связаны с наличием продуктов распада гемосидерина из экстравазированных эритроцитов, а сосудистые компоненты — с расширением поверхностных сосудов дермы. При ХЛП дерматоскопически выявленные сине-серые области являлись следствием отложения дермального меланина. Реже обнруживаются вкрапления меланина в эпидермисе с сопутствующим паракератозом.

Заключение. Таким образом, сосудистый рисунок, наблюдаемый при дерматоскопии высыпаний при разных клинических формах лихеноидного питириаза, коррелирует с выраженностью дилятации кровеносных сосудов и микрокровоизлияний в сосочковом слое дермы и имеет важное диагностическое значение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ У ПАЦИЕНТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Якупов И. А., Студеничник Н. Н., Строканова А. Е.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Зеленоградский»
г. Москва

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) представляет собой хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, в основе патогенеза которого лежат генетически детерминированные нарушения структуры эпидермального барьера и дисбаланс Т-хелперного иммунного ответа. Данные изменения обусловливают повышенную колонизацию кожи патогенными микроорганизмами и предрасположенность к развитию тяжелых суперинфекций. Герпетиформная экзема Капоши (ГЭК) является наиболее грозным вирусным осложнением АтД, вызываемым вирусом простого герпеса (ВПГ) 1-го типа, и характеризуется высоким риском генерализации процесса, развития полиорганной недостаточности и летального исхода при отсутствии своевременной этиотропной терапии. Согласно данным организационно-методического отдела ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», анализ заболеваемости ГЭК (шифр МКБ-10: B00.0) в период 2022–2025 гг. демонстрирует сохранение эпидемиологической значимости данной нозологии среди взрослого населения.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациента 20 лет, находившегося на амбулаторном лечении в филиале «Зеленоградский» в декабре 2025 г. Диагноз верифицирован на основании анамнестических данных, характерной клинической картины и оценки динамики патологического процесса на фоне проводимой терапии. Фотодокументирование осуществлялось с письменного информированного согласия пациента.

Результаты. Пациент обратился 09.12.2025 с жалобами на внезапное появление зудящих высыпаний в области правого верхнего века, стремительно распространившихся на кожу лица, сопровождавшихся выраженным отеком век, экссудацией (мокнутием), образованием геморрагических и желтоватых корок, а также фебрильной лихорадкой. Из анамнеза установлено: длительный анамнез АтД. За 72 часа до манифестации герпетиформных высыпаний пациент получал терапию по поводу обострения АтД, осложненного вторичной бактериальной инфекцией, включавшую системные антигистаминные препараты (цетиризин), топические глюкокортикостероиды (метилпреднизолона ацепонат) и однократное парентеральное введение пролонгированного глюкокортикостероида (бетаметазона дипропионат). Молниеносный темп развития симптомов (3 суток от обострения основного заболевания до развернутой картины ГЭК) патогенетически связан с ятрогенной иммуносупрессией и нарушением целостности кожного барьера, что создало благоприятные условия для диссеминации ВПГ. Назначена этиотропная системная противовирусная терапия (валацикловир). На контрольном визите 19.01.2026 констатировано полное разрешение патологических элементов в периорбитальной области. Зафиксирована ремиссия АтД с явлениями остаточной ксеродермии. Отсутствие серьезных нежелательных явлений и рецидивов подтверждает клиническую эффективность и безопасность выбранной терапевтической стратегии. Дополнительно отмечено достоверное улучшение качества жизни пациента, редукция психоэмоционального дискомфорта и восстановление социального функционирования.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует высокий потенциал развития ГЭК у взрослых пациентов с АтД, в том числе на фоне

применения глюкокортикостероидных препаратов. Выявленный молниеносный характер прогрессирования инфекции обосновывает необходимость высокой клинической настороженности в отношении ГЭК при ведении пациентов с АтД. Своевременная диагностика и раннее назначение системной противовирусной терапии являются детерминирующими факторами благоприятного исхода, предотвращения системных осложнений и улучшения прогноза заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РУПИОИДНОГО ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Карачева Ю. В., Винник Ю. Ю., Здзитовецкая Н. Д., Собакарь Ю. Ю.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
г. Красноярск

Актуальность. Распространенность псориаза в общей популяции по всему миру составляет 2–3%. Заболеваемость псориазом среди ВИЧ-инфицированных пациентов по данным ряда исследований достигает 5,4%. Псориаз в развернутой стадии СПИДа приобретает упорное, рецидивирующее течение, часто характеризуется пустулезными распространенными высыпаниями на коже, склонностью к эритродермии, торпидностью к лечению. Казалось бы, вирус иммунодефицита человека поражает лимфоциты CD4+(Т-хелперы), ответственные в том числе за аутоиммунные реакции. Однако при ВИЧ-инфекции происходит и выраженное снижение Т- регуляторных клеток, основная функция которых заключается в подавлении аутоиммунных реакций. Такие заболевания как псориаз, спондилоартриты и системные васкулиты в развернутой стадии СПИДа, сопровождающейся выраженным снижением Т-клеток, несущих рецепторы CD4+, принимают тяжелое рецидивирующее течение.
Цель работы: представить клинический случай, демонстрирующий тяжелое течение псориаза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинического случая рупиоидного псориаза у пациента 57 лет с ВИЧ-инфекцией.
Результаты. Больной С., 57 лет, обратился в АПО ККВД с жалобами на распространенные высыпания кожного покрова и боли в суставах.
Анамнез заболевания: страдает псориазом более 20 лет. Высыпания ранее располагались на коже туловища, разгибательной поверхности конечностей. Обострения заболевания отмечал 2 раза в год. Лечился самостоятельно гормональными мазями, неоднократно получал терапию в стационаре ККВД. При последней госпитализации 15 лет назад был выявлен положительный анализ на ВИЧ инфекцию. Обратился в Краевой СПИД-центр г. Красноярска, где была назначена ретровирусная терапия, которой пациент придерживался много лет. Последние 1,5 года больной отказался от лечения ВИЧ инфекции по неизвестным причинам. В течение последнего года высыпания распространились по кожному покрову, появились корки на коже спины и конечностей. Последние месяцы отмечает выраженные боли в голеностопных суставах, стало тяжело подниматься по лестнице.
Анамнез жизни: больной работает дворником. Не женат. Половой жизнью в течение последних 2 лет не живет.
Локальный статус: кожный процесс носит распространенный диффузный характер с локализацией на коже туловища, конечностей, волосистой части головы. Кожный покров спины с переходом на ягодицы представлен сплошным «панцирем» из слоистых конических корок округлой формы серого цвета различных размеров. На коже груди и разгибательной поверхности конечностей — слоистые корки, покрывающие папулезные элементы сыпи, на поверхности корок обильное пластинчатое шелушение из серебристых чешуек. На коже в\ч головы чешуе-корки белого цвета, шелушение. На коже ладоней и подошв гиперкератоз, трещины. Ногтевые пластинки кистей и стоп утолщены по гипертрофическому типу, симптом «наперстка». Межфаланговые суставы кистей отечны, при движении болезненны. Движение в голеностопных суставах также ограничено. Кожа над суставами красного цвета с наслоением корок.
Диагноз: рупиоидный псориаз, смешанная форма, прогрессирующая стадия. Псориатический артрит. Сопутствующий диагноз: ВИЧ-инфекция, 4В-стадия. Лабораторные исследования от 12.12.25: Hb 93 г/л, эр. 2,8·1012/л, тр. 89·109/л, лейкоциты 3,83·109/л, СОЭ 41 мм/ч. Биохимический анализ крови: АСТ 27 ЕД/л, АЛТ 28 ЕД/л, ЩФ 142 ЕД/л., С-реактивный белок 4,1мг/л. ИФА к ВИЧ положительный, РМП отрицательный, anti-HCV и HbsAg отрицательные. Учитывая коморбидность, тяжесть кожного процесса, данные лабораторных исследований назначен преднизолона 30 мг/сут; омепразол 20 мг/сут; панангин по 1 таблетке 3 раза/сут. Наружная терапия включала салициловую мазь 2% 2 раза в день № 10, бетаметазона мазь 0,05% 2 раза в день на высыпания. Трещины и эрозии обрабатывались раствором фукорцина.
На фоне лечения отмечалось отторжение корок, папулы уплостились, боли в суставах купировались. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано возобновить лечение ретровирусными препаратами у инфекционистов СПИД-центра.
Обсуждение. Лечение среднетяжелых и тяжелых форм псориаза регламентируется клиническими рекомендациями дерматовенерологов РФ, которое включает назначение метотрексата, циклоспорина и биологических препаратов. В то же время противопоказанием для назначения вышеперечисленных препаратов являются инфекционные заболевания, включая ВИЧ-инфекцию. Исходя из этого, пациенту были назначены гормональные системные препараты коротким курсом. Наружная терапия включала салициловую мазь, обладающую кератолитическим действием и топические гормональные препараты.
Обсуждение. Псориаз у больных, страдающих ВИЧ-инфекцией в последних стадиях отличается тяжелым рецидивирующим течением, развитием пустулезных форм, включая рупиоидную. Лечение таких больных требует персонифицированного подхода и совместного объединенного усилия дерматологов, ревматологов и инфекционистов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Острецова М. Н.[1], Касихина Е. И.[1,2]
1 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва
2 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Розацеа — это хроническое воспалительное заболевание с вовлечением в процесс кожи и глаз. Патогенез розацеа сложен и включает взаимодействие генетических и экологических факторов, нарушение регуляции врожденной иммунной системы, нейроваскулярные изменения и взаимодействие с кожными комменсалами. Несмотря на схожие симптомы, провоцирующие факторы и закономерности развития, розацеа у детей и подростков часто упускается из виду при проведении дифференциального диагноза. Однако начальные проявления классических клинических типов могут наблюдаться уже в младенческом возрасте. Особую важность имеет частое сочетание детской розацеа с офтальмологическими проявлениями. Предполагается, что вовлечение в процесс глаз при розацеа может диагностироваться у 60% детей и подростков, что значительно чаще, чем у взрослых.
Цель. Проанализировать клинические особенности офтальморозацеа у детей.
Результаты. Проанализированы данные офтальмологического обследования 20 детей и подростков с розацеа в возрасте от 10 до 17 лет включительно. В выборке преобладали представительницы женского пола — 18 (90,0%). Пациенты предъявляли жалобы на сухость слизистых и ощущении инородного тела, жжение, слезотечение, повышенную фоточувствительность, покраснения конъюнктивы и век, а также отек орбитальной и периорбитальной области. У 11 (55,0%) пациенток глазные симптомы в течение нескольких

лет предшествовали кожным высыпаниям, что привело к отсроченной диагностике розацеа. Из 20 пациентов у 14 (70,0%) наблюдались сочетанное поражение глаз и кожи, у 6 (30,0%) — только высыпания на коже. Данные, полученные в результате дерматологического обследования, были достаточны для диагностики розацеа у 12 пациентов (60,0%), высыпания у которых были папуло-пустулезного характера с телеангиэктазиями.
Халязион и блефароконъюнктивит были диагностированы у 9 (45,0%), кератит — у 4 (20,0%) пациентов. Изменения мейбомиевых желез определялись при осмотре краев век с помощью щелевой лампы. Предполагается, что дисфункция мейбомиевых желез приводит к нарушениям липидного состава слезной пленки и увеличению скорости высыхания слезы, что является причиной сухости слизистой глаз. Повторяющиеся рецидивы воспалительных явлений и гиперемии века могут служить важным дополнительным диагностическим признаком при проведении дифференциального диагноза розацеа от угревой сыпи у детей и подростков.
Заключение. Несмотря на тот факт, что розацеа у детей диагностируется редко, одним из ключевых звеньев ранней диагностики заболевания следует считать наличие воспалительных офтальмологических симптомов. В настоящее время офтальморозацеа рассматривается как одна из ведущих клинических форм заболевания у детей и подростков, поэтому ее необходимо своевременно распознавать, адекватно лечить и контролировать. Для решения диагностических и терапевтических вопросов рекомендуется междисциплинарный подход к терапии офтальморозацеа с участием офтальмологов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЯЗНОГО ДЕРМАТОЗА ДУНКАНА

Крюченко И. Л., Винник Ю. Ю., Шапранова И. М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
г. Красноярск

Актуальность. Грязный дерматоз Дункана — хроническое доброкачественное заболевание, характеризующееся появлением гиперпигментированных пятен и бляшек, устойчивых к мытью с мылом, но легко удаляемых с кожи 70% изопропиловым спиртом. В этиопатогенезе заболевания предполагается нарушение кератинизации с накоплением кожного сала, пота и клеток эпидермиса.
Цель работы. Представить клинический случай пациентки подросткового возраста.
Материалы и методы. Объектом исследования стала больная Д., 15 лет, находящаяся на амбулаторном лечении в амбулаторно-поликлиническом отделении КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» с диагнозом «Грязный дерматоз Дункана».
Пациентка предъявляет жалобы на темные пятна на шее, не смываемые при очищении водой и мылом, субъективно не беспокоящие.
Анамнез заболевания: дебют в 13 лет, когда впервые на нее появились пятна темного цвета. Обращает на себя внимание отягощенный наследственный анамнез дерматоза: аналогичные высыпания были у отца в подростковом возрасте, разрешились самостоятельно. Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер, представлен коричневыми пятнами с неровной шелушащейся поверхностью невоспалительного характера, напоминающими несмытую грязь на левой поверхности шеи. На передней поверхности шеи более мелкие, но аналогичные по морфологии гиперпигментированные пятна. Для подтверждения диагноза был проведён спиртовой тест: пораженный участок был обработан 70% изопропиловым спиртом, после которой кожа полностью очистилась. На основании клинико-анамнестических данных пациентке выставлен диагноз грязный дерматоз Дункана. Дифференциальный диагноз проведен с черным акантозом, амилоидозом кожи, разноцветным лишаем. В качестве дальнейшего ведения пациентке рекомендовано использование кремов с мочевиной на регулярной основе, а также удаление вновь возникающих очагов 70% изопропиловым спиртом.
Выводы: описанный клинический случай грязного дерматоза Дункана демонстрирует важность знаний диагностики пигментных дерматозов для верной постановки диагноза исключающий гипердиагностику.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОСТОНСКОЙ ЭКЗАНТЕМЫ НА ПРИЕМЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА И АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА

Мамлина Н. К., Шувалова А. Г., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Введение: экзантемы инфекционного генеза продолжают оставаться актуальной проблемой в клинической практике врачей амбулаторного звена. Особую сложность представляет дифференциальная диагностика вирусных экзантем и аллергических заболеваний кожи, поскольку клинические проявления нередко имеют сходные характеристики. Бостонская экзантема, являясь одной из форм энтеровирусной инфекции, может дебютировать с кожных высыпаний и общих симптомов, что приводит к первичному обращению пациентов к дерматологу и\или к аллергологу-иммунологу, создавая риски диагностических ошибок.
Цель: представить клинический случай Бостонской экзантемы, выявленной на приеме у врача-аллерголога, и подчеркнуть ключевые дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить инфекционную экзантему от аллергических кожных реакций в условиях амбулаторного приема.
Результаты: Пациент 56 лет обратился к аллергологу с жалобами на высыпания на коже. Со слов пациента, за 3–4 дня до появления первых высыпаний был контакт с больным герпетической инфекцией. С 09.10.2025 года появились высыпания по типу крапивницы и подъем температуры тела. С субботы 11.10.2025 года пациент отметил распространение и изменение характера высыпаний, а также боль в горле. Обратился к дерматологу, состояние было расценено как ветряная оспа. С воскресенья 12.10.2025 года стал принимать валтрекс по1 таб х 2 р/д. В понедельник 13.10.2025 года появились генерализованные высыпания, пузыри, подъем температуры до 39С. Пациент был направлен к аллергологу с подозрением на синдром Свита.
При осмотре кожный патологический процесс имел генерализованный остро-воспалительный характер. Представлен множественными пятнами и узлами буровато-синюшного и красно-коричневого цвета округлых очертаний; некоторые элементы имели сливной характер и были плотными при пальпации; на коже верхних конечностей отмечались множественные плотные пузыри; кожа нижних конечностей слегка отечна с распространенными очагами застойно-синюшнего цвета. На коже слизистых оболочек полости рта, носа, а также на коже периоральных и периназальных областей наблюдались эритематозные элементы, которые в области носа и красной каймы губ были покрыты плотными геморрагическими корками.
На основании клинико-анамнестических данных был заподозрен инфекционный характер патологического процесса. В связи с этим, а также с учетом состояния средней тяжести, пациент был направлен на стационарное лечение в ИКБ № 1. При ПЦР исследовании РНК к Enterovirus — результат положительный. На фоне проводимого лечения (Цефтриаксон в/в капельно № 5; Хлоропирамин в/в струйно № 5; Ацикловир в/в капельно № 3) отмечалось клинико-лабораторное улучшение, в том числе регресс кожных высыпаний, симптомов интоксикации и катаральных явлений, в связи с чем пациент был выписан на 9 сутки стационарного лечения.
Заключение. Инфекционные эритемы, в частности Бостонская экзантема могут зачастую имитировать клиническую картину аллергических дерматозов, что требует от специалистов настороженности и комплексной оценки анамнеза, клинических проявлений и лабораторных данных. Представленный клинический случай демонстрирует значимость междисциплинарного подхода и своевременной дифференциальной диагностики, что позволяет избежать необоснованной терапии и оптимизировать ведение пациентов.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И ФАКТОРОВ РИСКА

Горский В. С.
Медицинский центр «Максимед» (ООО «Фонд развития эффективной медицины»)
г.Тула

Введение Онихомикозы представляют собой одну из наиболее распространенных патологий ногтевых пластин, составляя до 50% всех онихопатий. По данным эпидемиологических исследований, распространенность онихомикозов в популяции варьирует от 5% до 15% и продолжает расти. Изменение этиологической структуры возбудителей, увеличение доли недерматофитных плесневых грибов и дрожжеподобных грибов, а также рост числа пациентов с коморбидной патологией обуславливают необходимость регулярного мониторинга эпидемиологической ситуации. Понимание современной структуры возбудителей и факторов риска развития онихомикозов имеет важное значение для оптимизации диагностической и терапевтической тактики.
Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности онихомикозов, определить современную структуру возбудителей и выявить основные факторы риска развития заболевания у пациентов многопрофильного медицинского центра. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 127 пациентов с верифицированным диагнозом онихомикоз, обратившихся за медицинской помощью в период с 2022 по 2024 год. Критерии включения: наличие клинических признаков поражения ногтевых пластин, положительные результаты микроскопического исследования и культурального исследования на грибы. Средний возраст пациентов составил 53,8±15,2 года, из них 74 женщины и 53 мужчины. Диагностика онихомикозов включала клинический осмотр с определением клинической формы поражения, микроскопическое исследование патологического материала с использованием 10% раствора гидроксида калия и культуральное исследование на питательных средах Сабуро и Сабуро с хлорамфениколом. Идентификация возбудителей проводилась на основании морфологических и культуральных характеристик. Анализировались следующие параметры: этиологическая структура возбудителей, локализация поражения, клинические формы онихомикоза, возрастное и гендерное распределение пациентов, наличие сопутствующих заболеваний. Оценивались факторы риска: сахарный диабет, заболевания периферических сосудов, иммунодефицитные состояния, травмы ногтей, профессиональные вредности. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы SPSS26.0, применялись методы описательной статистики, критерий хи-квадрат, отношение шансов с расчетом 95% доверительного интервала.
Результаты Анализ этиологической структуры показал следующее распределение возбудителей: дерматофиты выявлены у 92 пациентов (72,4%), недерматофитные плесневые грибы — у 21 пациента (16,5%), дрожжеподобные грибы рода Candida — у 14 пациентов (11,0%). Среди дерматофитов доминировал Trichophyton rubrum — 88,0% случаев, Trichophyton mentagrophytes выявлен у 9,8% пациентов, Epidermophyton floccosum — у 2,2%. Среди недерматофитных плесневых грибов преобладали Aspergillus spp. (61,9%) и Fusarium spp. (23,8%). По локализации поражения распределение было следующим: ногти стоп — 103 пациента (81,1%), ногти кистей — 16 пациентов (12,6%), сочетанное поражение — 8 пациентов (6,3%). Клинические формы онихомикоза: дистально-латеральная подногтевая форма — 67,7%, проксимальная подногтевая форма — 9,4%, поверхностная белая форма — 12,6%, тотальная дистрофическая форма — 10,2%. Анализ возрастного распределения выявил увеличение частоты онихомикозов с возрастом: в возрастной группе 18–40 лет заболеваемость составила 11,8%, 41–60 лет — 49,6%, старше 60 лет — 38,6%. Гендерных различий в частоте выявления дерматофитных инфекций не установлено, однако кандидозные онихомикозы достоверно чаще встречались у женщин (78,6% против 21,4%, p <0,05). Изучение факторов риска показало следующие результаты: сахарный диабет выявлен у 46 пациентов (36,2%), заболевания периферических сосудов — у 33 пациентов (26,0%), ожирение — у 37 пациентов (29,1%), иммуносупрессивная терапия — у 9 пациентов (7,1%). Расчет отношения шансов показал наиболее значимые факторы риска: сахарный диабет (ОШ=4,1; 95% ДИ: 2,8–5,9), заболевания периферических сосудов (ОШ=3,7; 95% ДИ: 2,4–5,7), возраст старше 60 лет (ОШ=3,4; 95% ДИ: 2,2–5,2). У пациентов с сахарным диабетом достоверно чаще встречались тяжелые клинические формы онихомикоза: тотальная дистрофическая форма выявлена у 26,1% пациентов с диабетом против 3,7% у пациентов без диабета (p <0,001). Недерматофитные возбудители достоверно чаще выявлялись у пациентов старше 60 лет (24,5% против 12,2% в младших возрастных группах, p <0,05). Обсуждение Полученные данные свидетельствуют о сохранении доминирующей роли дерматофитов, прежде всего Trichophyton rubrum, в этиологической структуре онихомикозов, что согласуется с результатами современных российских и международных исследований. Вместе с тем, выявленная доля недерматофитных возбудителей (16,5%) указывает на необходимость обязательного проведения культурального исследования для идентификации возбудителя и выбора адекватной терапии. Установленные факторы риска, такие как сахарный диабет, заболевания периферических сосудов и пожилой возраст, подчеркивают важность мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с онихомикозами. Высокая распространенность онихомикозов среди пациентов с сахарным диабетом и более тяжелое течение заболевания в этой группе обосновывают необходимость активного скрининга и профилактических мероприятий у данной категории пациентов. Преобладание поражения ногтей стоп и дистально-латеральной клинической формы соответствует классическим эпидемиологическим данным. Увеличение частоты выявления недерматофитных возбудителей у пожилых пациентов может быть связано как с возрастными изменениями иммунитета, так и с особенностями микроциркуляции и трофики ногтевых пластин в данной возрастной группе. Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования алгоритмов диагностики и разработки персонифицированных подходов к лечению онихомикозов.

КОЖНЫЕ ПИЛОЛЕЙОМИОМЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РИДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Варзиева А. В., Бохонович Д. В., Горелова Е. А.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский"
г. Москва

Введение. Кожные лейомиомы — редкие доброкачественные опухоли гладкой мускулатуры кожи. В зависимости от происхождения выделяют пилолейомиомы, ангиолейомиомы и генитальные лейомиомы. Пилолейомиомы развиваются из мышцы, поднимающей волос, ангиолейомиомы — из мышечного слоя сосудистой стенки, а генитальные лейомиомы — из гладкой мускулатуры мошонки, половых губ или соска. Синдром Рида (HLRCC) — аутосомно-доминантный синдром, обусловленный мутацией гена фумаратгидратазы (FH), характеризующийся множественными кожными пилолейомиомами, миомами матки у женщин и высоким риском развития рака почки. При этом опухоли почек могут иметь небольшие размеры, но отличаются быстрым ростом и ранним метастазированием. Клинически кожные пилолейомиомы представлены плотными дермальными узелками диаметром 2–20 мм, телесного или розово-красного цвета, чаще локализующимися на туловище и конечностях. Характерным симптомом является боль, возникающая спонтанно или под воздействием холода и давления. Диагноз кожной лейомиомы подтверждается гистологическим исследованием, при котором выявляются переплетающиеся пучки гладкомышечных клеток без признаков злокачественности, а выявление дефицита FH служит показанием для генетического тестирования. Пациенты с подозрением на синдром Рида нуждаются в активном и пожизненном наблюдении. С учетом онкологической настороженности актуально ежегодное про-

ведение МРТ почек, начиная с детского или подросткового возраста при подтверждённой мутации FH. Кроме того, необходимы регулярные дерматологические осмотры и, у женщин, гинекологическое наблюдение. **Цель.** Демонстрация клинического случая кожной лейомиомы как возможного маркера наследственного лейомиоматоза с почечно-клеточным раком. **Результаты.** Пациентка Р., 63 лет, 13.11.2025 г. впервые обратилась в филиал «Тимирязевский» с жалобами на наличие новообразований кожи шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся болезненными ощущениями. Со слов пациентки, первые очаги появились на коже шеи в возрасте 45 лет, в дальнейшем элементы стали возникать на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Ранее за медицинской помощью по поводу данных новообразований пациентка не обращалась. Семейный анамнез отягощён: у одной сестры — рак почки с летальным исходом, у второй сестры рак почки в стадии ремиссии и множественные пилолейомиомы кожи, у двух братьев — лейомиомы кожи (недообследованы в связи с проживанием в сельской местности), у дочери пациентки диагностированы множественные миомы (более 30 миоматозных узлов), неоднократно подвергавшиеся хирургическому лечению, а также пилолейомиомы кожи. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, остеохондроз позвоночника, кисты печени, полиостеоартроз суставов кистей, хронический гастрит. При объективном осмотре кожный процесс носит распространённый характер и локализуется на коже задней поверхности шеи, правого плеча, предплечья, боковой поверхности туловища, живота и правой нижней конечности. Высыпания представлены множественными диссеминированными и множественными сгруппированными папулами телесного и розовато-красного цвета, диаметром 5–15 мм, плотной эластической консистенции, болезненными при пальпации. По результатам гистологического исследования: в дерме выявлен узелок, образованный разнонаправленно ориентированными гладкомышечными пучками без признаков атипии, при окраске по Ван-Гизону — желтоватого цвета. Патологические изменения соответствуют лейомиоме. Пациентка направлена на консультацию генетика, гинеколога и терапевта. Генетиком рекомендовано динамическое наблюдение, консультации онколога и уролога. Консультация гинеколога: в 1998 проведена надвлагалищная ампутация матки по поводу множественных миом матки. УЗИ почек от 20.01.2026: патологических изменений почек, надпочечников и забрюшинного пространства не обнаружено.
Заключение. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью кожных пилолейомиом и их значением как возможного раннего проявления наследственного лейомиоматоза с почечно-клеточным раком (синдрома Рида). Кожные изменения нередко являются первым и единственным признаком заболевания, с которым пациент обращается к дерматологу, что затрудняет своевременную диагностику при отсутствии выраженного наследственного анамнеза и системных жалоб. **Выводы.** Ранняя диагностика кожных пилолейомиом и своевременная маршрутизация пациента позволяют заподозрить наследственный опухолевый синдром и предотвратить развитие тяжёлых осложнений.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Сорокина Е. В., Крестиничева Е. Н., Мишина Н. В.
ФГБНУ НИИВС им. И. И. Мечникова, г. Москва; Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

Введение. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) — наиболее распространенный лейкоз среди взрослого контингента, злокачественное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся чрезмерной агрегацией CD5-положительных зрелых малых В-лимфоцитов в периферической крови, костном мозге, лимфатических узлах и селезенке. Подавляющее большинство поражений кожи при ХЛЛ являются неспецифическими, риск развития немеланомного рака кожи повышен в восемь раз.
Цель — описание клинического случая хронического лимфолейкоза с неспецифическими кожными проявлениями и немеланомным раком кожи. Материалы и методы. Субпопуляционный состав лейкоцитов периферической крови определяли методом проточной цитометрии («Beckman Coulter», США) с помощью моноклональных антител к соответствующим антигенам в соответствии с инструкциями производителя.
Результаты. Пациентка Д., 49 лет, обратилась в декабре 2024 года с жалобами на зудящие высыпания на коже лица, туловища и конечностей в течение 3 лет. Ранее были установлены диагнозы: экзема, гиперергические реакции на «укусы насекомых», себорейный дерматит, микробная экзема, пиодермия. Пациентка получала курсы терапии антигистаминными препаратами, топическими глюкокортикоидами, топическими антибиотиками, системными антибиотиками, с временным незначительным эффектом или без эффекта. Ранее в общем анализе крови выявлялся умеренный лейкоцитоз, обследование специалистами не проводилось. Из анамнеза — в октябре 2024 впервые отметила появление образования в левого плечевого сустава и его активный рост. 17.10.2024 проведено хирургическое удаление образования.
Заключение патологоанатомического исследования: Плоскоклеточный рак кожи, высокой степени дифференцировки, grade I, с ороговением, инфильтрацией сосочкового и сетчатого слоёв дермы, протяжённостью опухолевого роста до 0,3 см. На линиях резекции опухолевого роста не выявлено, R0. 04.11.2024. Антиген плоскоклеточной карциномы (SCC Ag) 1,94 мг/л (0,15–1,5). Status localis (декабрь 2024): патологический кожный процесс носит острый воспалительный характер, локализован в области лица, шеи и левой стопы. В области шеи представлен эритематозно-сквамозными очагами без четких границ. На лице в периорбитальной, щечной, периоральной областях справа представлен пятнами ярко-розового цвета. В области щеки слева очаг множественных везикул с серозным содержимым, серозные корочки. В области левой стопы на латеральной поверхности эритематозно-сквамозный округлой формы очаг бледно-розового цвета, с нечеткими границами, шелушением, поверхностными трещинами и серозными корочками. Установлен диагноз: Микробная экзема. Дисгидротическая экзема. Назначено аллергообследование (сенсибилизации не выявлено); микробиологическое исследование из очага — в содержимом везикулезных элементов в области левой щеки обнаружен рост S. pyogenes, S. aureus. Учитывая торпидное течение кожного процесса, резистентность к проводимой ранее терапии, пациентка направлена на иммунологическое исследование — оценку иммунного статуса, по результатам которого выявлено: высокий лейкоцитоз (21075 кл/мкл) и лимфоцитоз CD45+CD3-CD19+ (9715 кл/мкл, 67%). Содержание Т-лимфоцитов CD45+ CD3+ (27,9%, 4046 кл/мкл); CD45+CD3+CD4+ (15,7%, 2277 кл/мкл); CD45+CD3+CD8+ 6,2%, 899 кл/мкл); CD45+ CD3- CD1656+ (5,2%, 574 кл/мкл); большое количество активированных лимфоцитов HLA-DR+(67,4%, 9773кл/мкл). Направлена к гематологу, проведено дообследование — иммунофенотипирование с использованием многоцветной панели моноклональных антител: выявлена моноклональная популяция В-лимфоцитов с фенотипом CD19+CD5+CD23+CD20 (низкая плотность) +CD43+CD10-CD200+CD38-, характерным для хронического лимфолейкоза. С целью исключения заболевания высокого риска проведено генетическое исследование: в экзонах 5, 6, 7 и 8 гена TP53 (p53) клинически значимых мутаций не обнаружено. Гематологом по результатам исследования поставлен диагноз — С.91.1. — В-клеточный хронический лимфоцитарный лейкоз. **Заключение.** Раннее выявление специфических и неспецифических кожных проявлений гематологических заболеваний, настороженность специалистов в отношении изменений лабораторных показателей крови и междисциплинарный подход позволят повысить эффективность диагностики и улучшить прогноз у этого контингента пациентов.

КОЖНАЯ МИГРИРУЮЩАЯ ЛИЧИНКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПУТЕШЕСТВИЙ В ТРОПИЧЕСКИЕ СТРАНЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Бабушкинский»
г. Москва

Введение. Кожная мигрирующая личинка (cutaneous larva migrans) — паразитарное заболевание кожи, вызываемое миграцией личинок нематод, преимущественно Ancylostoma braziliense и Ancylostoma caninum. Заражение

происходит при контакте кожи с контаминированной почвой или песком, чаще на пляжах тропических и субтропических регионов. Заболевание характеризуется образованием мигрирующих линейных или извитых зудящих высыпаний. В последние годы в связи с увеличением туристических поездок в эндемичные регионы отмечается рост выявляемости данной патологией в странах с умеренным климатом, что требует повышения настороженности врачей-дерматовенерологов. **Цель** исследования. Проанализировать клинические особенности течения кожной мигрирующей личинки у пациентов после путешествий в тропические страны и подчеркнуть значимость эпидемиологического анамнеза в диагностике заболевания. Материалы и методы. Проанализированы два клинических случая, диагностированных в амбулаторной практике филиала «Бабушкинский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Оценивались жалобы пациентов, анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, данные лабораторных методов исследования, патоморфологическая картина.

Результаты. Пациентка К., 37 лет, обратилась с жалобами на зудящие высыпания в области левого коленного сустава, сохранявшиеся около 4 месяцев. Дебют заболевания отмечен после механической травмы кожи во время отдыха во Вьетнаме. Ранее проводимая терапия инфекционного дерматита антибактериальными препаратами перорально (Доксициклин) без эффекта. При осмотре выявлены эритематозные очаги с папулезными элементами. Дерматоскопически определялись точечные сосуды. Гистологически выявлены признаки спонгиоза и периваскулярных лимфогистиоцитарных инфильтратов. Лабораторные показатели в пределах референсных значений. Пациент Ш., 29 лет, предъявлял жалобы на интенсивный зуд и высыпания в области правой ягодицы, появившиеся спустя 2 месяца после поездки на Филиппины. Ранее проводилось лечение герпетического везикулярного дерматита противовирусными препаратами перорально (Ацикловир) без положительной динамики. Клинически наблюдались линейные папулезные элементы, формирующие извилистые ходы. В лабораторных исследованиях отмечалась эозинофилия (21%). Гистологически выявлены признаки спонгиоза и периваскулярных эозинофильных инфильтратов. В обоих случаях диагноз кожной мигрирующей личинки был установлен на основании клинической картины, эпидемиологического анамнеза и данных дополнительных методов обследования. Пациентам назначена терапия албендазолом перорально в дозе 400 мг в сутки в течение 3 дней с положительной динамикой, затем антигистаминные препараты и наружные противовоспалительные средства, на фоне чего отмечалось разрешение высыпаний. Обсуждение. Кожная мигрирующая личинка является сравнительно редкой патологией для регионов умеренного климата, однако частота её диагностики увеличивается вследствие роста туристической активности населения. Клиническая картина заболевания нередко имитирует аллергические и инфекционные дерматозы, что может приводить к диагностическим ошибкам и неэффективному лечению. Представленные случаи демонстрируют длительное течение заболевания и позднюю верификацию диагноза вследствие недостаточной оценки эпидемиологического анамнеза. Характерными диагностическими признаками являются мигрирующие линейные высыпания, выраженный зуд, связь дебюта заболевания с пребыванием в тропических регионах и лабораторные признаки эозинофилии. Гистологические изменения носят неспецифический характер, однако могут подтверждать воспалительный процесс паразитарной природы.

Заключение. Рост международных путешествий способствует увеличению числа случаев кожной мигрирующей личинки в неэндемичных регионах. Врачам-дерматовенерологам необходимо проявлять настороженность в отношении паразитарных дерматозов при наличии зудящих мигрирующих высыпаний. Ключевое значение в диагностике имеет тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, включая сведения о пребывании пациентов в тропических странах и возможном контакте с контаминированной почвой или песком.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОТВЕТЕ НА ИНГИБИТОРЫ IL-17A

Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А.

ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва; ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва; Российский университет дружбы народов, г. Москва

Введение Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием с системными проявлениями и высокой частотой коморбидных состояний, что обусловливает необходимость персонализированных стратегий лечения. Несмотря на высокую эффективность генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), часть пациентов демонстрирует недостаточный или нестойкий клинический ответ, что формирует клиническую потребность в комбинированных подходах к терапии.

Материалы и методы Проведено проспективное сравнительное исследование реальной клинической практики (РКП), включившее 207 взрослых пациентов с бляшечным псориазом, получавших ингибиторы IL-17A. Эффективность оценивалась по индексам PASI, BSA и DLQI; безопасность — по частоте нежелательных явлений и лабораторному мониторингу. У 43 пациентов с ответом <PASI75 на монотерапии применены комбинированные схемы: группа I — ГИБП + метотрексат + UVB-311 нм, группа II — ГИБП + метотрексат. Период наблюдения составил 52 недели.

Результаты Через 12 недель комбинированной терапии группа I продемонстрировала более выраженный клинический эффект по сравнению с группой II: PASI75 достигнут у 75% против 43% пациентов, PASI90 — у 55% против 22%, PASI100 — у 30% против 9%; среднее дополнительное снижение PASI составило –68% и –41% соответственно ($p<0,05$). Отмечено более быстрое достижение клинического ответа (6 против 9 недель) и более выраженное улучшение качества жизни (DLQI ≥5 баллов у 72% и 39%). Наибольший эффект наблюдался у пациентов с высоким исходным PASI, ожирением и псориатическим артритом. Серьёзных нежелательных явлений и отмен терапии не зарегистрировано, профиль безопасности оставался благоприятным. К 52-й неделе устойчивость ответа сохранялась у большинства пациентов, что позволило провести деэскалацию терапии до монотерапии ГИБП у части больных.

Выводы Комбинированные подходы, особенно схема ГИБП + метотрексат + UVB-311 нм, обеспечивают более глубокий и быстрый клинический ответ у пациентов с недостаточной эффективностью монотерапии ингибиторами IL-17A без увеличения риска серьёзных нежелательных явлений. Полученные данные подтверждают целесообразность персонализированной интенсификации терапии у пациентов с неблагоприятными предикторами ответа и могут быть использованы для разработки клинически ориентированных алгоритмов ведения больных псориазом.

КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аль Каиси З. Д., Разнатовский К. И., Котрехова Л. П., Ляшко А. К., Цурупа Е. Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова г. Санкт-Петербург

Частота онихомикоза в популяции варьирует от 3 до 13% и существенно возрастает у людей старше 60 лет — 25–35%. Если у мужчин инфицирование ногтевых пластинок стоп чаще происходит репродуктивном, то женщины становятся более уязвимы для развития грибковой инфекции в постклимактерическом периоде. В постклимактерическом периоде актуализируются такие факторы риска онихомикоза как инсулиннезависимый сахарный

диабет (второго типа), метаболический синдром и сосудистая патология нижних конечностей, которые являются значимым предрасполагающими факторами для грибковой инфекции стоп, в частности — онихомикоза. Особое место среди медицинских аспектов переходного возраста занимают нейрогуморальные и психоэмоциальные нарушения. Психопатические реакции, обусловленные нарушениями взаимоотношений между корой больших полушарий и нижележащими нервными образованиями (гипоталамус), приводит к различного рода нейрогуморальным и психоэмоциональным нарушениям. В настоящее время нет клинических исследований, посвященных изучению психоэмоциональных, нейрогуморальных и сосудистых нарушений при онихомикозах у женщин в постклимактерическом периоде.
Цель исследования: изучить состояние психоэмоциональной, нейрогуморальной и регионального кровообращения нижних конечностей и оценить эффективность комплексной патогенетической терапии женщин больных онихомикозом в постклимактерическом периоде
Материалы и методы исследования: В исследование было включено 92 женщины с онихомикозом стоп, вызванным T. rubrum, в возрасте от 55 до 86 лет. На первом этапе исследования все больные были обследованы с целью выявления и оценки психоэмоциональных, нейрогуморальных и сосудистых нарушений. На втором этапе исследования для оценки эффективности терапии онихомикоза противогрибковым 5% лаком с аморолфином в сочетании с коррекцией выявленных нарушений сегментарного (периферического) отдела нейрогуморальной системы, морфофункциональных изменений вен нижних конечностей и регионального кровообращения, больные были распределены в 3 независимые исследуемые группы при помощи таблиц случайных чисел. Пациентам 1 группы (30 человек) проводилось только механическое удаление пораженной части ногтя в начале исследования, а затем 1 раз в месяц (группа сравнения, плацебо). Пациентам 2 группы (31 человек) проводилась механическая обработка ногтевых пластин с последующим нанесением 5% лака для ногтей с аморолфином 1раз/неделю в течение 12 месяцев. Пациентам 3 группы (31 человек) была назначена местная терапия, как для пациентов 2 группы, 5% лака для ногтей с аморолфином 1раз/неделю в течение 12 месяцев, и дополнительно назначены вегетокорректоры и сосудистые препараты. Все пациенты третьей группы получали комплексную патогенетическую терапию, которая включала назначение вегетокорректоров (сульбутиамин, по 200 мг/сутки 2 курса по 2 месяца с перерывом 3 месяца) и ангиотропных средств (диосмин + флавоноиды в пересчете на гесперидин)«детралекс», по 500 мг 2 раза в сутки 2 курса по 2 месяца с перерывом 3 месяца). Оценка эффективности терапии проводилась спустя 12 месяцев от начала терапии и критериями ее являлись отрицательные результаты микологических исследований ногтевых пластинок и полное отрастание здоровой ногтевой пластинки.
Результаты исследования: в результате исследования женщин больных онихомикозом в постклимактерический период были выявлены нарушения деятельности периферического отдела нейрогуморальной системы различной степени выраженности у 69 (75%) больных. Ультразвуковое сканирование (допплерография) сосудов нижних конечностей подтвердило, что у этих больных встречается поражение вен нижних конечностей в большей части случаев — 79 чел. (85,9%). У 25,8% исследуемых больных выявлен высокий уровень реактивной (ситуационной) тревожности, у 51,7% — средний уровень, и у 22,5% низкий уровень реактивной тревожности. Анализ личностной тревожности больных женщин с онихомикозом также показал, что высокий уровень личностной тревожности имели 22,5%, средний — 58,3% и низкий — 19,2%. Достоверно доказано, что у пациенток, получавших комплексную патогенетическую терапию, состояние нейрогуморальной системы в результате проведенной комплексной терапии вегетокорректорами и сосудистыми препаратами улучшилось у 79 чел. (85,9%), осталось без изменений у 13 чел. (14,1%). По результатам лечения у пациенток, где отмечался положительный результат вегетокоррекции, эффективность противогрибковой терапии была выше, составила 73,7% по клиническим проявлениям и 89,7% по лабораторным показателям.
Выводы: Таким образом, эффективная коррекция нейрогуморальных и сосудистых нарушений в комплексе с рациональной местной терапией обеспечивает достаточно высокий результат противогрибковой терапии онихомикозов стоп у женщин в постклимактерическом периоде, что принципиально для пациентов, имеющих противопоказания к назначению системных антимикотических препаратов.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Заварина И. В., Березовская Е.М.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Питириаз красный волосяной отрубевидный (ПКВО, лишай красный волосяной отрубевидный, болезнь Девержи) является редким папулосквамозным заболеванием с ограниченными эпидемиологическими и клинико-патоморфологическими данными. В литературе имеется мало информации о сопутствующих заболеваниях, эффективности лечения и об отдаленных исходах.
Цель. Изучить клинико-анамнестические данные ПКВО на основе анализа медицинских карт стационарного больного. Материалы и методы. Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа данных медицинской документации пациентов возрастной группы от 18 лет и старше (взрослые), находившихся на стационарном лечении и наблюдении в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за период с 01.07.2021 по 31.12.2021 гг. В качестве статистического источника информации были использованы данные первичной медицинской документации: учетной формы N003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». **Результаты.** Для анализа выбраны медицинские карты 11 пациентов, у которых был диагностирован ПКВО. На момент включения в исследование пациенты имели широкий возрастной диапазон: от 20 до 65 лет, средний возраст пациентов составлял 44 года (диапазон от 20 до 65 лет; медиана 46 лет), 54,5% из них были лица женского пола (n=6), 45,5% — мужчинами (n=5). Длительность заболевания на момент госпитализации составляла от 1 месяца до 39 лет, из них до 1 года у 45,5% пациентов (n=5) и от 1 года до 39 лет у 54,5% (n=6), в среднем — 17,4 года. Из 11 пациентов (100%) при первичном обращении правильный диагноз не был поставлен ни у одного пациента. Длительность заболевания до верификации диагноза составляла диапазон от 1 месяца до 39 лет, у 91% пациентов (n=10) диагноз установлен с помощью гистологического исследования. Патоморфологически у всех пациентов описаны сходные гистопатологические данные: умеренный акантоз эпидермиса с гиперкератозом, очаговым гипергранулёзом, вокруг полнокровных сосудов поверхностного сплетения слабая лимфогистиоцитарная инфильтрация. В исследуемой группе пациентов с ПКВО наиболее распространенными клиническими дифференциальными диагнозами при первичном обращении к дерматовенерологу и в формах направления на гистопатологию были: псориаз 54,5%, и аллергический дерматит 18%, экзема, атопический дерматит, болезнь Дарье, питираз лихеноидный хронический встречались реже, с одинаково частотой, каждый соответственно в 9%. При изучении анамнеза установлено, что наиболее частым фактором, провоцирующим манифестацию заболевания, пациентами указывался стресс 27% случаев (n=3), вакцинация 9% случаев, отсутствие провоцирующего фактора зафиксировано в 27% случае (n=3), у 45,5% пациентов (n=5) нет указаний в анамнезе на наличие или отсутствие возможных причин развития заболевания, а при течении заболевания боле 1 года, то есть у 54,5% пациентов, и на факторы, вызывающие обострение. Сопутствующие заболевания имели 54,5% пациентов (n=6), включая сахарный диабет 2 типа, хронический гастрит, аутоиммунный тиреоидит, гипертоническую болезнь, холецистэктомию, гастроэзофагальный рефлюкс, хронический гломерулонефрит. Анамнестические данные по наличию или отсутствию сопутствующих заболеваний не были описаны у 45,5% больных (n=5). При анализе клинических проявлений было установлено, что распространенные высыпания имели 82% пациентов (n=9), универсальную форму 18% (n=2), из всех пациентов у 36% (n=4) описано вовлечение в патологический процесс кожи ладоней и стоп. Длительность проводимой терапии соответствовала длительности заболевания. Во время лечения в стационаре все пациенты получали системную и наружную терапию. Наиболее часто используемой системной терапией были ретиноиды (64%), системные кортикостероиды (100%) и физиотерапия с применением ПУВА-терапии или узкополосной UVB –311 нм (36%). Эффективность терапии оценивалась субъективно, с указанием снижения интенсивности воспаления в очагах кожного процесса в виде

уменьшения инфильтрации и выраженности эритемы у всех пациентов, и у 18% пациентов (n=2), в том числе, в виде уменьшения площади высыпаний. На момент выписки из стационара у пациентов было достигнуто незначительное улучшение.

Выводы. При изучении клинико-анамнестических данных пациентов с ПКВО, находившихся на стационарном лечении и наблюдении в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», было установлено: 1) большинству пациентов потребовалось патоморфологическое исследование биоптата кожи для постановки окончательного диагноза; 2) отмечается широкое возрастное распределение у пациентов с ПКВО; 3) отсутствуют спонтанные ремиссии, течение заболевания тяжелое, склонное к рецидивированию и недостаточным ответом на проводимую системную и местную терапию. **Заключение.** Питириаз красный волосяной отрубевидный является чрезвычайно сложным заболеванием для диагностики и лечения. Для диагностики и прогнозирования течения заболевания, для разработки и подбора терапии, в первую очередь, при применении генно-инженерной биологической терапии, необходим поиск биомаркеров, включающих изучение генетических изменений, связанных с развитием и прогрессированием ПКВО.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ДЕКАЛЬВИРУЮЩИМ ФОЛЛИКУЛИТОМ

Глоба Е. И., Бохонович Д. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский»
г. Москва

Декальвирующий фолликулит — это редко встречающийся дерматоз из группы первичных рубцовых алопеций с преимущественным поражение волосистой части головы, характеризуемый гнойным воспалением волосяных фолликулов, хроническим прогрессирующим течением, стойким выпадением волос. Патогенез декальвирующего фолликулита неясен. Предполагается генетически детерминированный специфический иммунодефицит с высоким риском фолликулярной инфекции. Больной 46 лет, отмечает высыпания на коже волосистой части головы с 18-летнего возраста. Впервые в филиал «Тимирязевский» обратился в 2025 г., в связи с увеличением количества высыпаний и появления незначительного, периодического зуда в течение последних 1,5–2 лет. Со слов, к врачу раннее не обращался, самостоятельно периодически использовал 1% спиртовой раствор салициловой кислоты с незначительным улучшением. На момент осмотра патологический процесс носил подостровоспалительный, ограниченный характер, локализовался на коже теменной области волосистой части головы. Был представлен множественными, плотными папулами темно-розового цвета до 0,2 см, единичными пустулами, желтыми корочками, плотными очагами рубцовой атрофии бело-розового цвета, неправильно-округлых форм до 0,7 см возвышающимися над уровнем кожи, тафтингом (ростом от 5 до 7 волос из одного волосяного фолликула). Дерматоскопическая картина была представлена перифолликулярной эритемой, сосудами в виде петель, расположенные вокруг волосяных фолликулов, областями молочно-розового цвета без фолликулярного рисунка. Было проведено гистологическое исследование фрагмента кожи. Микроскопическое описание: эпидермис акантотически утолщен с неравномерным удлинением эпидермальных гребней. Волосяные фолликулы в биоптате отсутствуют. Отмечается густая лимфоплазмоцитарная инфильтрация дермы с примесью нейтрофильных гранулоцитов, экзоцитозом нейтрофильных гранулоцитов в эпидермальный пласт.

Заключение: патологические изменения могут наблюдаться при подрывающем фолликулите Гоффмана/декальвирующем фолликулите (необходимо сопоставление с данными анамнеза и клинической картины). Пациенту на основании анамнеза, клинической картины, данных патоморфологического исследования был установлен диагноз: Декальвирующий фолликулит. Рекомендовано лечение в виде таблеток миноциклина 100 мг перорально 1 раз в день в течение 12 недель, мази бетаметазон+гентамицин наружно 2 раза в день в течение 4 недель. При ежемесячном осмотре пациента отмечалась положительная динамика в виде регресса пустул, желтых корочек, уплощения и побледнения папулезных элементов, уменьшение плотности очагов, субъективно исчезновения зуда. В дальнейшем был назначен препарат гель адапален+клиндамиицн наружно 1 раз в день в течение 8 недель. Таким образом, описание данного клинического случая, декальвирующего фолликулита кожи относится к редко встречающимся дерматозам и представляет огромный клинический интерес для практикующих врачей. Данный клинический случай демонстрирует необходимость своевременной дифференциальной диагностики, основным методом которой является гистологическое исследование.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СУБКОРНЕАЛЬНОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ДЕРМАТИТА (БОЛЕЗНИ СНЕДДОНА–УИЛКИНСОНА) У ПАЦИЕНТКИ 76 ЛЕТ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Якупов И. А., Строканова А. Е., Студеничник Н. Н.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Зеленоградский»
г. Москва

Актуальность. Субкорнеальный пустулезный дерматит (СПД) относится к группе редких нейтрофильных дерматозов. Основную сложность в клинической практике представляет его дифференциальная диагностика с такими заболеваниями, как пустулезный псориаз, острый генерализованный экзантематозный пустулез, буллезное импетиго и герпетиформное импетиго. Отсутствие патогномоничных гистологических признаков и частая трансформация клинической картины нередко приводят к поздней верификации диагноза, необоснованному назначению глюкокортикостероидов (ГКС) и антибактериальных препаратов, что особенно опасно у пациентов с отягощенным соматическим статусом. Представляем случай, иллюстрирующий сложный и многоэтапный путь диагностики СПД у пожилой пациентки с множественной коморбидной патологией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (амбулаторные карты, выписные эпикризы из стационаров, результаты лабораторных и инструментальных исследований) пациентки 76 лет, наблюдавшейся в филиале «Зеленоградский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в период с августа по декабрь 2025 года. Фотодокументирование клинических проявлений осуществлялось с письменного информированного согласия пациентки.

Результаты. Пациентка 76 лет впервые обратилась к дерматовенерологу филиала «Зеленоградский» 21.08.2025 с жалобами на распространенные зудящие высыпания на коже туловища и конечностей. Из анамнеза заболевания установлено, что дебют патологического процесса отмечался в 2023 году с появления эритематозных пятен в области груди. Настоящее обострение, манифестировавшее в мае 2025 года после перенесенного стресса, характеризовалось быстрым прогрессированием и распространением высыпаний.

На начальном этапе (август 2025) пациентке был выставлен предварительный диагноз токсикоаллергической эритродермии (L27.8) на фоне приема большого количества лекарственных препаратов. Проводимая терапия (антигистаминные, топические ГКС, декспантенол) эффекта не дала. В связи с подозрением на инфекционную природу заболевания и наличием фебрильной лихорадки пациентка была госпитализирована в инфекционную клиническую больницу (26.08–30.08.2025), где инфекционная патология была исключена. В стационаре проводилась инфузионная и антибактериальная терапия (цефтриаксон), а также системные ГКС (преднизолон в дозе 20–30 мг/сут), на фоне которых была отмечена временная положительная динамика. При выписке сформулирован конкурирующий диагноз «Псориатическая эритродермия».

Для дальнейшего лечения и уточнения диагноза 11.09.2025 пациентка была госпитализирована в дерматовенерологическое отделение МНПЦДК. При поступлении: общее состояние средней тяжести, обусловленное кожным процессом и сопутствующей патологией. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий (тахисистолическая

форма), хроническая болезнь почек 3-й стадии, ожирение 3-й степени (ИМТ 43 кг/м^2), варикозная болезнь вен нижних конечностей. Постоянно принимает антигипертензивные, диуретические и антикоагулянтные препараты. Status localis: Патологический процесс носит распространенный, хронический воспалительный характер. Локализован на коже волосистой части головы, туловища, левой ягодицы, верхних и нижних конечностей. Представлен сливными эритематозными очагами ярко-красного цвета с четкими границами, на поверхности которых определялось среднепластинчатое шелушение. Визуализировались отдельные пустулы. Высыпания сопровождались интенсивным зудом, нарушающим сон. Дермографизм красный. Отмечалась отечность голеней и стоп.

Проведено обширное лабораторное обследование, выявившее:

1. Выраженные воспалительные изменения: лейкоцитоз до 15,5×10^9/л, нейтрофилез, повышение СОЭ, СРБ до 82,3 мг/л (при норме до 5), D-димер до 2148 нг/мл.
2. Нарушение функции почек: повышение креатинина до 117,5 мкмоль/л, мочевины до 8,2–9,56 мМоль/л, мочевой кислоты до 420 мкмоль/л.
3. Дислипидемия: повышение общего холестерина до 7,66 мМоль/л.
4. **Результаты** серологических исследований на сифилис, ВИЧ, гепатиты, ОРВИ — отрицательные.
5. Инструментально: ЭКГ — фибрилляция предсердий с ЧСС до 112 уд/мин.

С целью верификации диагноза 15.09.2025 выполнена биопсия кожи с туловища. Прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (Протокол № 11557-B08089_25–1 от 18.09.2025) выявило фрагмент кожи с эпидермисом обычной толщины и рыхлым кератозом. В дерме — слабая периваскулярная инфильтрация из лимфоцитов и гистиоцитов. **Заключение:** Патологические изменения носят характер слабо выраженного поверхностного воспаления без признаков пустулизации и нозологической специфичности.

В связи с отсутствием корреляции между гистологической картиной и клиническими проявлениями (распространенные эритематозно-сквамозные очаги, наличие пустул, интенсивный зуд) был проведен консилиум с участием дерматовенерологов. Учитывая клиническую картину и анамнез, было принято решение остановиться на клиническом диагнозе: Субкорнеальный пустулезный дерматит (L13.1).

Пациентке назначена этиотропная терапия: дапсон в дозировке 100–150 мг/сут под строгим контролем клинического и биохимического анализов крови (ввиду риска гемолиза и гепатотоксичности). Также проводилась дезинтоксикационная терапия (натрия тиосульфат в/в), назначались антигистаминные (гидроксизин), топические ГКС (бетаметазон), а также коррекция сопутствующей терапии (коррекция дозы бета-блокатора, назначение спиронолактона, омепразола, панкреатина). На фоне проводимой терапии к 25.09.2025 (выписка из стационара) отмечена положительная динамика в виде разрешения острых высыпаний, появления участков поствоспалительной гиперпигментации, отсутствия свежих элементов. Пациентка выписана с рекомендациями продолжить прием дапсона под контролем врача по месту жительства.

При амбулаторных визитах в октябре–декабре 2025 года наблюдалось волнообразное течение с периодами ухудшения (появление свежих пустулезных элементов) на фоне попыток снижения дозы дапсона. Это потребовало коррекции наружной терапии (назначение экстемпоральных смесей с дексаметазоном и цинковой пастой). К декабрю 2025 года удалось добиться стабилизации процесса с положительной динамикой и ремиссией.

Обсуждение. Данный случай демонстрирует характерные трудности в диагностике СПД, особенно у пожилых пациентов с полиморбидностью. Отсутствие специфических гистологических признаков (биопсия показала лишь неспецифическое воспаление) подчеркивает ведущую роль клинической картины и опыта врача. Наличие тяжелой кардиоваскулярной патологии и хронической болезни почек требовало крайне осторожного подбора терапии, особенно в отношении дапсона, с постоянным мониторингом функции почек и системы крови. Применение системных ГКС на догоспитальном этапе (преднизолон) давало лишь временный эффект и не могло быть стратегией долгосрочного контроля из-за риска усугубления соматической патологии.

Заключение. Представленное наблюдение иллюстрирует сложный путь верификации диагноза субкорнеального пустулезного дерматита и необходимость мультидисциплинарного взаимодействия (дерматовенеролог, терапевт, кардиолог). Ключевым фактором успешной терапии является ранняя постановка правильного клинического диагноза и назначение дапсона в адекватной дозировке. У коморбидных пациентов стратегия лечения требует тщательного баланса между эффективностью контроля кожного процесса и безопасностью терапии, с обязательным мониторингом лабораторных показателей. Достигнутая ремиссия и улучшение качества жизни пациентки подтверждают правильность выбранной терапевтической тактики, несмотря на рецидивирующий характер заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДЕБЮТ ПСОРИАЗА ПОСЛЕ КОЖЕСОХРАННОЙ МАСТЭКТОМИИ

Сысоева В. С., Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Бабушкинский»
г. Москва

Введение. Псориаз — хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи с мультифакторной природой, в дебюте и обострениях которого значимую роль играют стрессовые воздействия, хирургические вмешательства, инфекции и лекарственные триггеры. У пациентов с онкологическими заболеваниями манифестация псориаза может быть связана как с психоэмоциональной нагрузкой, так и с иммунными сдвигами на фоне опухолевого процесса и лечения. Хирургическое лечение рака молочной железы и послеоперационный период сопровождаются выраженной стрессовой нагрузкой и системной воспалительной реакцией, что у предрасположенных пациенток может выступать пусковым фактором дебюта псориаза. Дополнительной клинической задачей становится выбор терапии псориаза с учётом длительного противоопухолевого лечения и необходимости избегать неоправданной системной иммуносупрессии. **Цель.** Описание клинического случая.

Результаты. Пациентка О., 47 лет, обратилась в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Бабушкинский» с жалобами на появление высыпаний на коже груди, живота, спины, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся незначительным зудом. Из анамнеза известно, что в июне 2024 года пациентке был установлен диагноз: «Рак молочной железы IIA ст. cT2(m2)N0M0G2. Люминальный тип А». В сентябре 2024 года была выполнена кожесохранная мастэктомия справа с определением сторожевого лимфатического узла. По результатам иммуногистохимического исследования рекомендована гормональная терапия антиэстрогенами, а именно препаратом тамоксифен 20 мг/сутки, прием которого начат в октябре 2024 года. Весной 2025 года пациентка стала отмечать появление высыпаний в области послеоперационного рубца. К врачу-дерматологу не обращалась, самостоятельно не лечилась. Кожный процесс начал распространяться на кожу живота, спины, верхних и нижних конечностей, в связи с чем в июне 2025 года врачом-онкологом была рекомендована консультация врача-дерматолога. При осмотре патологический кожный процесс носил распространенный несимметричный характер. На коже груди справа, в области послеоперационного рубца определялись две бляшки неправильной формы, розовато-красного цвета, до 7 см в диаметре, с плотными гиперкератотическими корками на поверхности. На коже живота, спины и верхних конечностей единичные бляшки округлой формы, красного цвета, от 1 до 3 см в диаметре, с мелкопластинчатым серебристо-белым шелушением на поверхности. Псориатическая триада положительная. Дерматоскопически выявлены точечные и глобулярные сосуды. Слизистые оболочки, ногтевые пластины кистей и стоп интактны. Суставы визуально не изменены, объем активных движений полный. На основании данных клинической картины пациентке был выставлен диагноз: «Псориаз обыкновенный, распространенная форма, прогрессирующая стадия». Лечение проводилось поэтапно: I этап — кератолитическая терапия серно-салициловой 10% мазью; через 7 дней было отмечено полное отторжение плотных гиперкератотических корок и регресс шелушения; II этап — комбинированная наружная терапия мазью с бетаметазоном и кальципотриолом. Через 14 дней высыпания регрессировали до очагов вторичной поствоспалительной гиперпигментации. **Выводы.** Дебют псориаза возможен в послеоперационном периоде у пациенток с раком молочной

железы, что требует настороженности при появлении типичных эритематозно-сквамозных высыпаний после хирургического лечения. Представленный клинический случай демонстрирует значимость междисциплинарного взаимодействия врача-дерматовенеролога и врача-онколога для сохранения непрерывности адъювантной гормональной терапии. В данном наблюдении поэтапная наружная терапия с кератолитическим этапом и последующим применением комбинированного препарата обеспечила регресс клинических проявлений без необходимости изменения противоопухолевого лечения и способствовала улучшению качества жизни пациентки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРИФИКАЦИИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА (БОЛЕЗНИ ГРОВЕРА)

Горелова Е. А., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский»
г. Москва

Введение. Болезнь Гровера (транзиторный акантолитический дерматоз, transient acantholytic dermatosis, Grover disease) представляет собой редкую патологию, при которой возникает зудящая сыпь в форме папул, либо папуловезикул; при гистологическом исследовании выявляют акантолиз и дискератоз. Преимущественно страдают мужчины 40–50 лет с I–II фототипом кожи. Излюбленная локализация— грудь, спина, шея, плечи, бёдра. Провоцирующие факторы: инсоляция, длительное механическое раздражение кожи, наружное действие различных медикаментов, гипергидроз, а также наличие очагов хронической инфекции, злокачественных заболеваний крови и внутренних органов.
Цель. Демонстрация случая верификации транзиторного акантолитического дерматоза (болезни Гровера) на амбулаторном приеме дерматовенеролога. Клинический случай. Больной 65 лет впервые в филиал «Тимирязевский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ обратился в августе 2025 года, с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей. Со слов болен с июля 2025, когда после компрессии резинки от носков, отметил появление высыпаний на коже нижних конечностей. На момент осмотра патологический кожный процесс носит симметричный характер. Располагается на коже предплечий, передней и внутренней поверхности голеней, представлен точечными петехиями розово-красного цвета, сливающиеся в очаги без четких границ. На поверхности левой голени линейные и точечные экскориации. Выставлен предварительный диагноз: L95.8 Другие васкулиты, ограниченные кожей, рекомендованы топические глюкокортикостероиды (ТГКС) и консультация ревматолога. На фоне применения ТГКС отмечалась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности окраски очагов, к ревматологу пациент не обращался. В октябре 2025 года пациент отметил появление высыпаний на коже груди и спины, а также новых элементов на коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом, повторно обратился в филиал «Тимирязевский», выставлен предварительный диагноз: L24.8 — Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими веществами, назначена наружная терапия ТГС. На фоне лечения-без динамики. Повторно обратился в декабре 2025 года, с жалобами на появление новых высыпаний на коже туловища, конечностей, интенсивный зуд. На момент осмотра кожный патологический процесс представлен мелкими (2–5 мм в диаметре) плотными папулами ярко-красного цвета, располагающихся на неизмененном фоне, покрытых серозной чешуйко-корочкой. На основании жалоб и клинической картины выставлен предварительный диагноз: Красный плоский лишай? Дерматоз Гровера? Пациент дообследован: взят соскоб для исключения чесоточного клеща, результат отрицательный, АТ к ВИЧ — не обнаружены, маркеры вирусных гепатитов В и С (HVB, HVC) — отрицательные, ИФА на сифилис — отрицательный. Проведена диагностическая биопсия. Микроскопическое описание: Фрагмент кожи с небольшим участком подкожной жировой клетчатки. Эпидермис незначительно утолщен, слабый кератоз с единичными внутрироговыми микровезикулами. В нескольких срезах в краевой зоне биоптата обнаруживается участок надбазального акантолиза с формированием внутриэпидермальной щели, в полости которой присутствуют акантолитические клетки. Вокруг сосудов поверхностного сплетения умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью меланофагов.
Заключение: выявленные патологические изменения могут наблюдаться при транзиторном акантолитическом дерматозе Гровера. Практические рекомендации: минимизировать инсоляцию, избегать механического раздражения кожи, контролировать гипергидроз. Контроль дерматолога каждые 3–6 месяцев; онкопоиск при атипичном течении (паранеопластический сценарий). Прогноз: доброкачественный, однако, возможны рецидивы; спонтанное разрешение — редко. **Выводы:** Описанный клинический случай иллюстрирует возможность атипичного дебюта болезни Гровера, критическую роль гистологического исследования в верификации диагноза, а также необходимость комплексного подхода к диагностике и ведению пациентов с папулёзными дерматозами. Представленные данные могут быть полезны для практикующих дерматологов и патоморфологов при дифференциальной диагностике зудящих папулёзных высыпаний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВУЛЬВЫ НА ФОНЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

Чернова Н. И., Проскурина М. И., Задорожная И. С.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Введение. Склеротический и атрофический лихен (САЛ) аногенитальной области несмотря на наличие достаточно типичной клинической картины, часто диагностируется поздно, а адекватная базисная терапия топическими глюкокортикостероидами (ТГКС) высокой и ультравысокой потенции назначается несвоевременно. Последнее ведет как к необратимым структурным нарушениям анатомии половых органов, так и существенно повышает риск злокачественной трансформации. При подозрении на предраковый или злокачественный процесс «золотым стандартом» для верификации диагноза является патолого-анатомическое исследование биопсийного материала, что не всегда соблюдается практикующими специалистами и ограничивается проведением цитологического исследования.
Цель: продемонстрировать проблемы несвоевременного адекватного лечения САЛ с развитием осложнений, а также сложности в диагностике злокачественного процесса на фоне течения дерматоза.
Материалы и методы: амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических данных, клинических проявлений.
Результаты. Пациентка М., 66 лет, в июне 2024 г. обратилась к дерматологу в МНПЦДК филиал «Юго-западный» с жалобами на зуд и высыпания на коже гениталий. В течение 3-х лет наблюдалась у гинеколога с диагнозом «Склеротический и атрофический лихен аногенитальной области». Получала краткосрочные курсы крема бетаметазона до двух недель, метилурациловую мазь без значимого эффекта: зуд прогрессировал, пациентка стала отмечать исчезновение клитора и малых половых губ. При осмотре status localis: кожный процесс носил симметричный ограниченный характер, локализовался в области капюшона клитора, на коже больших половых губ с переходом на перианальную зону по типу восьмерки, представлен белыми пятнами и бляшками. Кожа в очагах была уплотнена. Архитектура наружных половых органов нарушена: малые половые губы и клиторальный комплекс полностью резорбцированы, в области клитора спайка. На основании характерной клинической картины был подтвержден диагноз САЛ аногенитальной области, назначено лечение — мазь мометазона фуроата 0,1% на 12 недель и эмоленты. На фоне лечения ТГКС отмечалась положительная динамика, бляшки регрессировали до белых пятен, спайка размягчилась. Однако, в зоне промежности на фоне склероатрофических очагов сохранялись эритематозные очаги в виде пятен с нечеткими границами ярко-розовой окраски от 3х5 см до 5х6 см в диаметре. Была выполнена биопсия из зоны патологических очагов с проведением гистологического исследования, патоморфологические изменения в котором соответствовали лишаю Видаля. Пациентка продолжила получать мазь мометазон фуроат 0,1%

1–2 раза в неделю. На фоне проводимого лечения эритематозные очаги уменьшались в интенсивности цвета, но полностью не регрессировали, зуд сохранялся. В связи с чем больная консультирована гинекологом — онкологом, проведено цитологическое исследование с вульвы. В полученном материале: эритроциты, умеренно выраженная лейкоцитарная инфильтрация, роговые массы, клетки плоского эпителия парабазального слоя с выраженными реактивно-дегенеративными изменениями, признаки паракератоза, встречаются немногочисленные клетки с полиморфными гиперхромными ядрами. Учитывая наличие нетипичных очагов на фоне типичных склероатрофических пятен, отсутствие ответа на стандартно проводимую терапию, отсутствие гистологического исследования пациентка была направлена к онкологу по месту жительства, где выполнена резекция патологических очагов с гистологическим исследованием. Получено заключение: Инвазивный высокодифференцированный ороговевающий плоскоклеточный рак. На основании проведенного дообследования установлен диагноз: Рак вульвы pT1B N0M0R0, инфильтрирующий строму (< 3 mm). Показано оперативное лечение (вульвэктомия паховая и бедренная лимфаденэктомия). Обсуждение. Данный клинический случай демонстрирует, во-первых, важность своевременного назначения стандартной базисной терапии тГКС высокой или сверхвысокой силы, что способно предотвращать развитие осложнений в виде нарушения анатомии половых органов и снижать риски малигнизации. Во-вторых, при наличии подозрительных/нетипичных участков на фоне лихеноидного дерматоза, отсутствии ответа на стандартную терапию необходимо проводить гистологическое исследование из патологических очагов. В-третьих, установление окончательного клинического диагноза должно проводиться с учетом не только результатов гистологического исследования, которые могут быть отрицательными на предмет злокачественного процесса, но также учитываться данные клинической картины, эффективность ответа на стандартную терапию, при отсутствии которого следует проявлять онконастороженность и проводить повторную диагностическую биопсию с забором нескольких фрагментов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕРМАТОЗОМ И КОГНИТИВНЫМИ ЖАЛОБАМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ДЕБЮТОМ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Чернявский И. И., Мартынова М. Ю.
Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Центр профессионального обучения и развития в медицине»
г. Краснодар

Актуальность. Хронические воспалительные дерматозы, такие как атопический дерматит (АтД), представляют собой междисциплинарную проблему, выходящую за рамки дерматологии. Длительное системное воспаление и психосоциальный стресс, ассоциированные с АтД, рассматриваются как потенциальные факторы риска развития когнитивных нарушений, что требует разработки единых алгоритмов взаимодействия между специалистами для раннего выявления и профилактики неврологических осложнений.
Цель: разработать и апробировать на клинической группе пациентов с АтД с ранним дебютом междисциплинарный алгоритм скрининга и ведения пациентов с когнитивными жалобами. Материалы и методы. В период с апреля по ноябрь 2025 года проведено проспективное наблюдательное исследование. В исследование включена группа из 18 пациентов с диагнозом «атопический дерматит» с момента рождения, в возрасте от 14 до 20 лет (18 девочек). Критерием включения было наличие в анамнезе двух выраженных периодов обострения дерматоза: в возрасте 6–8 лет и 12–14 лет. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включавшее: 1) оценку дерматологического статуса (SCORAD), 2) расширенное нейропсихологическое тестирование (MoCA, FAB, тест цветовых следов — ТМТ-Б, опросник на тревогу и депрессию — HADS), 3) консультацию психолога. На основании полученных данных разработан пошаговый алгоритм междисциплинарного взаимодействия.
Результаты и обсуждение. Нейропсихологическое тестирование выявило признаки когнитивной дисфункции у 15 пациентов (83,3%). Наиболее часто отмечались снижение скорости обработки информации (по ТМТ-Б) и трудности управляющих функций (контроль, планирование). У 12 пациентов (66,7%) выявлен повышенный уровень тревоги. Выявлена прямая корреляция между субъективной тяжестью кожного процесса в периоды обострения в анамнезе и текущими показателями когнитивного дефицита. На основе анализа данных предложен трехэтапный алгоритм: 1) Этап «красных флагов» (дерматолог/педиатр/терапевт): выявление у пациента с АтД жалоб на утомляемость, «туман в голове», снижение успеваемости и направление на скрининг. 2) Этап диагностики (невролог/нейропсихолог): проведение базового когнитивного и психоэмоционального скрининга. 3) Этап интеграции (консилиум): совместное определение тактики с акцентом на контроль системного воспаления (адекватная дерматологическая терапия), когнитивную реабилитацию и психологическую коррекцию тревоги. Алгоритм прошел апробацию в данной группе.
Выводы. 1. Пациенты с АтД с ранним дебютом и тяжелыми обострениями в анамнезе составляют группу риска по развитию когнитивных нарушений, преимущественно в сфере управляющих функций и скорости обработки информации. 2. Психосоциальный стресс и хроническое воспаление выступают взаимосвязанными патогенетическими звеньями, влияющими на когнитивную сферу. 3. Предложенный практический алгоритм междисциплинарного ведения, от первичного выявления «красных флагов» до комплексной терапии, является эффективным инструментом для врачей различных специальностей. 4. Внедрение подобного алгоритма в клиническую практику может способствовать ранней диагностике и превентивной коррекции когнитивных расстройств у пациентов с хроническими дерматозами.

НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАНДРОГЕНОВ: ГРАНИЦЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГА И ДЕРМАТОЛОГА

Леденцова С. С., Куница В. В.
ООО «Клиника Светланы Леденцовой»
г. Санкт-Петербург

Антиандрогенная терапия (ААТ) занимает ключевое место в лечении состояний, ассоциированных с гиперандрогенией: акне, гирсутизма, андрогенетической алопеции, синдрома поликистозных яичников (СПКЯ). Однако в клинической практике сохраняется диссонанс между дерматологами, ориентированными на купирование кожных симптомов, и гинекологами, рассматривающими ААТ как патогенетическую терапию с системными эффектами. Необоснованное назначение антиандрогенов несет риски, а отсутствие междисциплинарного алгоритма снижает эффективность лечения.
Цель. Обосновать показания к назначению антиандрогенов с позиции гинеколога, определить зоны междисциплинарного взаимодействия и юридические аспекты назначения, а также объяснить причины ограниченного применения ААТ при отсутствии строгих показаний. Материалы и методы Проведен анализ клинических рекомендаций (RCOG, ACOG, Российские рекомендации по ведению СПКЯ), данных доказательной медицины (уровни I–II), а также судебной практики, связанной с необоснованным назначением гормональных препаратов. Оценены фармакологические профили ципротерона ацетата, спиронолактона, финастерида и комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с антиандрогенными прогестагенами.
Результаты
1. Показания к назначению. ААТ патогенетически обоснована только при лабораторно и/или клинически подтвержденной гиперандрогении: СПКЯ (критерии Роттердам, 2003), идиопатический гирсутизм, тяжелые формы акне и себореи, резистентные к топической терапии, андрогенетическая алопеция у женщин. Назначение без обследования (общий и свободный

тестостерон, ДГЭА-С, 17-ОН-прогестерон, ТТГ, пролактин, УЗИ органов малого таза) недопустимо.
2. Роль дерматолога. Дерматолог выполняет функцию первичного скрининга. Направление к гинекологу обязательно при акне нисходящего типа, гирсутизме, алопеции по женскому типу, особенно в сочетании с нарушениями цикла. Самостоятельное назначение ААТ дерматологом без исключения эндокринной патологии юридически уязвимо.
3. Юридические аспекты. Основной риск ААТ — тератогенность (феминизация плода мужского пола при приеме блокаторов андрогенных рецепторов во время беременности). Обязательные условия: надежная контрацепция на фоне приема и в течение 3–6 месяцев после отмены, документально оформленное информированное добровольное согласие с акцентом на тератогенный риск. Дополнительные риски: гепатотоксичность (контроль АЛТ, АСТ каждые 3–6 месяцев), гиперкалиемия (контроль калия на фоне спиронолактона), венозные тромбоэмболии (оценка факторов риска перед назначением КОК).
4. Причины отказа от «назначения всем».
Во-первых, отсутствие гиперандрогении делает ААТ необоснованным вмешательством с неблагоприятным профилем риск/польза. Во-вторых, легкие и средние формы акне эффективно лечатся топическими ретиноидами, азелаиновой кислотой, косметологическими процедурами. В-третьих, недиагностированная андроген-продуцирующая опухоль или врожденная гиперплазия коры надпочечников требуют специфической терапии; их «маскировка» антиандрогенами влечет юридическую ответственность. В-четвертых, при СПКЯ первым этапом часто является коррекция инсулинорезистентности (метформин, образ жизни), что само по себе снижает уровень андрогенов. Обсуждение Междисциплинарный подход — единственный безопасный путь ведения пациенток с гиперандрогенией. Дерматолог инициирует диагностический поиск, гинеколог проводит верификацию причины и назначает патогенетическую терапию с контролем системных рисков. ААТ должна рассматриваться не как косметическая коррекция, а как серьезное гормональное вмешательство, требующее диагноза, информированного согласия и преемственности между специалистами. Отказ от необоснованных назначений — не проявление консерватизма, а реализация принципов доказательной медицины и безопасности.
Заключение Антиандрогены — высокоэффективный инструмент при строгих показаниях. Их назначение требует верификации гиперандрогении, исключения опухолевых процессов, оценки репродуктивных планов и метаболического статуса, оформления информированного согласия. Междисциплинарное взаимодействие и следование клиническим рекомендациям минимизируют риски и повышают качество помощи.

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛИЦА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Гаджибалаева А. Г., Разнатовский К. И., Голдобин В. В., Вашкевич А. А.
Северо-Западный Государственный Медицинский Университет имени И. И. Мечникова
г. Санкт-Петербург

В настоящее время доказано, что у большинства больных самыми распространенными кожными заболеваниями имеются функциональные нарушения нейрогуморальной системы и дестабилизация нейро-сосудистой регуляции. Неуклонным рост стрессогенности жизни вызывают дезинтеграцию в работе всех органов и систем, которые через внутренние связи организма отражаются на кожных покровах и проявляются в виде определенных кожных заболеваний.
Большинство отечественных и зарубежных авторов отмечают, что у женщин в климактерическом периоде, страдающих розацеа, имеются нарушения со стороны нейрогуморальной системы. Кроме этого, известно, что розацеа представляет собой ангионевроз в зоне иннервации тройничного нерва, и страдают этим заболеванием, в основном, женщины в преклимактерическом и климактерическом периоде. Эмоциональные стрессы социально-бытового характера усиливают сформировавшуюся у больных розацеа ангиопатию. Дисгормональные нарушения в менопаузе приводят нарушению функционального состояния нейрогуморальной системы, непосредственно располагающейся в гипоталамусе и регулирующей уровень опиатных нейропептидов в крови. Снижение уровня эндогенных нейропептидов отрицательно влияет на общий сосудистый тонус и приводит к нарушению микроциркуляции в области лица.
Цель исследования: оценка состояния нейрогуморальной системы и микроциркуляции в области лица у женщин больных розацеа.
Материалы и методы: Обследовано 32 женщины в возрасте от 45 до 65 лет с диагнозом розацеа. В качестве контрольной группы были обследованы 10 здоровых женщин аналогичного возраста. Исследовался уровень бета-эндорфина как наиболее информативного показателя состояния нейрогуморальной системы. Концентрацию бета-эндорфина в плазме определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА)(тест-система производства Cusabio Biotech).
Изучение микроциркуляции в области лица проводилось с помощью ультразвуковой доплерографии на аппарате «Минимакс-доплер-К» с датчиком 10 Мгц, расчетная глубина зондирования составляет от 0 до 0,8 см. Точка локации лицевой артерии располагалась в 3–3,5 см кпереди от угла нижней челюсти. В качестве основных критериев оценки гемодинамики был выбраны линейная (Vs) и объемная (Qs) скорость кровотока, индекс периферического сопротивления (индекс Пурсело, Ri), отражающей состояние сопротивления кровотоку, дистальнее места измерения, и индекс пульсации (индекс Гослинга, Pi), отражающий эластические свойства сосудов.
Результаты исследований. Анализ результатов показал, что содержание бета-эндорфинов был снижен у всех женщин больных розацеа и составил 4,21 + 0,28 пМ / л (контрольная группа — 7,62 + 0,40 пМ /л)($p< 0,01$).
При доплерографическом исследовании сосудов лица у всех обследованных пациентов получены следующие достоверные снижения средних значений показателей микроциркуляции: средняя линейная скорость кровотока (Vam) — 0,853 см/сек; индекс Пурсело (Ri) — 0,685; индекс Гослига (Pi) — 1,97 (контрольная группа — (Vam) — 1, 06; (Ri) — 1,01; (Pi) — 2,38) ($p< 0,01$).
Выводы: такимобразом, достоверное снижение уровня опиатных нейропептидов в крови и показателей микроциркуляции у женщин больных розацеа свидетельствует о дестабилизации нейрогуморальной системы и нарушении нейро-сосудистой регуляции в области лица. Получение данные могут быть использованы для разработки комплексной терапии этого заболевания с использованием вегетокорректоров и сосудистых препаратов. Использование ультразвуковой доплерографии позволяет исследовать степень микроциркуляторных нарушений в области лица у больных розацеа и может применяться для динамического контроля и коррекции терапевтических мероприятий при этой патологии.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА

Касихина Е. И.[1,2], Нада Ахмед Яссер Ахмед Елсаед [2], Жукова О. В.[1,2], Острецова М. Н.[2]
1 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва;
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Актуальность. Мастоцитоз характеризуется накоплением атипичных тучных клеток (ТК) в органах. Пациентов с мастоцитозом можно разделить на группы с системным мастоцитозом, кожным мастоцитозом и саркомой тучных клеток. Для подтверждения диагноза кожного мастоцитоза необходимо патоморфологическое исследование биоптатов кожи, системного — костного мозга. Кроме того, мастоцитоз часто ассоциируется с повышенным уровнем триптазы в сыворотке крови и/или наличием мутации KIT (в основном KIT c.2447 C>T, мутация p.D816V).
Аномальная инфильтрация и активация клональных ТК приводят к развитию симптомов, серьезно влияющих на качество жизни пациентов. Данные ев-

ропейских исследований демонстрируют, что у 48% пациентов с кожными проявлениями мастоцитоза наблюдались симптомы средней и тяжелой степени, а у 56% — боль или дискомфорт, ограничивающие их повседневную активность. Предполагается, что пациенты с признаками прогрессирования мастоцитоза или без них могут иметь более короткую продолжительность жизни по сравнению с общей популяцией. Следовательно, значительная доля пациентов с мастоцитозом требует разработки новых стратегий в рамках междисциплинарного подхода к лечению пациентов для улучшения качества жизни и потенциального увеличения продолжительности жизни.
Цель. Провести анализ тяжести кожных и системных симптомов активации и дегрануляции ТК для оптимизации тактики системной терапии мастоцитоза.
Результаты. В анализ включены данные 350 детей и 30 взрослых, находившихся на наблюдении и лечении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» за период 2022–2024 гг. Тяжесть медиаторных симптомов и ответ на проводимую терапию оценивали по градуированной шкале тяжести мастоцитоза, предложенной European Competence Network on Mastocytosis и шкалу оценки тяжести течения мастоцитоза SCORMA (SCORing MAstocytosis).
Наиболее частыми симптомами, связанными с мастоцитозом, были кожные (70,0%), желудочно-кишечные (47,8%), сердечно-сосудистые (11,8%), опорно-двигательные (13,7%) и неврологические (39,5%). На эпизоды анафилаксии указывали 11,3%, на боли в животе — 18,9%, диарею или жидкий стул — 10,5%, на быструю усталость — 11,8% пациентов. Легкое течение заболевания было диагностировано у 83,2%, средней тяжести — 12,9%, тяжелое — у 3,9% пациентов.
Дерматовенерологи, аллергологи-иммунологи и гематологи, преимущественно, назначали H1-антигистаминные препараты. Терапевты и педиатры рекомендовали нестероидные противовоспалительные препараты, препараты витамина D. Для купирования медиаторных симптомов реже назначались системные глюкокортикостероиды, антилейкотриеновые препараты и кромоглициевая кислота. Терапия антигистаминными препаратами недостаточно эффективно контролировала симптомы у 40,0% детей и 50% взрослых пациентов. Переносимость лечения была недостаточной у 10,0% пациентов.
Заключение. Полученные результаты наглядно продемонстрировали необходимость междисциплинарного динамического наблюдения больных мастоцитозом независимо от возраста. Оценка эффективности проводимой терапии необходима для своевременной коррекции системных симптомов, связанных с активацией и дегрануляцией ТК. Исследование подчеркивает актуальность изучения роли мастоцитоза в снижении качества жизни, особенно влияния заболевания на профессиональную деятельность и социальные аспекты жизни пациентов, как это принято при изучении других дерматологических заболеваний.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗАХ

Катунина О. Р., Бобко С. И.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Актуальность. Развитие воспалительной реакции в очагах пораженной кожи у больных с зудящими дерматозами тесно взаимосвязано с работой нервной системы, и по этой причине опосредовано не только цитокинами и другими медиаторами воспаления, такими как факторы роста и молекулы, регулирующие ангиогенез, но также и нейропептидами. Нейропептиды — биологически активные белковые молекулы, которые синтезируются и секретируются нейронами центральной и периферической нервной системы, а также регулируют её функции. К наиболее значимым медиаторам зуда относят гистамин, ацетилхолин, субстанцию Р, пептид, связанный с генами кальцитонина (CGRP), вазоактивный интестинальный пептид (VIP). В экспериментах на животных было показано, что секреция нейропептидов может не только инициировать воспалительную реакцию, но и увеличивать её интенсивность. Роль данных нейромедиаторов в патогенезе зудящих дерматозов остается неясной.
Цель исследования — Исследовать патогенез зудящих дерматозов путем оценки нейроиммунного воспаления.

Задачи
1. Морфологическим методом установить характер патологических изменений в очагах поражения у больных экземой, атопическим дерматитом, узловатой почесухой, псориазом, красным плоским лишаем.
2. Подготовить биопсийный материал, полученный от здоровых лиц (10 биоптатов), а также из очагов пораженной кожи у больных с экземой (20 биоптатов), атопическим дерматитом (8 биоптатов), узловатой почесухой (4 биоптата), псориазом (20 биоптатов), красным плоским лишаем (11 биоптатов) к проведению иммуногистохимического исследования с антителами к VEGF, к VIP, к CGRP.
3. Иммуногистохимическим методом провести анализ экспрессии VEGF, VIP, CGRP в коже здоровых лиц, а также из очагов пораженной кожи у больных с экземой, атопическим дерматитом, узловатой почесухой, псориазом, красным плоским лишаем. Материалы и методы — Получение информированного согласия на проведение биопсии. — Биологические образцы (биоптаты) кожи были получены от 20-ти пациентов с экземой, 8-ми пациентов с атопическим дерматитом, 4-х пациентов с узловатой почесухой, 20-ти пациентов с псориазом, 11-ти пациентов с красным плоским лишаем. — В качестве контрольных образцов исследованы фрагменты кожи от здоровых лиц, не страдающих хроническими заболеваниями кожи, полученные при проведении косметических операций (всего 10 образцов). — Морфологическое исследование биоптатов кожи, полученных от пациентов с зудящими дерматозами и образцов кожи здоровых лиц — Иммуногистохимическое исследование экспрессии VEGF, VIP, CGRP в биоптатах кожи, полученных от пациентов с зудящими дерматозами и образцов кожи здоровых лиц.
Результаты. Для проведения патоморфологического исследования биоптаты фиксировали в 10% растворе забуференного формалина, подвергали стандартной гистологической проводке в аппарате Tissue-Tek VIP5Jr (Sakura, Япония), заливали парафином в кассеты на аппарате для заливки EG1150H (Leica, Германия). На микротоме RM2245 (Leica, Германия) изготавливали срезы толщиной 4 мкм, растягивали на предметных стеклах, высушивали в термостате при температуре 37 °С. После процедуры депарафинации срезы подвергали окраске гематоксилин-эозином в аппарате Autostainer XL (Leica, Германия). Для проведения иммуногистохимического окрашивания на микротоме Thermo scientific HM340E изготавливали срезы толщиной 4мкм. Подготовленные срезы растягивали на предметных стеклах с полилизиновым покрытием, высушивали в термостате при температуре 37 °С. После процедуры депарафинации (троекратное отмывание в ксилоле) и высокотемпературной демаскировки постановку ИГХ реакции проводили в соответствии с инструкцией (GTX129461 антитела VEGF primary antibodyes Rabbit Polyclonal human 100мкл, ИГХ 1:100–1:200, Huabio, Китай;): на срезы наносили первичные кроличьи поликлональные антитела к VEGF (Huabio, Китай) в рабочем разведении 1:200, инкубировали в течение 60 минут при температуре 37 °С. После трехкратного отмывания в растворе ТРИС-буфера на срезы наносили вторичные антитела HiDefDetectiontmHRP Polymer System (Cell Marque, США), инкубировали в течение 60 минут при температуре 37 °С. После трехкратного отмывания в растворе ТРИС-буфера для визуализации реакции на срезы на 10 секунд наносили раствор DAB Substrate Kit (Cell Marque, США), отмывали в растворе ТРИС-буфера. Срезы контрастировали гематоксилином Майера, обезвоживали в изопропиловом спирте, заключали под покровное стекло. Всего подготовлено 73 иммуногистохимических препарата, окрашенных антителами к VEGF, VIP, CGRP. При иммуногистохимическом окрашивании препаратов кожи здоровых лиц экспрессии экспрессия VEGF наблюдалась на кератиноцитах эпителиального пласта и эпителиальной выстилки волосяных фолликулов, эндотелии сосудов, эпителиоцитах, выстилающих потовые железы В коже больных хроническими зудящими дерматозами — экземой, атопическим дерматитом, узловатой почесухой, псориазом, красным плоским лишаем экспрессия VEGF была повышена и наблюдалась на кератиноцитах эпидермиса, эндотелии сосудов, эпителии потовых желез, мононуклеарных клетках воспалительного инфильтрата. Площадь экспрессии увеличивалась прямо пропорционально степени выраженности акантоза эпидермиса, увеличению интенсивности ангиоматоза и воспалительной инфильтрации. Изучение экспрессии VIP иммуногистохимическим методом показало, что в норме экспрессия VIP наблюдалась на нервных стволиках поверхностного и глубокого нервного сплетения, в том числе иннервирующих сосуды кожи, придатковые структуры кожи, а также на клетках миоэпителиального слоя потовых желез. Изучение препаратов, окрашенных иммуногистохимическим методом с антителами к CGRP не выявило экспрессии указанного маркера на структурах кожи.

Заключение. При исследовании экспрессии сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) иммуногистохимическим методом, установлено, что в коже здоровых лиц физиологических условиях в коже этот белок продуцируется, клетками эпителия, эндотелиоцитами сосудов, эпителиальными клетками придатковых структур кожи (потовых желез). В патологических условиях VEGF способствует повышению проницаемости сосудов и вызывает хемотаксис мононуклеаров в очаг воспаления за счет фенестрации сосудистой стенки, активирует экспрессию оксида азота, простациклина и других цитокинов, способствующих вазодилатации. В очагах поражения кожи больных экземой, атопическим дерматитом, узловатой почесухой, псориазом, красным плоским лишаем площадь экспрессии VEGF расширяется прямо пропорционально степени выраженности акантоза эпидермиса, увеличению интенсивности ангиоматоза, а также определяется на мононуклеарах воспалительного инфильтрата. Это позволяет сделать предположение о единых закономерностях участия этой молекулы в патогенезе указанных дерматозов в качестве цитокина, активирующего воспалительную реакцию и о взаимосвязи между степенью выраженности васкуляризации воспалительной инфильтрации. При иммуногистохимическом исследовании экспрессии вазоактивного интестинального полипептида (VIP), который является членом семейства гомологичных нейро- и эндокринных пептидов и широко распространен в организме, установлено, что в физиологических условиях в коже этот полипептид продуцируется, прежде всего, нервными клетками и функционирует в качестве нейропептида/нейромедиатора, опосредующего и регулирующего функции нейронов. В очагах поражения, у больных, страдающих зудящими дерматозами — экземой, атопическим дерматитом, узловатой почесухой, псориазом, красным плоским лишаем позитивная реакция при проведении иммуногистохимической реакции с антителами к VIP определялась на мононуклеарах воспалительного инфильтрата, а также на эндотелии сосудов. Полученные данные свидетельствуют о том, что VIP продуцируется и секретируется различными иммунокомпетентными клетками и позволяют предположить, что в очагах поражения при зудящих дерматозах VIP претерпевает трансформации, эволюционируя от нейропептида/нейромедиатора до молекулы с плеотропным действием, способной опосредовать и/или модулировать широкий спектр иммунных функций. Экспрессия молекулы VIP в стенках сосудов в очагах поражения на слизистых оболочках и в коже позволяет предположить его участие в процессе иммунного воспаления в качестве хемоаттрактанта, способствующего миграции иммунокомпетентных клеток через сосудистое русло как к месту презентации антигена, так и обратно в очаг воспаления. В долгосрочной перспективе VEGF и VIP могут быть рассмотрены в качестве мишени при разработке новых лекарственных средств.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Пирятинская А. Б., Петунова Я. Г., Бичун Е. А.. Иванов К. А., Сидельникова Ю. Ю.
СПб ГБУЗ «Городской клинический специализированный центр дерматовенерологии» ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский Медико-Социальный институт»
г. Санкт-Петербург

В последние годы в крупных городах Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению регистрации случаев нейросифилиса. По мнению большинства специалистов, бледная трепонема всегда попадает в нервную систему, причем в одних случаях ее присутствие является транзиторным, а в других наблюдается асимптомное персистирование, в третьих манифестирует нейросифилис. Согласно новым клиническим рекомендациям, амбулаторное лечение ранних форм сифилиса должно проводиться дюрантными формами пенициллина (бензатин бензилпенициллин), которые создают длительную (в течение нескольких суток и вплоть до 18–21 дня после однократного введения), но низкую концентрацию пенициллина в организме. Препараты плохо преодолевают гематоэнцефалический барьер, следовательно, при недиагностированном скрытом сифилитическом менингите не достигается санация ликвора и сохраняется возможность развития поздних манифестных форм нейросифилиса. Авторы отмечают, что особого внимания требует соблюдение алгоритма клинико-лабораторного обследования пациентов при наличии у них нарушений функции центральной и периферической нервной системы, органов зрения и слуха, независимо от давности предполагаемого заражения и предполагаемой серорезистентности. Поскольку нейросифилис является междисциплинарной проблемой, необходимо комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентов с участием врачей разного профиля. **Цель исследования:** изучение особенностей течения раннего нейросифилиса за последние три года (2022–2024 гг.) у пациентов, получавших лечение на венерологическом отделении СПб ГБУЗ «Городской клинический специализированный центр дерматовенерологии» (далее- СПб ГБУЗ «ГКСЦД»). **Материалы и методы:** Анализ 385 карт стационарного пациента венерологического отделения ГКСЦД за последние три года с диагнозом ранний нейросифилис (код по МКБ-10 А51.4). **Результаты:** В исследуемую группу вошли 385 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет, из них 380 пациент мужского пола (98,7%), женского пола — 5 человек (1,3%). Распределение по диагнозам после выполнения люмбальной диагностической пункции: 223 пациента (57,9%) — ранний асимптомный нейросифилис, 45 пациентов (11,6%) — ранний нейросифилис с базальным менингитом, 113 пациентов (29,4%) — ранний нейросифилис с асимптомным менингитом, 4 пациента (1,0%) — ранний нейросифилис — менинговаскулярная форма. Для постановки и уточнения диагноза пациентам проводилось серологическое обследование сыворотки крови и ликвора, согласно критериям, указанным в новых клинических рекомендациях Сифилис 2024 года. У пациентов с диагнозом вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек в сочетании с В23+ в 85% случаев отмечались изменения в ликворе специфического характера. За последние три года на венерологическом отделении СПб ГБУЗ «ГКСЦД» отмечается рост раннего нейросифилиса с осложнениями в виде асимптомного менингита (34%) или базального менингита (19%), а данные нозологические формы заболевания требуют более длительных схем специфической терапии, присоединения неспецифической терапии и наблюдения пациента после выписки из стационара в амбулаторном звене не только у дерматовенеролога, но и у смежных специалистов, прежде всего неврологов и окулистов. **Выводы:** С учетом особенностей течения сифилитической инфекции в последние годы, частоты сочетания сифилиса и ВИЧ-инфекции, для проведения полноценного лечения и качественного междисциплинарного наблюдения после лечения, пациентам с манифестным и ранним скрытым сифилисом необходимо проводить углубленное дообследование с целью своевременного выявления специфического поражения центральной нервной системы.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Музыченко А. П., Качук М. В.
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

Глюкокортикоиды, азатиоприн, метотрексат и циклоспорин являются системными иммуномодулирующими средствами, широко используемыми в дерматологии для лечения тяжелых воспалительных и аутоиммунных дерматозов. Эти препараты можно условно разделить на две группы: глюкокортикоиды и циклоспорин обладают быстрым началом действия и могут применяться для купирования обострений или для сокращения времени до наступления эффекта медленно действующих системных иммунодепрессантов, таких как метотрексат, азатиоприн и микофенолата мофетил. Системные глюкокортикоиды имеют широкий терапевтический индекс. Токсичность зависит от средней терапевтической и кумулятивной дозы и длительности применения. Циклоспорин очень эффективен ввиду быстрого начала действия, однако имеет узкий терапевтический индекс и требует тщательного контроля артериального давления и признаков почечной недостаточности. Метотрексат одобрен FDA для лечения острого лимфобластного лейкоза и ювенильного идиопатического артрита, является системным препаратом первой линии лечения псориаза, в том числе в детском возрасте. Имеются данные применения метотрексата при атопическом дерматите, резистентном к циклоспорину. Низкие дозы метотрек-

сата могут применяться в комбинации с системными кортикостероидами для лечения быстро прогрессирующих форм локализованной склеродермии у детей. Азатиоприн относится к «стероидсберегающим» препаратам, показанным при неэффективности или противопоказаниях к стандартной терапии тяжелых аутоиммунных и воспалительных заболеваний кожи. Чаще всего применяется off-label и может приводить к гепатотоксичности, миелотоксичности и желудочно-кишечным расстройствам, которые часто являются дозозависимыми. Микофенолата мофетил считается менее токсичным в сравнении с другими иммунодепрессантами, обладает минимальными побочными эффектами и лучшей переносимостью. Дерматологические побочные эффекты системной иммуносупрессивной терапии. Изменения кожи при лечении глюкокортикоидами наблюдаются у ≈ 50% пациентов при приеме преднизолона в суточной дозе 20 мг и более в течение 3 месяцев. Все побочные эффекты глюкокортикоидов являются дозозависимыми, что прослеживается даже в диапазоне низких доз — от 5 до 7,5 мг/сутки в преднизолоновом эквиваленте. Стероидные акне в отличие от acne vulgaris характеризуются внезапной манифестацией, отсутствием комедонов, кист, узлов и рубцов. Осложнения в виде атрофии кожи и стрий развиваются в течение нескольких недель или месяцев от начала глюкокортикоидной терапии и относятся к необратимым изменениям кожи. Медикаментозный синдром Иценко — Кушинга Развивается у 25% пациентов, получающих преднизолон в суточной дозе ≥7,5 мг в течение 1 года, по сравнению с 4% пациентов, принимающих его в дозе менее 5 мг в сутки. Является дозозависимым и полностью обратимым после отмены глюкокортикоидов. Большинство дерматологических побочных реакций циклоспорина связаны с патологией пилосебацейного комплекса. Гиперплазия сальных желез развивается у 30% пациентов, принимающих циклоспорин и представляет собой доброкачественную пролиферацию сальных желез. Гипертрихоз является дозозависимым побочным эффектом, развивается у 70% пациентов, принимающих циклоспорин. Гиперплазия десен развивается у 30% пациентов через 3 месяца терапии циклоспорином. Акне, индуцированные циклоспорином, характеризуются тяжелым течением с преобладанием нодулярных и кистозных форм. Микофенолата мофетил обладает ограниченной кожной токсичностью. Характерными побочными эффектами являются афтозный стоматит и дисгидротическая экзема кистей и стоп. Дерматологические побочные эффекты азатиоприна встречаются у 2% пациентов и обусловлены развивающейся через 1–4 недели после начала его приема реакцией гиперчувствительности IV типа. Клинические проявления отличаются полиморфизмом и могут быть представлены пятнисто-папулезными, везикулезными, пустулезными высыпаниями, узловатой эритемой, уртикарными элементами и бляшками, имитирующими нейтрофильные дерматозы (например, синдром Свита).

Выводы. Одним из приоритетных направлений системы здравоохранения в настоящее время является контроль эффективности, безопасности и качества лекарственных препаратов. Достаточные знания специалистов здравоохранения в области фармакобезопасности позволят им не только быть подготовленными к купированию проявлений кожных лекарственных реакций в краткие сроки, но и к возможному предотвращению связанных с применением лекарств состояний, угрожающих жизни пациентов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ОБРАЗЦАХ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА АНТИТЕЛ К TREPONEMA PALLIDUM МЕТОДОМ ИММУНОХРОМАТОГРАФИИ

Акиншина Ю. А.[1], Ротанов С. В.[2], Марданлы С. Г.[3]
1 АО «ЭКОлаб», Электрогорск, Россия;
2 ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболенск;
3 ГОУ ВО МО «ГГТУ», г. Орехово-Зуево

Актуальность. Пациенты, обратившиеся к дерматовенерологу, при установлении нового диагноза, а затем ежегодно в процессе динамического клинического наблюдения проходят лабораторное обследование на сифилис. В настоящее время в России приоритетным является исследование венозной крови в иммуноферментном анализе с определением иммунных антител класса G к антигенам бледной трепонемы. Кроме того, такому обследованию на сифилис подвергаются все пациенты, получающие медицинскую помощь в условиях стационаров дневного или круглосуточного пребывания. В то же время, развитие иммунохимических технологий показало достаточно высокую диагностическую информативность исследований, выполняемых с единичными образцами капиллярной крови на иммунохроматографических стрипах. **Цель** исследования: разработка отечественного иммунохроматографического (ИХ) экспресс набора реагентов для определения антител к T. pallidum в крови человека и оценка показателей информативности результатов исследований с новым изделием. Материалы и методы. Отбор наиболее специфичных антигенов возбудителя сифилиса для создания ИХ сенсибилизированных композитных мембран; технология прямого сандвич-исследования на ИХ мембранах. Образцы крови от больных сифилисом (содержащие) и здоровых лиц (не содержащие иммунные антитела к T. pallidum) для создания панели стандартных образцов (СОП) предприятия, предназначенной для оценки качества на этапах производства набора реагентов и последующего его контроля в пределах гарантийного срока годности. **Результаты.** В результате информационного поиска были отобраны и утверждены кандидатные рекомбинантные антигены, являющиеся полными аналогами T. pallidum, для использования их при создании оригинального ИХ стрипа. В сериях практических экспериментов установлена наиболее оптимальная концентрация иммуноактивных реагентов, временные и температурные параметры их нанесения и сорбции на отдельных участках сложной композиции ИХ стрипа. Оптимизирован процесс высушивания и условия сохранения специфической активности в процессе гарантированного срока годности. Новый ИХ стрип производится по традиционной технологии: на клеевую несущую основу наносят и закрепляют мембрану для внесения исследуемого образца, мембрану конъюгатов, иммуносорбент и сорбирующую мембрану. Специфичность исследования на разработанном ИХ стрипе обеспечивается конъюгатами наночастиц коллоидного золота соединенными с рекомбинантными антигенами T. pallidum; неспецифический компонент — конъюгат с мышиными IgG — обеспечивает контроль сохранения активности стрипа. Иммуносорбент в тестовой зоне имеет иммобилизованные рекомбинантные антигены T. pallidum, а в контрольной зоне — козьи антитела к IgG мыши. Технические доклинические испытания разработанного нового набора «ИХА-антиТР», были проведены с образцами цельной крови человека, сыворотки и плазмы крови (полученной в пробирки с гепарином или с раствором цитрата натрия в концентрации от 3,2 до 3,8% или с ЭДТА); в результате экспериментальных постановок было установлено отсутствие влияния условий получения крови на результаты тестирования. Дополнительная серия исследований была направлена на определение возможной интерференции на результат ИХ теста ряда веществ, содержащихся в крови (гемоглобин в концентрации до 200 г/л, билирубин — до 5 мг/дл, триглицериды- до 10 ммоль/л, альбумин — до 60 г/л, ацетилсалициловая и аскорбиновая кислоты — до 20 мг/дл: а также антибиотиков: бициллина-3,—5 или ретарпена — до 0,12 мкг/мл, амоксициллина — до 7,5 мкг/мл или цефиксима — до 4,4 мкг/мл); ни один из испытанных реагентов не оказывал влияния на положительный или отрицательный результат ИХ исследования. **Заключение.** Предприятием АО «ЭКОлаб» в рамках производственной программы по импортозамещению был разработан набор реагентов «ИХА-антиТР», по результатам проведения регистрационных испытаний в системе Роспотребнадзора это медицинское изделие получило разрешение на применение в учреждениях здравоохранения Российской Федерации при оказании медицинской помощи населению. Регистрация и организация регулярного серийного выпуска нового набора позволяет расширить технические возможности диагностического обследования пациентов в ургентных случаях и в полевых условиях.

О РЕДКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ ПИГМЕНТНОЙ КРАПИВНИЦЫ

Провизион Л. Н., Провизион А. Н.
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск; ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Актуальность. Пигментная крапивница — кожная форма матоцитоза, встречается преимущественно у детей, обусловленная с доброкачест-

венной пролиферацией тучных клеток. Впервые описана E. Nettleship в 1869 г. как хроническая крапивница, оставляющая после себя бурые пятна. A. Songster в 1878 г. предложил термин пигментная крапивница. Пигментная крапивница встречается в грудном и раннем детском возрасте, одинаково часто у девочек, и у мальчиков, без генетической предрасположенности, хотя описаны и семейные случаи. В основе развития различных форм мастоцитоза лежат точечные мутации протоонкогена с KIT на хромосоме 4q12, который кодирует фактор роста тучных клеток. Мутации обнаруживаются в кодоне 816, у детей — в кодоне 839. Мутация приводит к пролиферации и уменьшению апоптоза тучных клеток. Возможна роль ИЛ-3. Выделяют следующие формы мастоцитоза: 1. Генерализованная пигментная крапивница: — пятнисто-папулезная — стойкая эруптивная пятнистая телеангиэктазия — диффузный кожный мастоцитоз 2. Локализованные проявления: мастоцитома 3. Системный мастоцитоз 4. Злокачественный мастоцитоз (тучноклеточная лейкемия) Типичными проявлениями пигментной крапивницы являются пятна, папулы коричневато-розового, красновато-буроватого цвета, симметричные, расположенные на туловище, конечностях, реже на лице и слизистых оболочках. Ладони, подошвы и волосистая часть головы практически не поражаются. Характерен зуд. Положительный симптом Унны-Дарье. Частой формой у детей бывает солитарнаямастоцитома от 10% до 40%. Присутствует при рождении или развивается в течение первых недель жизни ребенка. Это коричневатые или розово-красные отечные папулы, бляшки или опухоль, с гладкой поверхностью, может иметь вид апельсиновой корки. Локализация любая. Отек, уртикарии, везикуляция и пузыри могут обнаруживаться вместе с мастоцитомой. Положительный симптом Унны. Встречаются и несколько мастоцитом. Регрессируют спонтанно в течении 10 лет. Особым редким вариантом мастоцитомы является ксантелазмоидеа, которая характеризуется появлением овальных, плоских узелков размерами 10–50 мм, окраской светло-желтого цвета, гладких или вида апельсиновой корки. При пальпации консистенция эластическая. По внешнему виду напоминают пигментированные невоклеточные невусы, ксантомы. При трении положительный симптом Унны, симптом может возникать даже внезапно, сопровождаться покраснением и образованием пузырей. Может быть бляшка или узел. Диагноз пигментной крапивницы обычно устанавливается клинически надежными симптомами, положительным симптомом Унны, подтвердить диагноз может биопсия. Возможно содержание триптазы в сыворотке. Дифференциальный диагноз: с крапивницей, стойкой реакцией на укусы насекомых, пигментными невоклеточными невусами; мастоцитому — с ювенильной ксантогранулемой, ксантомами. **Цель:** описание клинического случая редкой формы мастоцитомы — ксантелазмоидеа. Больной Я., 5 лет обратились с мамой к врачу дерматологу в июне 2023 г. с жалобами на появление высыпаний на ушных раковинах. Высыпания заметили впервые через неделю после длительного пребывания на солнце без головного убора, до этого момента ходил в панаме, высыпания возобновлялись, когда был без головного убора. На субъективные ощущения особо не акцентировал. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, детские инфекции. Ребенок соматически здоров. При осмотре — кожные проявления симметричны, по краям ушной раковины расположены овальные папулы размерами 0,5 мм светло-желтой окраски с гладкой поверхностью, слегка набухшие с покраснением. При пальпации эластичной консистенции. Учитывая клинические проявления и для исключения ксантом назначено обследование: печеночные пробы, липидный обмен, холестерин, сахар крови, общий анализ крови и мочи. При повторном посещении: патологии не выявлено. При трении — симптом Унны положительный. Установлен диагноз: мастоцитома — ксантелазмоидеа. Даны рекомендации. **Выводы:** Представленный случай является очень редким вариантом пигментной крапивницы, её локализованной формы, которая, как правило, встречается в детском возрасте и имеет благоприятный прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Радионов В. Г., Лохматова И. А., Шварёва Т. И., Провизион Л. Н., Хайминов Е. М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Луганск

Рост заболеваемости ожирением среди детского населения требует особого внимания. Отмечается колоссальный рост количества детей с избыточной массой тела. В России каждый 4-й россиянин страдает избыточной массой тела или ожирением. Отмечается, что всё чаще ожирением страдают подростки 15–17 лет. Особенно опасно ожирение детей в возрасте 7–11 лет — доля ожирения у этой категории составляет почти 33%. Ожирение значимо повышает риск развития акне у подростков.У пациентов с избыточной массой тела чаще регистрируются среднетяжелые и тяжелые формы акне, что обосновано патогенетическими механизмами взаимодействия ряда факторов. Инсулинорезистентность является ключевым фактором: гиперинсулинемия стимулирует выработку андрогенов и усиливает активность сальных желёз. Гиперандрогения — ожирение способствует повышению уровня свободных андрогенов за счёт снижения циркулирующих глобулинов, связывающих половые гормоны (SHBG). Хроническое воспаление, обусловленное секретируемыми висцеральной жировой тканью провоспалительными цитокинами (ИЛ 6, ФНО α), которые в свою очередь усугубляют воспалительный компонент акне. Одним из ведущих факторов является нарушение липидного обмена, характерное для метаболического синдрома при ожирении: дисбаланс липидов кожи усиливает себорею и колонизацию — Cutibacterium acnes. Акне имеют клинические особенности у детей с ожирением: преобладают воспалительные элементы (папулы, пустулы, узлы), которые чаще характеризуются распространенностью сыпи на спину и грудь, склонной к поствоспалительной гиперпигментации и рубцеванию. При этом у подростков с ожирением значимо чаще развивается сопутствующая себорея и лихенизация. Одним из характерных нежелательных проявлений отмечают резистентность к стандартной терапии и склонность к гнойным осложнениям. Правильный диагностический алгоритм позволит врачу спрогнозировать течение акне и принять правильный терапевтический подход в последующем. Изначально необходимо рассчитать и оценить индекс массы тела (ИМТ) и распределение жировой ткани. В случае выявления показателя ИМТ характерного для избыточной массы тела или ожирения, рекомендовано назначить лабораторное обследование (глюкоза, инсулин, HOMA IR (индекс инсулинорезистентности), половые гормоны, липидный профиль). Важным является исключение синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) у девушек. Принципом терапии является комплексный подход: необходимо не только дерматологическое лечение, но и обязательная коррекция метаболических нарушений. Диета должна основываться на снижении гликемической нагрузки, ограничении простых углеводов, в том числе молочных продуктов, и насыщенных жиров. Физическая активность -обязательный компонент для снижения инсулинорезистентности. В качестве местной терапии показаны антимикробные препарты, ретиноиды (адапален), азелаиновая кислота. По показаниям должна быть назначена системная терапия, включающая антибактериальные препараты, антиандрогены девушкам с гиперндрогенией, а также системные ретиноиды. В отношении последних ожирение и метаболический синдром служит относительным противопоказанием. Но сегодняшний день показывает, что для лечения средне-тяжелой и тяжелой степени акне системные ретиноиды (изотретиноин) являются наиболее патогенетически обоснованным лечением. Достижению результата способствуют также косметологические процедуры и ежедневный уход за кожей. Таким образом, при ведении подростков с ожирением и акне приоритетным становится междисциплинарное взаимодействие: дерматолог-косметолог-эндокринолог-диетолог. Для назначения изотретиноина необходимо снижать ИМТ и постоянно мониторировать метаболические параметры при его применении. Такие пациенты всегда нуждаются в психологической поддержке и требуют длительного наблюдения для профилактики рецидивов

ОПЫТ ОЦЕНКИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ НА ПРИМЕРЕ РОЗАЦЕА С УЧЁТОМ ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ И МИКРОБИОМА

Эллинский Д. О., Эллинская К. А.
СМ-Клиника
г. Москва

Опыт оценки системного воспаления при хронических дерматозах на примере розацеа с учётом пищевой непереносимости и микробиома
Актуальность. Розацеа рассматривается как хроническое воспалительное заболевание с участием иммунной дисрегуляции, нейрогенного воспаления и нарушений барьерной функции (Geng 2024). Концепция инфламмейджинга объясняет персистенцию воспаления через активацию врождённого иммунитета (кателицидин LL-37, TLR2), избыточную ангиогенез-стимулирующую активность и окислительный стресс, что приводит к ранним рецидивам даже на фоне адекватной терапии (Yang 2024). Ключевым фактором хронизации выступает нарушение оси «кишечник–кожа»: дисбиоз кишечника усиливает системную проницаемость барьера, транслокацию бактериальных продуктов и активацию воспалительных каскадов (Sánchez-Pellicer 2024). Пищевые триггеры (алкоголь, острая пища, гистамин-содержащие продукты) провоцируют флюшинг через активацию нейрогенных путей и высвобождение сосудорасширяющих медиаторов (Searle 2021). Игнорирование этих системных компонентов ограничивает длительность ремиссии. Клинические наблюдения. В докладе демонстрируются пациенты с розацеа, ремиссии которых удалось достичь при помощи выявления и элиминации триггеров пищевых, воспалительных и нормализации кишечной микрофлоры. Во всех случаях диетические и микробиомные вмешательства применялись как адъювант к базисной противовоспалительной терапии, а не как монолечение.
Выводы. Инфламмейджинг, дисбиоз микробиома и пищевая непереносимость являются модифицируемыми факторами, способствующими рецидивированию розацеа. Комплексная оценка системного воспалительного статуса, микробиома кишечника и пищевых триггеров расширяет возможности персонализации терапии и удлинения ремиссии. Данные подходы следует рассматривать как дополнительные к стандартной противовоспалительной терапии, направленной на ключевые патогенетические звенья заболевания, а не как её замену.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ У НЕПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Проценко Т. В., Перцева Е. В., Лагерь О. С.
ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького. Кафедра дерматовенерологии и косметологии
г. Донецк

Акне, относится к одному из самых распространенных заболеваний кожи и выявляется у 85% людей в возрасте от 12 до 25 лет. Косметические недостатки лица, спины, груди резко снижают качество жизни пациентов, могут вызывать психоэмоциональные расстройства, преимущественно депрессивного характера, существенно снижают самооценку и качество жизни, что позволяет расценивать акне как важную медико-социальную проблему. Наличие современных высокоэффективных средств позволяет успешно проводить терапию при любых формах акне и приводить к стойкой клинической ремиссии. Несмотря на это, пациенты часто обращаются за помощью не к профильному специалисту (врачу-дерматовенерологу или врачу-косметологу), а лечатся самостоятельно или у других специалистов.
Цель исследования. Оценить влияние терапии пациентов с акне, обратившихся к врачу-косметологу, имеющих негативный опыт лечения ранее у других специалистов.
Материал и методы. Методом простой последовательной выборки в исследование включены 50 пациентов в возрасте от 12 до 35 лет, 24% мужчин (n=12) и 76% женщин (n=38) с проявлениями акне средней и тяжелой степени тяжести, обратившиеся на прием к врачу-косметологу. У всех пациентов с акне оценивали маршрут до обращения и степень тяжести заболевания, с учетом пройденного маршрута. В анамнезе обращали внимание на тех специалистов, к кому чаще всего обращались пациенты, — косметолог салона красоты без медицинской лицензии, гинеколог и провизор аптеки. Провели анализ влияния полученной терапии у данных специалистов на основании клинического осмотра с определением степени тяжести акне и оценки данных анамнеза. Степень тяжести оценивали в соответствии с клиническими рекомендациями.
Результаты. Установлено, что 68% (n=34) пациентов предварительно обращались для лечения акне не к врачу-дерматовенерологу или врачу-косметологу: из них 22 (64,7%) пациента лечили акне у косметолога салона красоты, 1 (2,9%) — у гинеколога и 11 (32,3%) — у провизора. При этом 52,9% (n=18) пациентов имели среднюю степень тяжести течения акне; из них первично обращались для терапии акне к провизору 33,3% (n=6) и косметологу 66,6% (n=12). А пациенты, имеющие тяжелую степень тяжести 23,5% (n=8), предварительно обращались к косметологу салона красоты. С большой долей вероятности можно полагать, что косметические процедуры и иное лечение у непрофильных специалистов способствовали прогрессированию процесса. Лечение у непрофильных специалистов по поводу акне проводилось не по клиническим рекомендациям и не оказало желаемого результата на течение акне у пациентов.
Выводы. Маршрут пациентов с акне часто (в 68% случаев) начинается с посещения непрофильных специалистов. Пациенты после проведенной терапии у косметолога салона красоты, гинеколога и провизора обратились к дерматологу, т.к. их проблема не была решена, а более долгий путь терапии, начавшийся не с ключевого специалиста, способствовал прогрессированию тяжести акне.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМ НЕКОТОРЫХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Прокопова Е. М., Бородулина К. С., Кашперова О. Г.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Аутоиммунные заболевания кожи (АИЗ) — это разнородная группа болезней кожи, при которых наблюдается ошибочная иммунная атака собственных здоровых клеток и структур кожи. При данных состояниях нарушается процесс распознавания «свой — чужой» на молекулярном уровне, что приводит к синтезу специфических иммунных клеток, антител к тканям организма. АИЗ среди дерматологических нозологий встречается часто, характеризуется неоднородностью в процентном соотношении. Наиболее часто наблюдаются: псориаз, красный плоский лишай (КПЛ), экзема, витилиго, алопеция, склеродермия и др. Подбор комплексной терапии с использованием не только лекарственных форм остается актуальным на современном этапе лечения. Зачастую, АИЗ имеют тенденцию к торпидности течения воспалительного процесса и неэффективности топической терапии. Применение аппаратных физиотерапевтических методов лечения, в частности, ультрафиолетовой фототерапии, позволяет добиться снижения воспалительных проявлений, способствуя регрессу высыпаний.
Цель нашего исследования: изучение эффективности применения различных видов общей ультрафиолетовой фототерапии у пациентов с торпидными к топической терапии лекарственными препаратами, распространенными формами КПЛ, экземы, склеродермии. Группа наблюдения составила 12 человек, из них: КПЛ — 5 (41,67%) пациентов, экзема — 4 (33,33%) пациента, склеродермией — 3 (25%) человека. Из них женщин — 7 человек (58,33%), мужчин — 5 (41,67%) пациентов соответственно. Возраст пациентов варьировал от 20 до 54 лет. Выбор метода ультрафиолетовой фототерапии осуществлялся с учетом показаний и особенностей клинической картины. Курс общей узкополосной фототерапии UVB311нм

получили 7 человек (58,33%), общей ПУВА-терапии 5 человек (41,67%). Процедуры проводились 3 раза в неделю. Для достижения выраженного клинического эффекта количество процедур UVB311нм фототерапии составило 29 процедур, ПУВА-терапии — 30 процедур. У 11 пациентов (91,67%) был достигнут выраженный положительный клинический ответ. У 1 пациента (8,33%) со склеродермией достигнут частичный положительный клинический эффект в виде уменьшения интенсивности окраски очагов. Вывод: ультрафиолетовая фототерапия UVB311нм, ПУВА-терапия являются эффективными методами лечения АИЗ кожи, таких как, КПЛ, экзема, склеродермия и могут применяться в составе комплексной терапии, либо в виде этапа лечения при торпидности процесса и неэффективности предшествующей топической терапии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВИТИЛИГО: КОНВЕРГЕНТНАЯ ВАЛИДНОСТЬ VITIQOL ПО ОТНОШЕНИЮ К DLQI В РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ

Ключникова Д. Е., Ляпон А. О.
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины МЗ Российской Федерации
г. Москва

Актуальность. Болезни кожи оказывают значительное психологическое воздействие на пациентов. Хроническое течение, социальная стигматизация, сложности в построении межличностных контактов приводят к тяжёлым эмоциональным реакциям пациентов, а стресс возникающий вследствие этого, является дополнительным триггером, что стимулирует обострения и рецидивы дерматоза. Последние десятилетия специалисты здравоохранения стали использовать в диагностической практике множество психометрических тестов, позволяющих определить уровень тревожности, качество жизни или выразить количественными переменными психоэмоциональные страдания пациента. Широко внедрены универсальные опросники: DLQI, HADS, ЛОБИ-тест, SKINDEX, оценивающие качество жизни, степень тревожности или адаптивности дерматологических пациентов. Более специфические тесты CADI, PDI, SCQOLIT или Questionare for Woman with Androgenetic Alopecia позволяют определить влияние конкретного дерматоза или результатов его лечения на оценку пациентом своего состояния в том числе психологического.

Целью нашего исследования явилось сравнение двух тестов, определяющих качество жизни у пациентов страдающих витилиго. Материалом и методами исследования явились: 25 больных с витилиго. В качестве инструментов, определяющих качество жизни пациентов, применялись: DLQI — опросник, состоящий из 10 вопросов, оценивающих влияние дерматоза на качество жизни за последнюю неделю. Каждую из 10 позиций оценивали от 0 до 3 баллов. Результат тестирования мог колебаться от 0 до 30 баллов. Также использовалась специализированная шкала оценки качества жизни для витилиго VitiQoL, где пациенты отвечали на 16 вопросов при 7 вариантах ответов от «совсем не было» — 0 до «постоянно происходит» — 6. Соответственно сумма варьирует от 0 до 96 баллов. Чем выше балл, тем существеннее влияние болезни на жизнь пациента. Анализ результатов тестирования проводился при помощи Microsoft Excel 2016 и Jamovi версии 2.6.23. Нормальность распределения оценивались с помощью теста Шапиро–Уилка. Для оценки связи между двумя шкалами витилиго — DLQI и VitiQoL — применялся непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ) с сопровождением p-значения и 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Возраст пациентов (n=25) составлял диапазон от 18 до 48 лет: медиана (Me) 30 лет; средний возраст 30,5 лет; межквартильный размах (МКР) 25–38 лет. Продолжительность заболевания в группе колебалась от полу года до 8 лет: Me 2,5 года; среднее 2,8 лет, МКР 1.5–4 года. Средние показатели индекса дерматологического качества жизни DLQI составили 10,5 ±4.5, Me 10, МКР 7–14. **Результаты** тестирования пациентов с помощью специализированной шкалы оценки качества жизни для витилиго VitiQoL продемонстрировали среднее значение 43±12, Me 42, МКР 34–56. Среди всех 25 пациентов наблюдалась сильная положительная монотонная связь между DLQI и VitiQoL по коэффициенту Спирмена: ρ = 0,85 (ДИ=95%), p < 0,001. Диаграмма рассеяния показала последовательную зависимость: по мере роста DLQI увеличиваются баллы VitiQoL.

Заключение. В 2012 Американская академия дерматологии опубликовала отчет кафедры дерматологии Медицинской школы им. Файнберга о создании набора вопросов на основе углубленного интервью с пациентами страдающими витилиго и их ответов на вопросы других ранее утвержденных опросников качества жизни. Тест имеет очень высокую внутреннюю согласованность (α-Кронбаха = 0,935). Конкурентная валидность была проанализирована в исходном (Lilly E) и нескольких последующих исследованиях. Важно подчеркнуть, что индекс качества жизни дерматологических больных DLQI — утвержден и широко применяется в РФ, а специализированная шкала оценки качества жизни для витилиго VitiQoL не имеет официальной российской валидизации и практически не используется российскими специалистами. **Результаты** нашего исследования показывают хорошую сопряженность VitiQoL с DLQI (ρ = 0,85), что свидетельствует о конвергентной валидности между инструментами.

Выводы. На сегодняшний день есть необходимость в проведении формального лингвистического перевода и культурной адаптации данного опросника, как специфического инструмента, для пациентов с витилиго в российской популяции, который дополнит картину психоэмоционального статуса и качества жизни этих больных.

ПАХИДЕРМОДАКТИЛИЯ – РЕДКАЯ НОЗОЛОГИЯ, ЯРКИЙ ПАЦИЕНТ

Задионченко Е. В.
каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», НОИ им. Н. А. Семашко
г. Москва

Пахидермодактилия (доброкачественный фиброматоз) или околосуставные подушечки пальцев (ОПП) — достаточно редкое периартикулярное невоспалительное образование мягких тканей, представляющее собой ограниченный очаг уплотнения кожи в виде бляшки плотно-эластической консистенции, сине-бурого иногда темно-розового цвета, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Существует классификация, на основании которой выделяют: первичные (истинные) ОПП, имеющие семейную предрасположенность и ассоциацию с наследственными заболеваниями, и вторичные (приобретенные) околосуставные псевдоподушечки, причиной возникновения которых считается Хроническая или острая травма с инфицированием. Поверхность этих образований обычно шероховатая, гиперкератотическая, может быть бугристая-веррукозная. Иногда пациенты навязчиво травмируют элементы (кусают, скребут), поэтому в некоторых случаях могут образовываться трещины или эрозии. Размер этих опухолевидных образований увеличивается постепенно, в большинстве случаев высыпания множественные, но бывают и одиночные элементы, что затрудняет диагностику. Данное заболевание способно озадачить не только пациента, но и врача. Приобретая крупный размер и локализуясь преимущественно на пальцах верхних конечностей, они могут существенно ограничивать подвижность, несмотря на отсутствие спаянности с подлежащими тканями. Дискомфорт эстетический и при движении, отсутствие эффекта от лечения домашними наружными средствами и прогрессирующий рост- заставляют пациента обратиться к врачу. При этом, круг специалистов для оказания помощи может быть разнообразным: от врача терапевта, травматолога, ревматолога до дерматолога. Дифференциальный диагноз представляет собой достаточно вариабельный спектр похожих образований на кистях рук: омозолелость, стойкая возвышающаяся эритема, узелки Гебердена, папулы Готтрона, узелки доильщиц, кольцевидная гранулема. Отличить эти нозологии позволяют не только дополнительные яркие проявления со стороны других органов и систем, но и особенности патоморфологическая картины. Для гистологической картины ОПП характерны: гиперкератоз, акантоз, наличие небольшого периваскулярного инфильтрата в дерме и выраженная

пролиферация соединительной ткани. За последние 7 месяцев на кафедру за консультацией обратились 3 пациента с явлениями вторичного доброкачественного фиброматоза (мальчик 13, мужчина 37 лет и женщина 47 лет). У всех процесс локализовался на пальцах тыльной поверхности рук. При этом у ребенка 13 лет высыпания были представлены множественными элементами, которые локализовались практически на всех пальцах, у мужчины на 2 пальцах правой руки, а у женщины на одном указательном пальце правой руки. Интересным представляется анамнез ребенка, который страдал навязчивыми двигательными расстройствами (грыз ногти, прикусывал губы и щеки, а также постоянно совершал довольно интенсивные трущие движения тыльной стороной пальцев о поверхность стула или какую-либо другую) по поводу которых наблюдался у психолога. Мужчина по профессии был разнорабочим, часто использовал в работе напильник и другие инструменты, которые с его слов иногда ранили пальцы. Оба этих пациента сразу обратились к дерматологу. Лечебные мероприятия для ребенка, несомненно, включали в себя коррекцию навязчивых поведенческих реакций, заклеивание пальцев пластырем и нанесение глюкокортикостероидных (моментазон мазь под окклюзионную повязку) и размягчающих средств, содержащих 10% –15% мочевину. Пациенту 37 лет было рекомендовано использование защитных средств при осуществлении рабочей деятельности, кератолитических мазей (из-за грубой плотной поверхности элементов) и клобетазол мазь под повязку. В анамнезе у женщины была травма, полученная в горах, с нарушением целостности кожных покровов и последующим инфицированием. Она самостоятельно использовала различные антисептические средства без эффекта, дважды обращалась к травматологам, которые ей провели первичную хирургическую обработку раны, с последующим курсом антибактериальной терапии. Воспалительный процесс регрессировал, однако в этой зоне появилось плотное опухолевидное образование, и за 4 месяца стала формироваться контрактура пальца. Пациентка работает врачом и постоянно делает руками медицинские манипуляции. Самостоятельно в течении 2–3 месяцев применяла примочки с раствором дексаметазона, с относительным положительным эффектом. Было рекомендовано провести курс внутридермальных инъекций в очаг раствором бетаметазона № 3 1 раз в 3 недели. Интересным является тот факт, что внешние проявления полностью соответствовали диагнозу пахидермодактилия, а в результатах патогистологического исследования были данные за инфекционную гранулему. Однако это не помешало достигнуть хорошего терапевтического результата. Важным в течении этого заболевания является тот факт, что ОПП чрезвычайно редко регрессируют самостоятельно, а в некоторых случаях могут быть связаны с серьезной патологией других органов, в частности, со злокачественными опухолями пищевода, лейкоплакией полости рта и др. Поэтому такие пациенты требуют более развернутого обследования и наблюдения.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Чернова Н. И., Доля О. В., Задорожная И. С., Щукина В. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Введение. В последние годы увеличилось количество случаев дерматозов с локализацией в аногенитальной зоне, не отвечающих на применение препаратов первой линии — топических глюкокортикостероидов (тГКС) и альтернативных лекарственных средств — топических ингибиторов кальциневрина (тИК). Учитывая связь применения тГКС, тИК с риском вторичной инфекции, широкое распространение папилломавирусной инфекции (ПВИ), возможно предположить, что неэффективность стандартной терапии дерматозов может быть обусловлена вирусами папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска, способных длительное время находиться в эпителиальных клетках кожи и видимых слизистых оболочек аногенитальной зоны в латентном состоянии и реализовывать свой онкопотенциал на фоне иммуносупрессии. **Цель.** Оценить участие ВПЧ в неэффективности основной терапии топическими ГКС и изменении характера течения дерматоза у женщин с лихеноидными заболеваниями вульвы.

Материалы и методы. В период с июня 2025 года по январь 2026 года для участия в исследовании было отобрано 17 женщин в возрасте от 27 до 76 лет с установленным клиническим диагнозом «Склероатрофический лишай вульвы» или «Красный плоский лишай вульвы, эрозивная форма» или «Простой хронический лишай вульвы». Пациенты направлялись на консультативный прием врачами-дерматовенерологами филиалов Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии с целью уточнения диагноза и/или определения тактики лечения в связи с отсутствием эффекта проводимой стандартной терапии. Клиническая оценка включала сбор жалоб, анамнеза, визуальный осмотр. При наличии на коже вульвы, на фоне типичной клинической картины дерматоза, неподдающихся терапии эрозированных/изъязвленных участков, очагов гиперкератоза, пигментированных участков или экхимозов, бородавчатых или папулезных поражений проводилось: 1) качественное определение ВПЧ низкого и высокого канцерогенного рисков (ВКР) с поверхности, проводимое методом полимеразно-цепной реакции; 2) гистологическое исследование измененных участков.
Результаты. Средний возраст больных составил 62±12 лет. Распределение исследуемых с учетом первичного направительного диагноза было следующим: САЛ вульвы — 10(58,8%) женщин, КПЛ вульвы, эрозивная форма — 6(35,3%), ПХЛ вульвы — 1(5,9%) пациентка. По результатам жалоб и анамнеза было констатировано, что усиление и/или сохранение зуда/боли на фоне начала использования ГКС наблюдалось у 5(29,4%) больных, что объективно коррелировало с наличием эрозированных участков (3 больных) и участков гиперкератоза (у 2-х больных). 11(64,7%) женщин на фоне клинической ремиссии и использования местных ГКС в поддерживающем режиме отметили вновь появление зуда/боли, некупируемые стандартной терапией. Одновременно с появлением жалоб при клиническом осмотре наблюдалось появление эрозированных участков (4 больных), участков гиперкератоза (у 5-х больных), нетипичных папулезных поражений (2 больных). При первичном осмотре с поверхности измененных участков кожи вульвы проводился забор материала для качественного определения ВПЧ, по результатам которого у 12(70,6%) исследуемых было выявлено ВПЧ ВКР. По заключению результатов гистологического исследования 11(64,7%) женщинам была диагностирована интраэпителиальная неоплазия вульвы, кореллировавшая с ВПЧ ВКР у 9(81,8%) больных; 3(17,6%) пациенткам — плоскоклеточный рак вульвы, ассоциированный с ВПЧ ВКР у 2 пациенток; 3(17,6%) женщинам диагностированы лимфопролиферативные изменения, соответствующие неспецифическому вульвиту, ассоциированные с ВПЧ у 1 женщины.
Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы: 1) у пациенток с рефрактерным течением лихеноидных дерматозов выявлена высокая частота обнаружения ВПЧ ВКР (70,6%), что указывает на потенциальную роль вируса в поддержании воспаления и резистентности к терапии; 2) появление нетипичных поражений вульвы на фоне САЛ и/или КПЛ и/или ПХЛ вульвы и неэффективность терапии ГКС диктует необходимость онконастороженности и проведения гистологического исследования; 3) интраэпителиальные поражения вульвы, развивающиеся у женщин с вульварными лихеноидными заболеваниями, имеют высокую частоту ассоциации с ВПЧ.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КАК РЕДКО ДИАГНОСТИРУЕМАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Михеева Э. С. [2], Лебедева Е. В.[1], Радионова Е. Е. [1], Денисова Е. В.[1], Жукова О. В.[1,2], Корсунская И. М.[1]
1 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва;
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Кожные формы красной волчанки (ККВ) представляют собой гетерогенную группу хронических аутоиммунных заболеваний, характеризующихся мно-

гообразием клинических проявлений и вариабельным течением. Кожные проявления красной волчанки достаточно подробно отражены в научных изданиях, тогда как изменения слизистых оболочек, включая слизистую оболочку полости рта, остаются менее изученными и часто недооцениваются в клинической практике.

Вовлечение в процесс слизистой оболочки полости рта (СОПР) наблюдается при различных клинических вариантах заболевания. В рамках хронической ККВ высыпания наиболее характерны для дискоидной формы заболевания и в ряде случаев могут предшествовать кожным изменениям, либо длительное время оставаться ведущим клиническим симптомом. Предполагается, что частота поражения СОПР при красной волчанке варьирует от единичных случаев до более чем 50%, что связано с исследуемой клинической формой заболевания, различиями изучаемых популяций и применяемых диагностических критериях.

Выраженный клинический полиморфизм высыпаний на СОПР, отсутствие патогномоничных признаков, а также сходство с проявлениями при других воспалительных и аутоиммунных заболеваниях определяют высокую вероятность диагностических ошибок и нередко приводят к длительному назначению неэффективной терапии. Дополнительные диагностические сложности связаны с неоднозначностью результатов морфологических и иммунологических исследований, что подчёркивает необходимость комплексной клинико-анамнестической оценки и динамического наблюдения пациентов, включая исключение системного аутоиммунного процесса.

В филиале «Клиника им. В. Г. Короленко» МНПЦДК мы наблюдали клинический случай ККВ у пациентки 73 лет, находившейся на стационарном лечении во 2-м дерматовенерологическом отделении в январе 2026 г. Пациентка поступила с жалобами на болезненные эрозивные поражения СОПР и высыпания на коже волосистой части головы.

Из анамнеза известно, что заболевание дебютировало в 2017 г. с появления пузырного элемента на слизистой оболочке десны. В различные периоды предполагались альтернативные диагностические гипотезы, включая красный плоский лишай, хронический гингивит, пузырчатку, аллергический дерматит и буллёзный пемфигоид. Проводимая терапия включала системные и топические глюкокортикостероиды, иммуносупрессивные препараты (в том числе метилпреднизолон, циклоспорин), антисептические и кератопластические средства, однако стойкого клинического эффекта со стороны СОПР достигнуто не было.

В 2021 г. по данным морфологического исследования выявлены признаки субэпидермального пузыря с лимфоцитарным инфильтратом, при непрямой реакции иммунофлуоресценции отмечено линейное отложение IgG вдоль дермоэпидермальной границы, что послужило основанием для постановки диагноза буллёзного пемфигоида, в связи с чем проводилась длительная системная терапия глюкокортикостероидами без стойкого клинического эффекта.

В ходе стационарного обследования в 2026 г. выполнены клинико-лабораторные исследования, морфологическое исследование биоптата кожи волосистой части головы, выявившее фиброз дермы и лимфоплазмоцитарные инфильтраты, проведена консультация врача-ревматолога. С учётом клинической картины, анамнестических данных и динамики заболевания диагноз был пересмотрен. При выписке установлен диагноз дискоидной красной волчанки с поражением кожи волосистой части головы и слизистой оболочки полости рта. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у врача-ревматолога по месту жительства с целью исключения системности процесса.

Таким образом, волчаночный гингивит может являться ведущим и длительно изолированным проявлением кожной формы красной волчанки, что существенно осложняет своевременную диагностику заболевания.

Клиническое сходство с другими аутоиммунными заболеваниями, сопровождающимися поражением СОПР, а также неоднозначность результатов морфологических и иммунологических исследований, нередко приводят к диагностическим ошибкам и длительному назначению неэффективной терапии.

Таким образом, ведение пациентов с поражением слизистой оболочки полости рта при ККВ требует междисциплинарного подхода, клинико-морфологического сопоставления и исключение системного аутоиммунного процесса.

ПОИСК ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ

Сорокина Е. В., Столпникова В. Н., Мишина Н. В.
ФГБНУ НИИВС им. И. И. Мечникова, Москва, Россия; Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России г. Москва

Многоформная эритема (МЭ) — иммуноопосредованная реакция с вовлечением кожи, а иногда и слизистых оболочек, со сложным иммуногенезом. Исследования последних лет сосредоточены на клеточно-опосредованном иммунном ответе при МЭ. Известно, что в развитии аутовоспалительных заболеваний принимают участие субпопуляции γδ Т-клеток, способствуя повреждению тканей. Воспалительные функции γδ Т-клеток определяются синтезом ими цитокинов, включая IL-17, IFN-γ и TNF-α. Повышенная и нерегулируемая активность γδ Т-клеток может способствовать вызывать аутоиммунные и воспалительные заболевания с поражением кожи. Взгляд на МЭ с позиций врожденного и адаптивного иммунитета поможет приблизиться к выявлению и изучению новых биомаркеров для диагностики, классификации, мониторинга тяжести, оценки эффективности терапии и прогнозирования течения МЭ.

Цель исследования. Определение содержания субпопуляций лимфоцитов и уровней IL-10, IL-17, IL-4, IFNγ в супернатантах клеточных культур при экспансии γδ Т-лимфоцитов, выделенных из крови больных ГАМЭ для поиска новых иммунологических маркеров. Материалы и методы. Мононуклеарные клетки периферической крови выделяли от 3 пациентов с МЭ и 3 здоровых доноров. Для культивирования γδ Т лимфоцитов использовали метод с применением золедроната, IL-2 и IL-15. Спонтанную и индуцированную секрецию цитокинов определяли методом твердофазного ИФА с использованием наборов Human IL-17 ELISA Kit (RK00397, ABclonal Biotechnology Co., Китай) и IL-10-ИФА-БЕСТ, IL-4-ИФА-БЕСТ, Интерферон-гамма-ИФА-БЕСТ («Вектор Бест», Россия) согласно инструкциям производителей. Обработку данных осуществляли с построением калибровочных кривых путем применения онлайн-калькулятора ELISA calculation sheet (Hycult Biotech, США).

Результаты и обсуждение. В рецидив в 7-ми дневной культуре выявлено: у пациентки 1(Н) 81,1% клеток экспрессировал рецептор CD3, 64,4% HLA DR+CD3+, накапливалось до 62,8% Т-клеток, несущих γδ вариант Т-клеточного рецептора. У пациентки 2(С) содержание клеток HLA DR+CD3+ — 46,8%, 23,6% клеток имело фенотип γδ TCR+. В период ремиссии: у пациентки 2(С) доля активированных Т-клеток с фенотипом HLA DR+CD3+ составила 6,4% (при рецидиве — 46,8%), 12,5% клеток имело фенотип γδ TCR. У пациента 3(С) в период рецидива —% клеток с фенотипом CD3+CD8+ был значительно выше, чем в группе здоровых, 40,6% CD3+клеток экспрессировало активационный маркер HLADR, число γδ TCR+ клеток было на низком уровне (3,1%); за 24 часа до начала тяжелого рецидива: активационный маркер HLADR экспрессировали 19% CD3+клеток, доля γδ TCR+ клеток — 69,1%; в ремиссию в процессе культивирования количество γδ TCR+ клеток снижалось — 0,3%. У пациентки 1(Н) на фоне длительного рецидива наблюдались низкие значения спонтанной и индуцированной продукции противовоспалительного IL10, за рецидивом последовала короткая ремиссия 1 месяц. В период ремиссии соотношение спонтанная/индуцированная продукция IL-17 сравнимо с показателем в группе здоровых лиц. У пациентки 2(С) во время рецидива — выраженное усиление продукции IL-17 в ходе индукции, а стойкая длительная ремиссия (6 месяцев) протекала на фоне усиления способности к индуцированной продукции IL-10. У пациента 3(С) наблюдалось непрерывно-рецидивирующее течение, рецидивы сопровождались нарушением общего состояния и повышением температуры до 37,5. Начало рецидива протекало на фоне выраженного снижения способности клеток к синтезу IFNγ. Это позволяет предположить, что раннее начало применения препаратов, стимулирующих выработку IFNγ, позволит предотвратить развитие рецидива. В данном случае непрерывно-рецидивирующее тяжелое течение ассоциируется с парадоксальным снижением в 34 раза продукции IL-10 при индукции.

Заключение. Доля γδ TCR+ клеток в период рецидива была повышена у двоих пациентов. У третьего наблюдался значительный подъём количества клеток данного типа за сутки до тяжелого рецидива. Это свидетельствуют

о важной роли γδ Т-клеток в патогенезе МЭ. Полученные в ходе исследования данные и результаты анализа взаимосвязи с клиническими проявлениями МЭ указывают на возможную диагностическую/прогностическую значимость исследуемых цитокинов и роль γδ TCR+ клеток в развитии воспаления при данной патологии. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении, чтобы уточнить молекулярные механизмы, лежащие в основе кожно-слизистых высыпаний при МЭ, что позволит выявить и изучить потенциальные новые иммунологические диагностические и прогностические маркеры.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ (НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА И СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ) У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ДЕРМАТОЗА

Никитина Ю. И., Корнишева В. Г., Гулордава М. Д.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Санкт-Петербург

Нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ) представляет собой отношение абсолютных значений нейтрофилов к лимфоцитам в периферической крови и является простым и доступным маркером системного воспаления. Современные исследования подтверждают, что НЛИ и СОЭ обладают высокой прогностической значимостью при псориазе, позволяя оценивать степень его тяжести, дифференцировать клинические формы и осуществлять мониторинг эффективности системной терапии. **Цель** исследования. Оценить клиническую значимость лабораторных маркеров системного воспаления (НЛИ и СОЭ) у пациентов пожилого и старческого возраста с псориазом в зависимости от возраста манифестации дерматоза. Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 54 пациентов (65 госпитальных случаев) старше 60 лет со среднетяжелым и тяжелым псориазом (индекс PASI ≥20 баллов), проходивших стационарное лечение на 1 дерматологическом отделении в НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина в 2025 году. В соответствии с возрастом манифестации заболевания все госпитальные случаи были распределены на две группы: с ранним началом псориаза (до 40 лет; n=20; 30,8%; 95% ДИ: 19,9–43,4) и с поздним дебютом дерматоза (после 40 лет; n=45; 69,2%; 95% ДИ: 56,6–80,1). В рамках исследования была оценена корреляция маркеров системного воспаления (НЛИ и СОЭ) с наличием псориатического артрита, индексами PASI и BSA.

Результаты и обсуждение. При исследовании лабораторных маркеров системного воспаления установлено, что НЛИ в группе раннего начала псориаза характеризовался медианой 2,04 (Q_1–Q_3: 1,66–2,74; n=20), в группе позднего дебюта — 2,35 (Q_1–Q_3: 1,71–2,80; n=45) без статистически значимых различий (p=0,649). Анализ СОЭ также не продемонстрировал статистически значимых различий (p=0,842): в группе раннего начала медиана СОЭ составила 10,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 5,75–14,25 мм/ч; n=20), в группе позднего дебюта — 10,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 5,00–20,00 мм/ч; n=45). Анализ корреляционных взаимосвязей НЛИ с показателями тяжести псориаза продемонстрировал существенные различия между изучаемыми группами. У пациентов с ранним дебютом заболевания обнаружена умеренная прямая корреляция НЛИ как с индексом BSA (ρ=0,385; p=0,093), так и с индексом PASI (ρ=0,331; p=0,154). Напротив, при позднем начале псориаза отмечены слабые обратные корреляционные связи: НЛИ — BSA (ρ= –0,171; p=0,261) и НЛИ — PASI (ρ= –0,198; p=0,192). При сопоставлении значений НЛИ в зависимости от наличия псориатического артрита статистически значимых различий не установлено ни в одной из групп. При раннем начале псориаза медиана составила 2,06 (Q_1–Q_3: 1,64–2,71; n=13) у пациентов без артрита и 2,02 (Q_1–Q_3: 1,76–2,80; n=7) при наличии суставного поражения (p=0,663). Аналогично, при позднем дебюте дерматоза медианные значения составили 2,39 (Q_1–Q_3: 1,58–2,80; n=29) и 2,25 (Q_1–Q_3: 1,95–2,79; n=16) соответственно (p=0,652). ROC-анализ не подтвердил прогностическую значимость НЛИ как предиктора псориатического артрита в обеих группах: AUC=0,560 (95% ДИ: 0,288–0,833; p=0,663) при раннем и AUC=0,541 (95% ДИ: 0,362–0,720; p=0,652) при позднем начале заболевания. Оценка взаимосвязи СОЭ с клиническими индексами тяжести выявила дивергентные паттерны в исследуемых группах. У пациентов с ранним началом псориаза определялась слабая прямая корреляция СОЭ с индексом PASI (ρ=0,154; p=0,517) при отсутствии связи с индексом BSA (ρ=0,071; p=0,766). При позднем дебюте наблюдалась противоположная тенденция: корреляция СОЭ — PASI отсутствовала (ρ=0,026; p=0,864), тогда как с индексом BSA отмечена слабая прямая связь (ρ=0,103; p=0,503). Медианные значения СОЭ в группе раннего начала у пациентов без псориатического артрита и с суставным поражением составили 8,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 5,00–14,00; n=13) и 14,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 6,00–35,50; n=7) соответственно (p=0,311). При позднем дебюте показатели составили 12,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 8,00–20,00; n=29) у пациентов без артрита и 6,00 мм/ч (Q_1–Q_3: 4,50–19,75; n=16) при его наличии (p=0,154). ROC-анализ не продемонстрировал дискриминационной способности СОЭ в прогнозировании псориатического артрита: AUC=0,659 (95% ДИ: 0,396–0,922; p=0,248) в группе раннего начала и AUC=0,629 (95% ДИ: 0,463–0,796; p=0,154) — позднего.

Выводы. Уровни НЛИ и СОЭ не различаются при раннем и позднем дебюте псориаза, что свидетельствует о сопоставимой базовой активности системного воспаления у пациентов старше 60 лет независимо от возраста манифестации заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ (УФВ 311) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛИХЕНОИДНЫМ ПИТИРИАЗОМ

Бородулина К. С.[1], Алхаффар С. [2], Сороченко Е. В.[1]
1 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва; 2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Введение. Лихеноидный питириаз (ЛП) — редкое папулосквамозное заболевание, которое может развиться в любом возрасте. Вопросы выбора терапии ЛП в педиатрической практике до сих пор остаются не решенными. Традиционная терапия ЛП у взрослых включает применение системных кортикостероидов и/или антибиотиков. Однако у детей данные методы лечения часто сопровождаются многочисленными побочными эффектами или могут быть неэффективными. В связи с этим в комплексной терапии ЛП у детей рекомендуется узкополосная ультрафиолетовая фототерапия (УФВ 311).

Цель. Проанализировать клиническую эффективность узкополосной фототерапии УФВ 311нм у детей с ЛП

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, прошедших цикл фототерапии для лечения лихеноидного питириаза, в период с января 2021 г. по декабрь 2025 г. Была собрана информация об эпидемиологических и клинических характеристиках, сопутствующем лечении, клинических формах ЛП и продолжительности фототерапии, максимально достигнутой дозе и ответе на лечение. В исследование были включены 30 пациентов (9 — с острым лихеноидным и вариолиформным питириазом (ОЛП) и 21 — с хроническим лихеноидным (ХЛП)), проходивших лечение методом общей узкополосной фототерапии УФВ 311 нм. Медианный возраст пациентов составил 9,5 лет, длительность процесса- Me 1,5 [0,6; 2,5] лет. Все пациенты получали процедуры в режиме 3 раза в неделю. Начальная доза подбиралась с учётом фототипа кожи, с постепенным наращиванием дозировки. Клиническая эффективность оценивалась по динамике регресса высыпаний каждые 5 сеансов курса. Среднее количество процедур составило от 20 до 35 в зависимости от формы

ЛП. Наблюдалась хорошая переносимость фототерапии. У 2х пациентов отмечалась сухость кожных покровов на фоне проведения ультрафиолетового облучения, купированная применением эмолиентов.
Результаты: Полный ответ был достигнут у 8 (88,9%) из 9 пациентов с ОЛП, получавших УФВ 311 нм. Из 21 пациентов с ХЛП полный ответ был достигнут у 18 (85,7%). Среднее количество сеансов облучения у пациентов с ХЛП для достижения полного ответа было выше (n= 35), чем у пациентов с ОЛП (n=20) ($p < 0,05$).
Выводы. Узкополосная УФ-терапия является эффективным с хорошей переносимостью методом лечения ЛП, особенно при диффузном поражении кожи. Распространённость высыпаний, давность заболевания, выраженность инфильтрации влияют на общее количество процедур и курсовую дозу облучения. Пациентам с ХЛП может потребоваться больше сеансов облучения для достижения полной ремиссии, чем пациентам с ОЛП.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЭМОЛЕНТАМ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Коротченко А. К., Боярова Д. Е., Гориславская Т. А., Иванов Е. В., Сергеева И. Г.
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, г. Новосибирск; Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 10», клиника дерматологии и венерологии, г. Санкт-Петербург

Эмоленты играют ключевую роль в базисной терапии атопического дерматита (АтД). Однако приверженность к их регулярному использова-нию часто недостаточна, особенно у взрослых пациентов. Это обусловлено влиянием цифровой среды и экономическими барьерами. **Целью** исследования было сравнить приверженность к эмолентам среди взрослых пациентов и родителей детей с АтД. Исследование проводилось в два этапа: на первом этапе было проанализировано 300 негативных отзывов об эмолентах с рейтингом (1–3 звезды) с января 2023 по март 2025 года, размещенных на маркетплейсах Ozon, Wildberries и «Золотое яблоко». Вторым этапом было проведено анонимное анкетирование 127 подписчиков Телеграм-канала #УАтопииЕстьЛицо, разделённых на две группы: 67 родителей, использующих эмоленты на ребёнка, и 60 взрослых пациентов, применяющих средства на себя. Анкетирование проводилось с использованием Яндекс Форм, пер-вичная обработка данных осуществлялась в Microsoft Excel, статистиче-ский анализ — в программе STATISTICA 10 с применением критерия хи-квадрат с поправкой Йетса при уровне значимости $p<0,05$. **Результаты:** наибольшее число респондентов, как среди родителей 39 (58,3%) так и среди взрослых 30 (50%) получили информацию об эмолентах от врачей (дерматологов, педиатров). Важно отметить, что Интернет-источники (форумы, Телеграм-каналы) заняли второе место по значимости получения информации — 15 (25%) среди взрослых и 23 (34,3%) среди родителей детей с АтД. Согласно анализу негативных отзывов большинство –186 (62,0%) потребителей отмечали густую консистенцию продукта, избыточную жирность, липкость и окклюзионный эффект после нанесения. Подобные ощущения провоцировали немедленное желание удалить средство с поверхно-сти кожи. Значительная часть потребителей ожидала мгновенного увлаж-няющего эффекта. Большинство опрошенных понимали, что после нанесения эмолента на поверхности кожи формируется окклюзионная пленка. При этом 15 (22,4%) родителей и 12 (20%) пациентов ожидали, что эмоленты быстро впитываются без образования пленки; 9 (13,4%) родителей и 13 (21,7%) пациентов считали, что они проникают глубже обычного крема. Высокая стоимость для 29 (48%) взрослых пациентов и 27 (40%) родителей и необходимость частого нанесения у 25 (41%) родителей и 28 (41%) взрослых являются значимыми факторами в снижении приверженности. Опрос о расходе эмолентов показал, что в большинстве случаев у детей объема эмолента 500 мл было достаточно на один месяц использования, среди взрослых это показатель — 33 (55%), четверть взрослых отмечает более «экономичный расход» свыше 6 месяцев –15 (25%). Только 12 (20%) взрослых соблюдают объем применения до 500 г/нед. Анализ эффективности эмолентов выявил, что большинство респондентов отмечают снижение зуда (родители — 42 (62,7%), взрослые — 32(53,3%)). Однако, 17 (28,3%) взрослых пациентов сообщают о слабо выраженном эффекте вдвое чаще, чем родители — 9 (13,4%). Отсутствие положительных изменений наблюдалось у 5 (7,5%) родителей и 2 (3,3%) взрослых пациентов. **Выводы:** потребительский опыт взрослых пациентов с АтД и представления об уходе за кожей в значительной степени формируются под влиянием beauty-индустрии, контента из социальных сетей и рекламы на маркетплейсах. В этой среде доминирует идея идеального средства, ассоциирующийся с быстрым впитыванием, невесомой текстурой и мгновенным ощущением комфорта. Назначаемый же врачом эмолент, эффективность которого основана на окклюзионном эффекте, зачастую обладает противоположными свойствами: плотной консистенцией, ощущением пленки и медленным впитыванием. Это не соответствует ожиданиям пациентов и средства воспринимаются как некачественные из-за несоответствия сформированным цифровой культурой ожиданиям. Для родителя, выбирающего средство для ребенка такой потребительский подход менее актуален, так как его поиск сфокусирован на узкой категории лечебно-профилактических продуктов, а не на личном beauty-опыте. Мотивация родителей и взрослых пациентов принципиально различна. Родитель осуществляет уход за ребенком, что связано с высокой степенью ответственности и часто воспринимается как безусловная необходимость. Финансовые затраты на эмоленты в этом контексте легче оправдываются как обязательная статья расходов на здоровье ребенка. Взрослый пациент проводит более прагматичный анализ «стоимость-польза» для себя лично. Высокая стоимость эмолентов вступает в противоречие с неприятными субъективными ощущениями от их использования и отсроченным терапевтическим эффектом.

РАЗРАБОТКА НОВОГО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Марданлы С.Г.[1], Ротанов С.В.[2], Гашенко Т.Ю.[3]
1 ГОУВО МО «ГГТУ», Орехово-Зуево
2 ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, Оболенск
3 АО «ЭКОлаб», Электрогорск

Введение. Обеспечение надлежащих условий безопасного оказания медицинской помощи населению предусматривает регулярное проведение дезинфицирующей обработки рук медицинского персонала, используемого инструментария и рабочих поверхностей в помещениях. Для этих целей на постоянной основе разрабатываются и выпускаются специальные дезинфицирующие средства с контролируемой активностью и сроками гарантийного применения. С учетом высокой изменчивости микрофлоры, циркулирующей среди населения и накапливающейся в медицинских учреждениях в высокой концентрации, актуальной является разработка новых дезинфицирующих средств отечественного производства с высоким уровнем микробицидной активности.
Цель проведения исследования: разработка отечественной оригинальной, готовой к применению стабильной жидкой формы дезинфицирующего препарата с широким потенциалом показаний для применения в учреждениях здравоохранения.
Материалы и методы. Физико-химические, токсикологические и микробиологические исследования для оценки дезинфицирующих свойств разработанного препарата для наружного применения. Оптимизация условий промышленного производства.
Результаты. Разработана новая оригинальная рецептура отечественного дезинфицирующего препарата, включающая действующие и вспомогательные соединения: октенидина дигидрохлорид – 0,1%, феноксиэтанол – 2,0%, натрия хлорид – 0,05%, кокамидопропил бетаин (как усилитель пенообразования и самостоятельный антисептик) – 0,3%, натрия глюконат – 0,4%, глицерин – 0,5% и очищенная вода – до 100%.
В проведенных технических исследованиях была доказана химическая стабильность смеси, полученной на основе разработанной прописи, и выраженный дезинфицирующий эффект при воздействии на патогенные формы

микроорганизмов (антимикробная активность в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий; вирулицидное действие, включая вирус полиомиелита, вирусы энтеральных и парентеральных гепатитов, ВИЧ и других и фунгицидная активностью в отношении грибов рода Candida), отсутствие местного раздражающего, сенсибилизирующего и резорбтивного эффектов при нанесении на кожу. Пары дезинфектанта в зоне применения оказывают воздействие, соответствующее параметрам III класса умерено опасных веществ по Классификации степени ингаляционной опасности дезинфицирующих средств (по зоне острого биоцидного действия).
Заключение. Разработанное отечественное средство на основе октенидина дигидрохлорида и феноксиэтанола в жидкой форме предназначено как для дезинфекционной обработки медицинских предметов и рабочих поверхностей (в том числе клавиатуры и мониторов персональных компьютеров, широко используемых в настоящее время в медицинских учреждениях, и панелей исследовательских аппаратов), так и для дезинфекции кожи рук медицинского персонала и кожи операционного поля или слизистой оболочки полости рта пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПУВА-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Полянская П. А., Заславский Д. В., Садыков А. И., Быхалов В. И., Петрова Е. В., Булина О. В.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной центр специализированных видов медицинской помощи»
г. Санкт-Петербург

Введение. Псориаз является хроническим системным воспалительным заболеванием с иммунной природой, возникающим в результате сложного взаимодействия генетических и внешнесредовых факторов. Клинически заболевание проявляется поражением кожи, ногтевых пластин, в ряде случаев суставов, а также наличием коморбидной патологии. Распространенность псориаза колеблется от 1% в Азии до 8,5% в Норвегии. В Российской Федерации распространенность псориаза в 2021 году составила 243,7 случаев на 100 тысяч населения, а в 2023 году достигла 257,7 случаев на 100 тыс населения. Псориаз считают обезображивающим и инвалидизирующим заболеванием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов из-за значительного эмоционального, социального и экономического воздействия.
Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость ПУВА-терапии у больных вульгарным псориазом на базе «ГБУЗ ЛенОблЦентр». Материалы и методы. С первого сентября 2025 года по 15 декабря 2025 года на базе С 01.09.2025 года по 15.12.2025 года на базе «ГБУЗ ЛенОблЦентр» проведено пилотное исследование. В исследование приняли участие 20 больных с вульгарным псориазом в возрасте от 19 лет до 49 лет, из них 75% (15) мужчин и 25% (5) женщин. Средний возраст пациентов составил 34 года, средняя продолжительность болезни составила 10 лет. В исследовании все пациенты случайным образом были разделены на 2 группы по 10 человек. Пациенты 1-й группы получали стандартное медикаментозное лечение, а пациенты 2-й группы на фоне стандартного медикаментозного лечения получали ПУВА-терапию. Была разработана индивидуальная карта кодирования для каждого пациента, проведено тестирование и анкетирование всех пациентов. Изучено 15 литературных источников литературы по данной теме. До лечения все пациенты имели выраженные клинические проявления вульгарного псориаза: шелушение, инфильтрацию, эритему и основная часть больных — средне-тяжелое течение псориаза. Жалобы на кожный зуд различной интенсивности предъявляли 75% (15) пациентов с вульгарным псориазом. Тяжесть течения псориаза и эффективность проводимой терапии по клиническим признакам оценивали с помощью индекса распространенности и тяжести поражения псориазом (PASI, ПАСИ) дважды, до и после лечения. Подсчет проводили по формуле Fredriksson — Petersson, в которой учитывается выраженность основных клинических признаков и площадь поражения кожи. **Результаты.** После лечения при оценке клинических признаков с помощью PASI в процентах наиболее выраженный эффект отмечался у пациентов основной ПУВА-группы, что выражалось в снижении на 52% (PASI 52) по сравнению с контрольной группой, где снижение PASI составило 37% (PASI 37).Оценка эффективности лечения в основной ПУВА-группе соответствовала клиническому улучшению (снижение PASI в интервале 50–74%) по сравнению с контрольной группой, где снижение PASI соответствовало незначительному клиническому улучшению (снижение PASI в интервале 25–49%). Жалобы на локализованный зуд кожи сохранялись у 30% (6) пациентов. При оценке частоты и характера ближайших побочных эффектов, возникающих при проведении ПУВА-терапии наблюдали: все пациенты, получившие курс ПУВА-терапии отмечали избыточную сухость кожи; UVA- эритему и общий кожный зуд у 3х пациентов, в одном случае — фототоксическую реакцию, телеангиоэктазии кожи лица после проведения первого курса ПУВА-терапии у 1-го пациента, жалобы со стороны ЖКТ (изжога, тошнота, тяжесть в эпигастрии) у 3х пациентов; дискомфорт со стороны органа зрения (светобоязнь, «ощущение песка в глазах» при интенсивном искусственном освещении, затруднение с работой на компьютере из-за яркости экрана) у 3х пациентов. Два пациента, получившие курс ПУВА-терапии из 8 процедур заболели ОРВИ, что может свидетельствовать о снижении иммунологической защиты организма. Обсуждение: ПУВА- терапия продемонстрировала значимую эффективность и приемлемый уровень переносимости, несмотря на небольшую выборку пациентов и ограничения в количестве сеансов. Также в ходе исследования была подтверждена нецелесообразность проведения ПУВА-терапии в условиях круглосуточного стационара в связи со спецификой данного физиотерапевтического лечения. **Результаты** исследования подчеркивают необходимость дальнейших работ с расширением выборки с целью более точного прогнозирования эффективности и безопасности ПУВА-терапии у больных с вульгарным псориазом.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРОМИКСЕДЕМЫ АРНДТА — ГОТТРОНА

Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Лебедева Е. В., Трофимова М. С., Матвеева С. С.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Склеромикседема Арндта — Готтрона (СМАГ; син.: микседематозный лихен, папулезный муциноз) — редкий дерматоз из группы микседематозного лихена, в основе развития которого лежит идиопатический муциноз кожи, не связанный с нарушением функции щитовидной железы. Первое наблюдение СМАГ, относящееся к началу прошлого века, принадлежит Г. Арндту. Современное название болезни дал через год H. Gottron, когда переименовал генерализованное лихеноидное поражение кожи в склеромикседему. Этиология склеромикседемы не известна. Патогенез связан с пролиферацией фибробластов и повышенным отложением мукополисахаридов (в частности, гиалуроновой кислоты) в дерме под влиянием некоторых факторов. Наличие моноклональной гаммапатии предполагает связь с дисфункцией иммунной системы. Другой особенностью СМАГ является парапротеинемия. Парапротеинами являются иммуноглобулины класса G, содержащие исключительно цепи типа лямбда или каппа, которые вырабатываются плазматическими клетками. Моноклональный белок — парапротеин — обнаруживается в периферической крови практически у всех больных СМАГ, а у больного с отсутствием парапротеина в крови моноклональный белок был выявлен в пораженной коже. Склеромикседема часто связана с системными проявлениями, могут быть миопатии, артралгии, дисфагии и кардиомиопатии, а также неврологические проявления. Точные показатели заболеваемости СМАГ неизвестны, болеют преимущественно женщины. Представляем случай редкого хронического дерматоза СМАГ у пациентки Л. 65 лет. Считает себя больной в течение 1,5 года, когда впервые появились высыпания с уплотнением на коже плеч, предплечий, связывает со стрессом. Затем распространились на кожу лица, нижние конечности. Обратилась в ноябре 2024 года к дерматовенерологу МНПЦДК ДЗМ филиал «Первомайский», было проведено гистологическое исследование от 14.02.2025г — выявленные изменения наиболее соответствует склеромикседеме. Консультирована

врачом гематологом 16.04.2025 в МГЦ ГБУЗ МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ, установлен диагноз: Моноклональная гаммапатия: выявлено повышение алфа2 глобулина до 10.97 при норме 10.5. IGG\IgM- норма, моноклональная секреция IgG лямбда, ИХИ крови М-градиент (IgG лямбда) в гамма3-зоне составляет 4,4% или 2,76 г/л от общего белка сыворотки крови, ИХИ мочи: следы альбумина. Патологических градиентов, характерных белка Бенс-Джонса, не обнаружено, показаний для иммунофиксации не выявлено. На амбулаторном этапе обследована врачом ревматологом в МНПЦДК ДЗМ: иммуноблот на антиядерные антитела — от 03.05.2025 г — не обнаружены. 26.06.2025г консультирована профессором, главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации Н. Н. Потекаевым, на основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторной диагностики выставлен диагноз: Склеромикседема Арндта-Готтрона. рекомендовано стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». На момент госпитализации патологический процесс на коже носит распространённый воспалительный характер. Локализуется на коже лица, туловища, конечностей. Кожа лица уплотнена в центральной части, темно-розового цвета в области лба. Нос, губы утолщены. Кисти рук одутловаты, «лапообразного» вида. На коже верхних, нижних конечностей, туловища на эритематозном фоне множественные симметричные плотные плоские папулы диаметром до 2 мм желтоватого цвета с блестящей восковидной поверхностью, сгруппированные в виде очагов, внешне напоминающих «гусиную кожу». Кожа в местах высыпаний с трудом собирается в складку. Дермографизм смешанный. Слизистые оболочки интактны. За время стационарного лечения пациентка получала обследование в объёме лабораторного скрининга крови и мочи, ЭКГ, консультаций смежных специалистов (терапевт, невролог, эндокринолог, трансфузиолог, физиотерапевт). При проведении лабораторного скрининга в клиническом анализе крови: лейкоциты- 15,67 (4–9) 10^9/л, гемоглобин общий 160 (120–150) г/л, абсолютное количество моноцитов 0,96 (0.1–0.8) 10^9/л, абсолютное количество лимфоцитов 5,81 (1–3.5) 10^9/л, абсолютное количество нейтрофилов 8,71 (1,8–7,7) 10^9/л, Количество тромбоцитов 498 (160–370) 10^9/л, количество эритроцитов 5,44 (3.9–5.2)10^12/л, гематокрит 52,2 (36–45)%. В биохимическом анализе крови: АЛТ 51,00 (0–34) Ед/л, ГГТ 90.7 (9–39) Ед/л, холестерин общий 7,98 (<=5,2) мМоль/л, кальций общий 2,69 (3,5–5,1) мМоль/л, мочевина 8,87 (2,8–7,2) мМоль/л. ОАМ — в пределах референсных значений. Проводилось лечение: преднизолон таблетированная форма в дозе 60 мг на фоне препаратов сопровождения (калия аспарагинат магния аспарагинат, кальция карбонат колекальциферол, омепразол), декстран, антигистамиинные препараты, депротеинизированный гемодериват крови. Наружная терапия: бетаметазон крем, три сеанса плазмафереза. Пациентка выписана с положительной динамикой на амбулаторное долечивание с рекомендациями титрования суточной дозы преднизолона. В настоящее время принимает таб. Преднизолона в суточной дозе 22, 5 мг с выраженным клиническим эффектом. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью данного заболевания среди дерматологических пациентов, трудностью диагностики и необходимостью своевременной дифференциальной диагностики.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Хайминов Е. М., Радионов В. Г.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Луганск

Актуальность исследования. В последние годы отмечается структурное перераспределение клинических форм сифилиса с увеличением удельной доли эпидемиологически опасных форм (ранний скрытый сифилис), а также поздних форм, среди которых неуклонно возрастает количество случаев нейро- и кардиоваскулярного сифилиса. **Цель** исследования. Провести сравнительный анализ заболеваемости сифилисом с учетом клинических форм в Луганской Народной Республике (ЛНР) и Российской Федерации (РФ) за период 1993–2023 гг. Материалы и методы. Данные сборников «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля», форм федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» и № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями», № 30 «Сведения о медицинской организации». **Результаты** и обсуждение.С 1993 г. заболеваемость на территории ЛНР коррелировала с показателями в РФ с пиком в 1997 г. и составила 191,2, что на 68,9% ниже аналогичного в РФ. В период 2014–2023 гг. в ЛНР наблюдалась стабильная эпидемиологическая ситуация с сохранением показателей в диапазоне от 9,8 до 8,5, что на 80% ниже аналогичного показателя в РФ. Следует отметить, что в 2024 г.прирост заболеваемости сифилисом на территории ЛНР составил 43,1%, в сравнении с аналогичным показателем за 2023 г. При анализе структуры клинических форм в ЛНР прослеживается ряд особенностей:1997 году, в период пикового подъема заболеваемости, количество ранних форм составило 98,8%, в 2014 году — 47,7%, поздних — 52,3%, а их соотношение сравнялось и составило практически 1:1.К концу 2013 г.числоманифестных форм составило 20% от общего количества.За период 2015–2024 гг. на фоне дальнейшего снижения числа ранних форм (с 54,6 до 14,1%) доля поздних форм увеличилась в 2,9 раза (с 20 до 58,9%), количество других и неуточненных форм сифилиса — оставалось неизменной (26%).С 2022 г. отмечается существенное изменение соотношения в пользу скрытых форм: рост показателя в 7,3 раза в 2024 г. (249), по сравнению с 2015 г.(34).В 2015 г. в ЛНР зарегистрировано 2 случая кардиоваскулярного сифилиса, в 2017 г.этот показатель вырос в 3 раза и составил 7 случаев. За период 2021–2024 гг. отмечается рост числа случаев кардиоваскулярного сифилиса более чем в 3 раза (9 — в 2021 г. и 28 — в 2024 г.). Увеличение числа случаев нейросифилиса более чем в 5 раз отмечено в 2024 г. (11) по сравнению с 2020 г. (2). Реализация эффективного скрининга на сифилис у беременных в рамках дородового обследования, а также профилактическое лечениесеропозитивных женщин привели к регистрации единичных случаев врожденного сифилиса в ЛНР за период 2015–2024 гг. (по 1 случаю в 2017, 2019 и 2023 гг.). В половозрастных группах: у пациентовот 15 до 19 лет отмечались единичные случаи в период с 2015 по 2018 гг. и их отсутствие в последующие годы по настоящее время; у пациентов от 40 и старше лет количество случаев сифилиса достигло более 80% от общего числа. **Выводы.** Таким образом, в ЛНР, как и в РФ, максимальные значения заболеваемости сифилисом отмечены в 1997 г., после чего отмечено стабильное снижение показателей.Регистрировалась явная тенденция к преобладанию числа поздних форм заболевания. Особую обеспокоенность вызывает возрастная группа пациентов от 40 и старше лет, которая занимает высокий удельный вес в регистрации скрытых форм сифилиса, в том числе кардио- и нейросифилиса. Следует подчеркнуть успехи терапии у беременных женщин, что позволило добиться снижение показателя заболеваемости врожденным сифилисом до практически равным нулевому.

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ТРИГГЕРНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Маликова Н. Н., Маликова С. С.
Центрально-Азиатский Университет
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Красный плоский лишай полости рта (КПЛ) представляет собой хроническое Т-клеточно-опосредованное иммуновоспалительное заболевание, характеризующееся повреждением базального слоя эпителия. Несмотря на установленную аутоиммунную природу патогенеза, факторы, инициирующие манифестацию заболевания, остаются предметом актив-

ного изучения. Особый интерес представляют локальные триггерные воздействия, способные индуцировать или усиливать воспалительный ответ у предрасположенных пациентов. Ортодонтическое лечение сопровождается длительной механической нагрузкой на слизистую оболочку, микротравматизацией, изменением микробиоценоза полости рта и постоянной антигенной стимуляцией вследствие присутствия металлических и полимерных конструкций. Указанные факторы потенциально могут реализовывать феномен Кёбнера и усиливать клеточно-опосредованный иммунный ответ. Нами проведён ретроспективный анализ 87 пациентов с клинически и гистологически подтверждённым КПЛ. У 34 пациентов (39%) в анамнезе выявлены ортодонтические манипуляции. В контрольной группе (n = 93) ортодонтическое лечение отмечено у 31 пациента (33%). Статистически значимых различий между группами не выявлено (χ^2 = 0,73; p = 0,39). Отношение шансов составило 1,28 (95% ДИ: 0,69–2,36). Полученные данные свидетельствуют о наличии тенденции к более высокой частоте ортодонтических вмешательств среди пациентов с КПЛ, однако выявленная ассоциация не достигла статистической значимости. Вероятной причиной может являться ограниченный объём выборки и умеренная величина эффекта. Таким образом, ортодонтические манипуляции не могут рассматриваться как самостоятельная этиологическая причина КПЛ, однако их роль в качестве триггерного фактора у иммунологически предрасположенных лиц требует дальнейшего изучения. Перспективным направлением является проведение проспективных исследований с оценкой длительности ортодонтического лечения, типа используемых материалов и иммуногистохимических маркеров воспаления.

РОЛЬ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗВИТИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России г. Москва

Введение. Себорейный дерматит (seborrheic dermatitis, SD) — хроническое воспалительное заболевание кожи с неизвестным этиопатогенезом и поражением кожи в местах скопления сальных желез. Некоторые исследователи высказывают мнение о воздействии нейроэндокринных факторов на регуляцию выработки себума, что приводит к более тяжёлому течению и рецидивам SD. Нейроэндокринная регуляция зависит от характера реакции организма на стресс и от функционирования вегетативной нервной системы. В некоторых случаях дисрегуляция вегетативной нервной системы сопровождаться изменением концентрации гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой цепи, а таже изменением активности вегетативной нервной системы. Данных о состоянии вегетативной нервной системы, психоэмоциональном статусе и уровне биохимических маркеров стресса у больных SD крайне мало, что побудило авторов к данному исследованию. **Цель** и задачи исследования: 1) оценить взаимосвязь между тревожно-депрессивным симптомами, тонусом вегетативной нервной системы, уровнем кортизола в слюне и степенью тяжести дерматоза; 2) оценить влияние себорейного дерматита на качество жизни пациентов. **Материал и методы:** под наблюдением находились 120 пациентов в возрасте от 18 лет до 60 лет (средний возраст — 33,0±10,6 года) с диагнозом «Себорейный дерматит». Для определения уровня тревоги и депрессии использовали Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), данные о тяжести течения SD оценены с помощью Seborrheic Dermatitis Area Severity Index (SDASI), качество жизни пациентов определяли при помощи Dermatology Life Quality Index (DLQI), статус вегетативной нервной системы оценивался при помощи индекса Кердо. У всех пациентов измерялись уровень кортизола в слюне и рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Статистическую обработку проводили с применением программы Jamovi version 2.3.21 и SPSS Statistics для Windows, версия 21.0. Использовались методы описательной статистики, группы сравнивали при помощи U-теста Манна-Уитни, для определения корреляционной связи выбран непараметрический критерий Спирмена (ρ). Уровень значимости принимали <0,001. Исследование одобрено локальным этическим комитетом РУМ (протокол № 04–24 от 11.04.2024). **Результаты.** У 88 пациентов (I группа) был зарегистрирован субклинический уровень тревоги и/или депрессии по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS): средние значения по субшкале тревоги (HADS-A) составили 8,24±1,57 баллов, по субшкале депрессии (HADS-D) — 7,74±1,67 баллов (p <0,001). 32 пациента (II группа) с SD не имели расстройств тревожного спектра и составили группу сравнения. При первичном обследовании установлено, что среднее значение индекса SDASI было в I группе 6,32±2,86 баллов; во II группе 5,66±1,83 баллов (p=0,380), что соответствовало средней степени тяжести себорейного дерматита, группы были статистически равны по степени тяжести SD. Пациенты I группы (n=88) с SD и психоэмоциональным нарушениями достоверно ниже оценивали свое качество жизни по сравнению с группой II: ДИКЖ определялся 17,40±6,11 при 9,06±1,70 (p<0,001) у пациентов без расстройства тревожного спектра (n=32). У пациентов с расстройством тревожного спектра (n=88) определялось достоверное повышение уровня кортизола в слюне по сравнению с группой сравнения (n=32). Тяжесть себорейного дерматита в группе I положительно коррелировала с ИМТ (ρ=0,923; p <0,001), уровнем тревожности (по субшкале тревоги HADS-A: ρ=0,836; p <0,001; по общему баллу HADS: ρ=0,944; p <0,001) и индексом Кердо (ρ=0,928; p <0,001). Обсуждение. У 88 из 120 пациентов с себорейным дерматитом выявлялось субклиническое тревожно-депрессивное состояние по шкале HADS; у 32 пациентов тревожно-депрессивных симптомов не наблюдалось. Пациенты с расстройством тревожно-депрессивного спектра имели повышенный уровень кортизола в слюне и низкий уровень качества жизни по шкале ДИКЖ по сравнению с группой без тревожно-депрессивных расстройств. Сильные корреляции наблюдались между тяжестью SD и: ИМТ (ρ ≈ 0,92), субшкалой тревожности (HADS-A, ρ ≈ 0,84), и общему баллу HADS (ρ ≈ 0,94), дисфункцией вегетативной нервной системы по индексу Кердо (ρ ≈ 0,93). Все корреляции были статистически значимы (p <0,001). **Выводы.** Полученные результаты могут указывать на вклад психо-нейро-эндокринных факторов в патогенез и рецидивирование себорейного дерматита, а также целесообразность оценки психоэмоционального статуса и состояния вегетативной регуляции у пациентов с SD. Необходимо учитывать фактор стресса, тревоги и депрессии в лечении, а также рекомендовать консультацию врача-психиатра и коррекцию массы тела.

РОЛЬ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 364 СЛУЧАЕВ

Борухович Д. Г., Заварзина Н. В., Лесная И. Н.
Санкт-Петербургский медико-социальный институт, СПб ГБУЗ КВД № 11 г. Санкт-Петербург

Введение: Рост заболеваемости новообразованиями кожи диктует необходимость поиска высокоточных, малоинвазивных и быстрых методов ранней диагностики. Стандартная дерматоскопия, являясь золотым стандартом скрининга, обладает определенными ограничениями в оценке непигментированных, пигментированных и подозрительных на эпителиальные опухоли образований. Метод жидкостной цитологии позволяет проводить анализ цитологических препаратов для выявления патологии кожи, сравнительный (дифференциальный) анализ, архивирование, дополнительные исследования (ИЦХ, ДНК ВПЧ), быстро консультировать отдельные сложные случаи.
Цель исследования: определение эффективности жидкостной цитологии как скринингового метода ранней диагностики новообразований кожи.
Материалы и методы: в 2025 году на базе межрайонной цитологической лаборатории СПб ГБУЗ КВД№ 11 были исследованы 364 образца кожи методом жидкостной цитологии с автоматизированной пробоподготовкой, приготовлением препарата и окраской по Папаниколау и электронной регистрацией цитологических заключений. Окончательный диагноз устанавли-

вался на основании гистологического исследования и/или дерматоскопии для доброкачественных процессов.
Результаты: из 364 изученных случаев 32 были представлены доброкачественными новообразованиями кожи 93 — злокачественными новообразованиями и 239 — неопухолевыми меланоцитарными образованиями. При анализе диагностических методов была отмечена высокая степень сопоставления клинико-инструментальных данных (97,5% для доброкачественных опухолей и 96,0% для меланоцитарных поражений кожи). В группе клинически и дерматоскопически сомнительных образований (n=112) цитологический анализ с поддержкой ИИ позволил корректно классифицировать 92% случаев, где дерматоскопия давала неоднозначную картину (например, дифференциация между базалиомой и трихоэпителиомой; себорейным кератозом и плоскоклеточным раком). С учетом полученных результатов совокупная диагностическая чувствительность цитологического метода составила 94,1 ± 2,3%, специфичность — 89,3 ± 4,9%, точность — 92,4 ± 2,1%, позитивная и негативная предсказательные значимости — 96,5 ± 0,9% и 76 ± 13,9% соответственно.
Заключение: таким образом, жидкостная цитология является быстрым, надёжным и достаточно точным методом скрининговой диагностики новообразований кожи, высоко коррелирующим с клинико-инструментальными исследованиями.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВЧГ

Карпова О. А.
Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаул»
г. Барнаул

Введение. Рост себорейного дерматита (СД) нельзя объяснить только генетикой. Доказано влияние экологических факторов природной, производственной среды на активное размножение spp. Malassezia, основную причину воспаления, зуда, появления перхоти на коже головы при СД. При лечении СД длительное и бесконтрольное применение противогрибковых средств может приводить к росту резистентности spp. Malassezia, что связано с их способностью адаптироваться к действию антимикотиков, особенно местных азолов, например, кетоконазола. В результате стандартные схемы терапии становятся неэффективными, что требует увеличения продолжительности лечения или смены препарата. Для предотвращения развития резистентности применяются новые противогрибковые компоненты. Так в состав шампуня входят пироктон оламин, климбазол, полидоканол, карбамид, Д-пантенол. Пироктон оламин — новый противогрибковый (против грибка Malassezia) и противомикробный активный ингредиент, который успокаивает кожу головы и уменьшает шелушение. Нормализует работу сальных желез, устраняя благоприятные условия для размножения грибов и бактерий. Способствует улучшению роста волос. Климбазол — противогрибковый компонент, не вызывает привыкания, подавляет рост грибка и способствует предупреждению образования перхоти. Полидоканол успокаивает чувствительную кожу головы, снижает чувствительность рецепторов. Дополнительными компонентами шампуня являются: карбамид (мочевина), который предохраняет кожу от сухости, и Д-пантенол, который улучшает структуру волос, укрепляя и защищая их от воздействия неблагоприятных внешних факторов. Шампунь содержит мягкие ПАВ и имеет pH 5,5, за счет чего мягко очищает волосы и кожу головы. Бальзам-ополаскивателя от перхоти с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом предназначен для ухода за волосами после мытья при перхоти, избыточной сальности волос и жирной коже головы обеспечивает волосам ежедневный деликатный уход, улучшает структуру волос, защищая их от пересушивания, нормализует работу сальных желез, увлажняет кожу головы, улучшает рост волос, подходит для любого типа волос. **Цель** исследования. Оценить эффективность применения шампуня с пироктон оламином, климбазолом, полидоканолом, карбамидом, Д-пантенол и бальзама-ополаскивателя от перхоти с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом у пациентов с себорейным дерматитом, которые ранее использовали азолы, но не получили клинической эффективности.
Материал и методы. В ходе наблюдательного открытого многоцентрового исследования по определению эффективности шампуня с пироктон оламином, климбазолом, полидоканолом, карбамидом, Д-пантенолом и бальзама-ополаскивателя от перхоти с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом у пациентов с себорейным дерматитом легкой степени тяжести приняли участие: 35 пациентов в возрасте 12–69 лет. До лечения по Визуально-аналоговой шкале (ВАШ) средний показатель зуда составил 6,22, средние показатели выраженности шелушения 2,23 балла, гиперемия волосистой части кожи головы составила 1,8 балла. На момент начала исследования пациенты никакую терапию не получали. Пациенты использовали шампунь с пироктон оламином, климбазолом, полидоканолом, карбамидом, Д-пантенолом от перхоти и бальзам с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом в течении 28 дней 3 раза в неделю.
Результаты и обсуждение. При применении шампуня с пироктон оламином, климбазолом, полидоканолом, карбамидом, Д-пантенол и бальзама-ополаскивателя с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом эритема, зуд и шелушение уменьшались после первого применения. После лечения эритема снизилась на 91%, средний показатель зуда по ВАШ снизился на 88% и составил 0,77 балла, средние показатели выраженности шелушения снизился на 85% до 0,34. Все пациенты 35 (100%), применявшие средства отмечали удобство их применения и хорошие органолептические свойства. В ходе исследования нежелательных реакций зарегистрировано не было. Пациенты отметили улучшение структуры и роста волос, облегчение ухода за ними. В заключении можно сделать выводы, что шампунь от перхоти с пироктон оламином, климбазолом, полидоканолом, карбамидом, Д-пантенолом для ежедневного использования и бальзам-ополаскиватель с пироктон оламином, климбазолом, молочной кислотой и репейным маслом являются эффективными, безопасными и удобными в применении средствами терапии себорейного дерматита ВЧГ, обладающие доказанным фунгицидым и фунгистатическим действием in vitro и in vivo, не имеющим резистентности.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ АКНЕ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Даровских М. Д., Макеенко О. А., Еремина А. А., Сергеева И. Г.
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет
г. Новосибирск

Акне является одним из самых часто встречающихся дерматозов, поражающих свыше 85% населения. Наличие сопутствующей патологии способно провоцировать обострение акне, а также влиять на его течение и определять тактику лечения.
Целью данного исследования было определение коморбидных состояния у пациентов с акне, обратившихся для подбора терапии.
Материалы и методы исследования. Методом последовательной случайной выборки было отобрано 180 пациентов в возрасте от 16 до 25 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа — 60 пациентов с акне и сопутствующей патологией (45 женщин и 15 мужчин, возраст 20 [16;25] лет); 2 группа — 60 пациентов с акне без сопутствующих заболеваний (43 женщины и 17 мужчин, возраст 19 [16;25] лет), контрольная группа включала 60 пациентов с иными дерматозами (простой контактный дерматит, экзема кистей, фолликулит, крапивница, отрубевидный лишай) и сопутствующей патологией (35 женщин, 25 мужчин, возраст 21 [16;25]). Протокол обследования состоял из: сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни, клинического осмотра и анализа клинико-лабораторных данных.
Результаты. Оценка степени тяжести акне среди пациентов 1 и 2 групп: в 1-й группе акне легкой степени тяжести (комедональная форма) были у 10 (16,6%) пациентов, средней степени тяжести (папуло-пустулезная форма) у 31 (51,6%) пациента, у 18 (30%) пациентов — средне-тяжелой степени (узловатая форма), у 1 пациента — тяжелой степени (конглобатное акне). Во 2-й группе легкая степень тяжести (комедональная форма) была

у 8 (13,3%) пациентов, средняя степень тяжести (папуло-пустулезная форма) — у 35 (58,3%) пациентов, средне-тяжелая степень — у 16 (26,6%), тяжелая степень (конглобатное акне) у 1 пациента. При оценке сопутствующей патологии было выявлено 50 нозологий в 1 группе, 13 — в группе контроля. Среди заболеваний у пациентов 1 группы: у 22 (36,7%) выявили атопические заболевания (атопический дерматит, аллергический ринит, поллиноз, пищевая аллергия и бронхиальная астма), у 15 (25%) — патологию желудочно-кишечного тракта, у 11 (18,3%) — эндокринопатии и метаболические нарушения, у 10 (16,7%) — гинекологические заболевания. Структура коморбидной патологии среди пациентов 3 группы включала следующие нозологии: атопические заболевания у 8 (13,3%), патологию желудочно-кишечного тракта у 4 (6,7%), эндокринопатии и метаболические нарушения у 3 (5%), оториноларингологические заболевания у 3 (5%) пациентов.
Заключение. Частота встречаемости атопических заболеваний в группе пациентов с акне и коморбидной патологией (36,7%) соответствует общепопуляционным показателям. Статистически значимых различий в степени тяжести акне между группами с коморбидной патологией и без нее не выявлено. У пациентов с акне перечень сопутствующих заболеваний достоверно шире, чем в группе контроля, что обосновывает необходимость разработки персонализированных стратегий лечения, с учетом коморбидного статуса пациента.

СОЧЕТАНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА И СКЛЕРОДЕРМИИ: ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Або-Хадиджех М, З. А. Невозинская З. А.
1 РНИМУ им. Н. И. Пирогова; 2 ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; 3 ЦТП ФХФ РАН; 4 РУДН. г. Москва

Введение. Склероатрофический лихен и локализованная склеродермия относятся к группе заболеваний соединительной ткани и связаны с развитием склероза в очагах. Достаточно часто они возникают у одного и того же пациента. Выявление данного сочетания важно для своевременной диагностики и лечения больного. **Цель.** Оценить частоту сочетания склероатрофического лихена и локализованной склеродермии в клинической когорте, а также проанализировать распределение очагов в исследуемой группе больных. Материалы и методы. Были проанализированы данные 489 пациентов, страдающих заболеваниями соединительной ткани, среди которых были выделены случаи склероатрофического лихена. Дополнительно среди пациентов с диагнозами, относящимися к группе «Другие локализованные изменения соединительной ткани» (L94), оценивалось наличие сопутствующего склероатрофического лихена и крауроза вульвы. **Результаты.** Диагноз «склероатрофический лихен» был выявлен у 72 пациентов: 65 женщин и 7 мужчин (женщины — 89%). Распределение высыпаний было следующим: кожа туловища — 37 случаев, кожа туловища и конечностей — 26, только конечности — 5, генитальная локализация — 4 случая. Важной особенностью оказалось более частое выявление генитальных проявлений у мужчин по сравнению с женщинами (3:1). Среди 427 пациентов с диагнозами группы «Другие локализованные изменения соединительной ткани» (L94) сопутствующий склероатрофический лихен был установлен у 39 пациентов (32 женщины и 7 мужчин); еще у 18 пациенток выявлен диагноз крауроз вульвы. Обсуждение. Полученные данные демонстрируют клинически значимую коморбидность склероатрофического лихена и локализованной склеродермии, что означает необходимость активного поиска высыпаний склероатрофического лихена у больных с локализованной склеродермией, прежде всего в аногенитальной области. Относительно более частые генитальные проявления у мужчин требуют повышенной настороженности у этой группы пациентов. Наличие крауроза вульвы у пациенток из группы L94 подчёркивает важность междисциплинарного взаимодействия дерматолога с гинекологом и урологом.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В СИСТЕМЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ: АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Жукова О. В., Новожилова О. Л., Маркова Н. И.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Введение. Хронические дерматозы представляют значимую медицинскую и социальную проблему вследствие длительного рецидивирующего течения, выраженного влияния на качество жизни пациентов и необходимости постоянного медицинского наблюдения. Наряду с клиническими проявлениями заболевания пациенты испытывают психологический стресс, социальную стигматизацию и трудности адаптации, что снижает эффективность лечения и приверженность терапии. Современные модели организации дерматологической помощи рассматривают диспансерное наблюдение как комплексную систему сопровождения пациента, включающую не только медикаментозную терапию, но и образовательную и психосоциальную поддержку. В мировой практике всё большее распространение получают программы обучения пациентов, направленные на формирование навыков самоконтроля заболевания и повышение эффективности лечения.
Цель исследования. Оценить международный и российский опыт внедрения образовательных и социальных программ поддержки пациентов с хроническими дерматозами и определить их роль в совершенствовании системы диспансерного наблюдения.
Материалы и методы. Проведён аналитический обзор зарубежных и отечественных организационных моделей сопровождения пациентов с хроническими дерматозами. Изучены структурные особенности образовательных программ, формы их реализации, мультидисциплинарные подходы к сопровождению пациентов. Использованы данные национальных программ диспансерного наблюдения, публикации профильных научных обществ и материалы практического опыта медицинских организаций.
Результаты. Установлено, что в европейских странах образовательные программы интегрированы в систему медицинской реабилитации пациентов с хроническими дерматозами. Школы пациентов реализуются в виде структурированных образовательных курсов, направленных на повышение информированности пациентов, формирование навыков ухода за кожей и контроля заболевания.
В США образовательные программы для пациентов характеризуются преобладанием дистанционных образовательных программ, обеспечивающих консультативную поддержку. Преимуществами данного подхода являются широкий охват пациентов и высокая доступность образовательных ресурсов, однако уровень персонализации сопровождения ограничен.
В странах Азии и Ближнего Востока выявлена недостаточная систематизация образовательной помощи пациентам с хроническими дерматозами. Исследования демонстрируют низкий уровень информированности пациентов о профилактике обострений и особенностях ухода за кожей. Экспертные рекомендации данных регионов подчёркивают необходимость интеграции образовательных программ в программы лечения с учётом культурных и социальных особенностей пациентов.
В Российской Федерации образовательные программы для пациентов с хроническими дерматозами постепенно интегрируются в систему специализированной медицинской помощи. В ряде регионов на базе дерматовенерологических учреждений реализуются школы пациентов, направленные на повышение информированности о заболевании и обучение правилам ухода за кожей.
Практический опыт Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии показывает эффективность проведения школ пациентов в очном и дистанционном форматах. Гибридная модель обучения позволяет пациентам получать систематизированную и достоверную медицинскую информацию, ориентироваться в большом объёме специализированных данных, представленных в открытых источниках, а также получать ответы на вопросы от специалистов экспертного уровня в области дерматовенерологии. Использование онлайн-форматов расши-

ряет доступность образовательных программ и способствует вовлечению пациентов в процесс длительного диспансерного наблюдения.
Установлено, что наиболее эффективные образовательные программы включают обучение особенностям течения заболевания, правилам применения наружной и системной терапии, формирование навыков самоконтроля, методы психологической поддержки и информирование пациентов о доступных социальных ресурсах.
Обсуждение. Международный и отечественный опыт свидетельствует об эффективности включения образовательных программ в систему диспансерного наблюдения. Обучение пациентов способствует увеличению приверженности лечению, снижению частоты обострений и улучшению психоэмоционального состояния. Внедрение школ пациентов в структуру диспансерного наблюдения является важным организационным инструментом повышения эффективности медицинской, психологической и социальной реабилитации.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ ПЛАЗМЕННЫХ МИКРОРНК У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Турчик Е. В., Винник Ю. Ю., Шестерня П. А.
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Цель. Изучить профиль экспрессии циркулирующих микроРНК у пациентов с бляшечным псориазом (ПсО) и псориатическим артритом (ПсА) с учетом наличия метаболического синдрома (МС) для выявления потенциальных биомаркеров и патогенетических звеньев. **Материалы и методы:** В исследование включено 75 пациентов: 38 с ПсО и 37 с ПсА. МС диагностировался по критериям ВНОК. Для селекции микроРНК предварительно был проведен анализ дифференциальной экспрессии генов у пациентов с ПсО и ПсА в сравнении со здоровым контролем (микрочипы, id: GSE61281), был выбран пул генов с наиболее высокими показателями кратности изменения экспрессии. Далее, для выбранных генов с использованием базы данных miRTarBase были отобраны четыре микроРНК: hsa-miR-210–3p, hsa-miR-10b-5p, hsa-miR-130a-3p, hsa-miR-126–5p. Их экспрессию в плазме крови определяли методом ОТ-ПЦР в реальном времени с нормированием на hsa-miR-16. Использовались методы многомерной (PERMANOVA, SIMPER) и одномерной статистики (Mann-Whitney с поправкой Бенджамини-Хохберга). **Результаты:** Распространенность МС в группах ПсО и ПсА составила 31,58% и 40,54% соответственно (p=0,96). Многомерный анализ (PERMANOVA) выявил значимые различия в общем профиле микроРНК между группами ПсО и ПсА (pseudo-F=7,61; p=0,003). Наибольший вклад в межгрупповые различия вносили hsa-miR-130a-3p (57,3%, p=0,001) и hsa-miR-10b-5p (22,5%, p=0,02). У пациентов с ПсА экспрессия hsa-miR-130a-3p была повышена на 2,74 раза (p=0,0008), а hsa-miR-10b-5p — на 1,43 (p=0,02) по сравнению с группой ПсО. AUC для дифференциальной диагностики ПсА/ПсО составила 0,73 и 0,65 соответственно. Наличие МС модифицировало экспрессию исследуемых микроРНК. Для hsa-miR-130a-3p коморбидный МС ассоциировался с дополнительным повышением экспрессии в обеих группах. Для hsa-miR-10b-5p наличие МС, напротив, было связано со снижением ее уровня. Экспрессия hsa-miR-130a-3p коррелировала с уровнем глюкозы, инсулина и индексом HOMA-IR (p<0,05). Функциональный анализ выявил обогащение мишеней hsa-miR-130a-3p путями, связанными с инсулинорезистентностью, атеросклерозом, дифференцировкой Th17-клеток и остеокластов.
Выводы: Циркулирующие микроРНК hsa-miR-130a-3p и hsa-miR-10b-5p демонстрируют дифференциальную экспрессию у пациентов с ПсА по сравнению с ПсО и могут служить потенциальными биомаркерами суставного поражения. Влияние МС на их экспрессию носит разнонаправленный характер, что подчеркивает сложное взаимодействие метаболических и иммуновоспалительных путей при псориатической болезни. Полученные данные указывают на роль этих микроРНК как интегративных молекулярных звеньев, связывающих метаболические нарушения с риском развития и особенностями течения псориатического артрита.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ПАЦИЕНТКИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пилявская С.О, Заторская Н.Ф, Иноятова Л. А., Бассе Ф. Б.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) –аутоиммунное ревматическое заболевание характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра и цитоплазмы с развитием иммуновоспалительного повреждения внутренних органов, с многочисленными клиническими проявлениями и непредсказуемым течением, поражающее любые органы или системы, которое довольно часто развивается в течение нескольких месяцев или лет, со стойкими или, наоборот, быстро меняющимися клиническими проявлениями, волнообразным течением, чередованием ремиссий и обострений. Распространенность СКВ у детей от 1 года до 9 лет колеблется в пределах 1,0–6,2, а в 10–19 лет — от 4,4 до 31,1 случая на 100 тыс. детского населения. Заболеваемость составляет в среднем 0,3–0,9 случая на 100 тыс. детского населения в год. Среди пациентов в возрасте до 15 лет соотношение девочек и мальчиков составляет в среднем 4,5:1
Ювенильная СКВ, как правило, начинается подостро с рецидивирующего полиартрита, повышения температуры тела, различных кожных высыпаний, усиленного выпадения волос, нарушения аппетита, сна, недомогания, слабости, потери веса.
Цель. Проведение дифференциальной диагностики ювенильной СКВ у пациентки 13 лет, первично наблюдавшейся с диагнозом атопический дерматит (АД).
Материалы и методы. В детский дневной стационар филиала «Юго-Западный» в октябре 2025 г. поступила девочка 13 лет, с направительным диагнозом «Атопический дерматит, распространённая форма, стадия обострения». Из анамнеза известно у ребенка с грудного возраста периодически отмечались зудящие высыпания на фоне алиментарных факторов. Обострения ежегодные, с улучшением в летний период, во время пребывания на море. Амбулаторная терапия: антигистаминные препараты, ТГКС, такролимус мазь 0,03%, эмоленты, с достаточным клиническим эффектом. С июля 2025 г, выраженное ухудшение кожного процесса на фоне интенсивной инсоляции, солнечного ожога. Амбулаторная терапия — ТГКС с минимальным эффектом. Изменения в лабораторных анализах появились с августа 2025 года (снижение гемоглобина, цитопения, повышение СОЭ) В сентябре 2025 года обращалась к педиатру, неврологу с жалобами на быструю утомляемость, сонливость, выпадение волос, кожные высыпания. В виду неэффективности амбулаторной терапии ТГКС по поводу обострения атопического дерматита пациентка была направлена на лечение в дневной стационар филиала «Юго-Западный». При поступлении: общее состояние удовлетворительное. При осмотре кожных покровов наблюдались типичные проявления атопического дерматита: сухость кожи, хейлит, множественные зудящие высыпания на коже лица, шеи, туловища, конечностей — эритема, папулы, эритематозно-сквамозные элементы, очаги лихенизации кожи на задней поверхности шеи, в области локтевых и коленных сгибов), белый дермографизм, однако, обращали на себя внимание симптомы не свойственные атипическому дерматиту: диффузное разряжение волос (pull-тест положительный), на коже лица — в области скул, с переходом на переносицу эритема ярко-розового цвета, с четкими границами, выраженным шелушением, сетчатое ливедо на верхних и нижних конечностях. Слизистые оболочки интактны. В период госпитализации присоединились жалобы скованность, болезненность межфаланговых суставов кистей. В анализах ОАК отмечалось снижение гемоглобина общий –110 г/л (112–146), лейкопения — 3.07x10^9/л (3.84–9.84), нейтропения –1.46x10^9/л (1.54–7.47), повышение СОЭ (по Вестергрену) 23 мм/ч (2–20), в моче ОАМ — Лейкоциты 16.60 к-во/мкл (0.00–9.20); б/х анализ крови: повышение АСТ 82.20 ЕД/л (13.00–35.00), повышение АЛТ 106.00 ЕД/л (7.00–35.00). Девочка была дообследована в ДС — определение специфических аутоантител класса IgG
иммуноблот RNP/Sm (RNP/Sm) 19 +, Sm (Sm) 9 (+), dsDNA (dsDNA) 15 +, Нуклеосомы (NUC) 32 ++, Гистоны (HI) 25 +, Рибосомальный протеин (RIB) 55 +++, Контроль (Ко) 33 ++.

Заключение: аутоантитела класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам обнаружены. Направлена на консультацию к ревматологу в Центр детской ревматологии Морозовской ДКБ, где был выставлен предварительный диагноз «М32.1 — Системная красная волчанка с поражением других органов или систем. Дебют СКВ?». Ребенок был экстренно госпитализирован в отделение ревматологии МДГКБ для дальнейшего обследования и лечения. Консультирована главным внештатным детским специалистом ревматологом, руководителем центра детской ревматологии ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ». д.м.н., профессором Жолобовой Е.С с установлением диагноза: «Системная красная волчанка (в дебюте центробежная эритема, алопеция, артрит, цитопения, Кумбс-положительная гемолитическая анемия, гипокомплементемия, АНФ + (1:2560); АТ к дв.ДНК >800,0 МЕ/мл, антитела к нуклеосомам >200,0, антитела к гистонам 89,6), средняя степень активности, острое течение». С патогенетической целью назначена терапия ГКС из расчета 1 мг\кг\сут, цитостатическая терапия гидроксихлорохином и микофенолатом мофетил из расчета 600мг\м2/разовая доза, с иммуномодулирующей целью девочка получила ВВИГ. В удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение педиатра, ревматолога по месту жительства.

Выводы. Ювенильная СКВ по сравнению с СКВ у взрослых отличается острым началом, выраженным полиморфизмом и тяжелым течением, большей частотой рецидивов, что обуславливает более высокие показатели летальности. Клинические проявления ювенильной СКВ на ранних этапах могут быть идентичны атопическому дерматиту, особенно при наличии АД в анамнезе у пациента. При подозрении на СКВ рекомендовано обследование в условиях круглосуточного ревматологического стационара.

СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Провизион Л. Н., Шатилов А. В.
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск; ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР, г. Луганск

Актуальность. Среди патологии кожи, встречающейся в практике врача-дерматовенеролога, имеются заболевания с определенной излюбленной локализацией в области половых органов, при чем данная локализация является единственной или преимущественной (склеродермия, склероатрофическийлихен, лейкоплакия, крауроз и др.). Лихенсклерозирующий и атрофирующий (ЛСА) — это хроническое рецидивирующее заболевание, развивается медленно, может спонтанно разрешаться, быть в активной форме в течение многих лет, и рассматривается как одна из форм поверхностной склеродермии с выраженной резистентностью к медикаментозной терапии. В этиопатогенезе заболевания играют роль аутоиммунные реакции. Выявлены аутоантитела к внеклеточному белку матрикса (ECM-1) и коллагену XVII типа, нарушения функции фибробластов. Не исключена роль триггерных факторов. ЛСА относится к предраковым состояниям, плоскоклеточный рак развивается в 3% случаев. Клинические проявления ЛСА — полиморфны и представлены полигональными папулами, фарфорово-белыми бляшками, эритемой, атрофией, телеангиоэктазиями, пурпурой, склерозом, эрозиями, пузырями. Субъективные ощущения представлены зудом, болезненностью, диспаренурией, дизурией. Локализуются высыпания на головке полового члена, препуциальном мешке, крайней плоти. Ствол полового члена и мошонка поражаются редко. Во многих случаях ЛСА с локализацией на половом члене диагностируется как фимоз. В последующем при ЛСА формируется рубцовое сморщивание, вторичный рубцовый фимоз, склерозируется уздечка, сужается отверстие уретры. **Цель** работы: описание клинического случая кольцевидной формы склероатрофическоголихена на половом члене с осложнением в виде фимоза.В ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР направлен на госпитализацию больной Г. 18 лет с диагнозом: Баланопостит, осложненный фимозом. Жалобы при поступлении на отек крайней плоти, болезненность. Лечился по месту жительства, когда заметил белые пятна на коже головки полового члена и уздечки. Принимал противокандидозное лечение — общее и местное; антибиотики. Так продолжалось более 2-х месяцев без улучшения с нарастающим фимозом. Больной направлен на госпитализацию в республиканский диспансер. При осмотре — крайняя плоть ярко гиперемирована, резко отечна, уплотнена при пальпации, болезненна, головка не открывается, свободных выделений не отмечено. Обследован: реакция микропреципитации на сифилис отрицательная, при микроскопическом исследовании материала патогенные грибы не найдены. Для снятия островоспалительных явлений назначены: антибиотики, метрогил, мочегонные препараты, наружная терапия. После разрешенияворспалительных проявлений фимоза, на головке полового члена, уздечке имелись фарфорово-белые бляшки с четкими границами, различных размеров и конфигурации с атрофией на их поверхности. На коже препуциального мешка на уровне венечной борозды кольцевая фиброзная перетяжка шириной до 5 мм, беловатой окраски. Назначено лечение: бициллин-3, препараты никотиновой кислоты, аскорбиновая кислота, ректальные свечи с лонгидазой, комбинированные мази с глюкокортикостероидами на очаги поражения. Установлен диагноз: Склероатрофическийлихен, кольцевидная форма. **Выводы:** данный клинический случай демонстрирует особенности течения кольцевидной формы склероатрофическоголихена на половом члене с развитием осложнения в виде фимоза.

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ КОЖИ

Калганова А. Н., Музыченко А. П.
Белорусский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом повышения квалификации и переподготовки г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Хронический зуд кожи является актуальной проблемой современности, которая находится на стыке нескольких медицинских специальностей, поскольку причиной зуда могут выступать не только дерматологические заболевания, но и большое количество эндокринной патологии. Согласно Международному форуму по исследованию кожного зуда, зуд в течение 6 недель и более относят к хроническому. Изменение кожных покровов и придатков кожи могут быть первым и длительное время единственным проявлением патологического процесса, побуждающим пациента обратиться за медицинской помощью. При эндокринных заболеваниях довольно часто пациенты отмечают сопутствующее поражение кожи и придатков, что усложняет ведение данных пациентов.

Цель: определить структуру эндокринной патологии у пациентов с жалобами на хронический зуд кожи.

Материалы и методы. Критерии включения в исследование: пациент с жалобами на зуд более 6 недель. Возраст пациентов составлял от 18 до 80 лет. Первичное обследование пациента включало сбор анамнеза жизни и заболеваний, анализ сопутствующей патологии, оценка локального статуса, лабораторная и инструментальная диагностика. Критерии исключения из исследования: отсутствие информированного согласия пациента, первичные кожные элементы. Обработка данных производилась при помощи программы «Statistica 10».

Результаты и обсуждение. Обследован 91 пациент с жалобами на зуд кожи. Эндокринная патология была диагностирована у 26 (29%) обследованных пациентов. В структуре выявленной эндокринной патологии преобладал сахарный диабет 2 типа — 17 пациентов (65,4% от числа пациентов с эндокринопатиями), ожирение диагностировано в 50% случаев — 13 человек, наличие заболеваний щитовидной железы — 13 (50,0%) пациентов. Наиболее частой патологией щитовидной железы являлся аутоиммунный тиреоидит у 6 пациентов и гипотиреоз в 5 случаях. У 20 пациентов (76,9%) отмечалось сочетание двух и более эндокринных заболеваний.

Выводы: хронический кожный зуд нередко ассоциирован с эндокринной патологией. Правильная и своевременная интерпретация изменений кожных покровов и придатков кожи при эндокринных заболеваниях, а также междисциплинарное взаимодействие врачей общей практики, врачей-

эндокринологов и врачей-дерматологов могут повысить эффективность диагностики и лечения пациентов с жалобами на зуд кожи, предупредить развитие осложнений, улучшить качество жизни.

ТОПИЧЕСКАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В., Корсунская И. М.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»; ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук
г. Москва

Актуальность. Локализованная склеродермия (ЛС) характеризуется формированием фиброза кожи и подкожных тканей с развитием функциональных нарушений и косметических дефектов. Стандартные методы терапии ЛС не всегда обеспечивают достаточную эффективность и могут сопровождаться нежелательными явлениями. Фотодинамическая терапия (ФДТ), основанная на селективной фотоактивации сенсибилизатора в патологических тканях, представляет собой перспективный подход за счет способности индуцировать апоптоз фибробластов и модулировать процессы фиброгенеза. **Цель** исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность топической ФДТ с фотосенсибилизатором Димеглюмин Хлорина Е 6 в составе комбинированной терапии у пациентов с активной формой локализованной склеродермии. Материалы и методы. В исследование включена группа из 45 пациентов (34 женщины и 11 мужчин) с активной формой локализованной склеродермии, со средним возрастом 49,3 ± 14,9 (min — 21, max — 74 года) года и средней длительностью заболевания 5,2 ± 4,8 года (min — 0.5 года, max — 19 лет). Всем пациентам на фоне продолжающейся стандартной терапии был проведен курс топической ФДТ по оригинальному протоколу. Процедура ФДТ включала три этапа: 1) нанесение 0,5% геля Димеглюмин Хлорина Е 6 (0,2 мл/см²); 2) экспозиция 30 мин в условиях минимального освещения; 3) фотоактивация аппаратом «ЛАТУС-Т Маска» (660±10 нм, 100 Дж/см²). Курс составил 3–5 процедур. Оценка эффективности проводилась до лечения, через 3 и 6 месяцев после завершения курса ФДТ и включала клинический осмотр, ультразвуковое исследование кожи с оценкой толщины эпидермиса, толщины и плотности дермы, а также субъективные ощущения пациентов.
Результаты исследования. У всех пациентов зафиксирована положительная динамика по данным ультразвукового исследования кожи, сохранявшаяся в течение 6 месяцев наблюдения. В качестве примера приводим описание клинического случая. Пациент в возрасте 40 лет с бляшечной ЛС, протекающей на фоне коморбидной аутоиммунной патологии (тиреоидит, псориаз, витилиго) в течение 15 лет. Предшествующая терапия топическими кортикостероидами и бензилпенициллином без эффекта. Комбинированная терапия с включением ФДТ продемонстрировала выраженную положительную динамику. По данным УЗИ через 6 месяцев: толщина эпидермиса уменьшилась с 65 мкм до 48 мкм (–26%), толщина дермы снизилась с 3005 мкм до 1950 мкм (–35%), плотность дермы (DUB) — с 39,7 до 30,2 усл.% (–24%), градиент плотности — с 84 до 63 усл.% (–25%). Клинически наблюдалось выраженное уменьшение плотности и площади склеротических бляшек, восстановление эластичности кожи и регресс воспалительных явлений. Субъективно пациент отметил повышение эластичности кожи и уменьшение дискомфорта в области очага. Переносимость процедур была хорошей с минимальными и преходящими местными реакциями в виде нестойкой слабовыраженной эритемы. В процессе наблюдения за пациентами всей выборки топическая ФДТ продемонстрировала не только высокую частоту объективного ответа, но и его устойчивость в течение полугода наблюдения. **Заключение.** Разработанный протокол комбинированной терапии с включением топической фотодинамической терапии на основе фотосенсибилизатора Димеглюмин Хлорина Е 6 может быть рекомендован для лечения активной локализованной склеродермии, включая резистентные к стандартной терапии формы заболевания. Продемонстрирован достоверный регресс фиброза, подтверждённый данными ультразвукового исследования и клинического осмотра. Полученные результаты и благоприятный профиль переносимости обосновывают целесообразность включения топической фотодинамической терапии на основе фотосенсибилизатора Димеглюмин Хлорина Е 6 в современные алгоритмы лечения активных и резистентных форм локализованной склеродермии.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА

Орлова К. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Юго-Западный»
г. Москва

Актуальность. Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) — это редкое системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением поперечнополосатой мускулатуры и кожи. В детской практике ЮДМ часто манифестирует с кожных признаков, которые могут имитировать более распространенные дерматозы, такие как атопический дерматит (АД) или красный плоский лишай (КПЛ). Сходство папул Готтрона (патогномоничный признак ЮДМ) с полигональными папулами КПЛ, а также локализация высыпаний в области суставов, часто приводит к ошибочной диагностике. Несвоевременное начало системной терапии при ЮДМ повышает риск инвалидизации и тяжелых системных осложнений.
Цель. Проведение дифференциальной диагностики ювенильного дерматомиозита у пациента, первично наблюдавшегося с диагнозами КПЛ и АД.
Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент Б., 10 лет. При поступлении предъявлял жалобы на высыпания на лице, кистях, сгибательных и разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сопровождающиеся зудом. Анамнез был отягощен по атопии (АД у отца), сам пациент ранее получал лечение по поводу АД без стойкого эффекта. При осмотре: эритематозно-сквамозные очаги на лице (симптом «гелиотропных очков») и ярко-розовые полигональные папулы над межфаланговыми и крупными суставами (папулы Готтрона), имеющие восковидный блеск, типичный для красного плоского лишая.
В ходе дообследования был выявлен ключевой биохимический маркер — значительное повышение уровня креатинфосфокиназы (КФК), что в совокупности с нарастающей мышечной слабостью позволило верифицировать диагноз: Ювенильный дерматомиозит.
Выводы. Клинические проявления ЮДМ на ранних этапах могут быть идентичны морфологии красного плоского лишая и атопического дерматита, особенно при наличии атопического анамнеза у пациента. Всем пациентам с лихеноидными высыпаниями и эритемой в области суставов, резистентными к стандартной терапии дерматитов, необходимо проводить исследование уровня мышечных ферментов (КФК, ЛДГ) и исключать системные заболевания соединительной ткани. КПЛ в детском возрасте должен рассматриваться как диагноз исключения, требующий тщательной дифференциальной диагностики с дерматомиозитом.

УРТИКАРНАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ЛИНЕЙНОМ IGA-ЗАВИСИМОМ БУЛЛЁЗНОМ ДЕРМАТОЗЕ

Арасланова А. Р., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Нецветаева Е. А.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Юго-Западный»
г. Москва

Введение. Линейный IgA-зависимый буллёзный дерматоз (LABD) — это редкое аутоиммунное заболевание, поражающее кожу и слизистыеобо-

лочки и характеризующееся субэпидермальным линейным отложением иммуноглобулина А (IgA) вдоль базальной мембраны. Несмотря на минимальную изученность данной нозологии, LABD является наиболее частой хронической аутоиммунной буллёзной болезнью у детей. Средний возраст начала — 4,5 года. LABD также встречается у новорождённых и характеризуется более неблагоприятным прогнозом. Золотой стандарт диагностики LABD основан на прямой иммунофлуоресценции. Большинство случаев детского LABD являются идиопатическими, но часто отмечается корреляция с перенесёнными инфекциями. Так же сообщалось о генетической связи между IgA-зависимым буллёзным дерматозом и HLA-B8, HLA-DR3, HLA-DQ2, HLA-CW7. Дапсон эффективен как в качестве монотерапии, так и в сочетании с кортикостероидами, антибиотиками, или колхицином.
Цель. Описание клинического случая IgA-зависимого буллёзного дерматоза.
Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациента, представленного в клиническом случае. Клинический случай Пациент Ч., 8 лет, впервые обратилась в клинико-диагностическое отделение Филиала Юго-Западный 20.10.25 с жалобами на зудящие высыпания на коже подмышечных областей, спины, ягодиц, голеней, тыльной и ладонной поверхностей кистей. Кожный патологический процесс представлен полиморфными уртикарными высыпаниями, пятнами розового цвета с чёткими границами. На слизистой оболочке нижней губы отмечаются единичные пузырьки. Со слов матери в феврале 2025 года ребёнок перенёс аденовирусную инфекцию с тяжёлым конъюктивитом, после разрешения которой через 14 дней конъюнктивит рецидивировал. Впервые высыпания возникли в марте 2025 года во время пребывания за пределами РФ. После возвращения домой появились новые везикулёзные болезненные высыпания, ресцененные и пролеченные, как герпетическая инфекция. В этот же период возникли повторные явления конъюнктивита. Ребёнок был госпитализирован в больницу им. Башляевой, где взята биопсия, по результатам которой выставлен диагноз идиопатической крапивницы. На гормональной терапии высыпания разрешаются, но после отмены — новое обострение. В августе 2025 года впервые обнаруживаются пузырьки на коже, слизистой рта и гениталиях. В октябре 2025 года начато обследование в клинико-диагностическом отделении Филиала Юго-Западный. Лабораторно определены IgG к вирусам герпеса 1, 3 и 5 типов. Общий IgE119.9, сенсибилизации к специфическим антигенам не выявлено. Ввиду пересмотра диагноза с подозрением на уртикарный васкулит и дерматит Дюринга, проведена повторная биопсия поражённых участков кожи, один из которых был исследован с помощью прямой иммунофлуоресценции. Получен ответ: IgA-линейный дерматит. В условиях стационара выполнен анализ на дефицит глюкозы-6-фосфат дегидрогеназы (Г6ФД), уровень метгемоглобина в крови. По решению врачебной комиссии назначен дапсон в дозировке 1–2 мг/кг/сут (Off-Label) в два приёма до полного разрешения высыпаний с последующим снижением дозировки до поддерживающей.
Выводы. Представленный клинический случай описывает уникальное проявление IgA-зависимого буллёзного дерматоза, указывающего на сложность дифференциальной диагностики со схожими нозологиями, чьими первичными морфологическими элементами являются уртикарии. В настоящее время отмечается рост случаев LABD у детей. Это может быть связано как с генетической восприимчивостью, сопутствующими состояниями и инфекциями, так и лучшей выявляемостью благодаря диагностике с помощью метода прямой иммунофлуоресценции. Учитывая полиморфизм клинических проявлений данного состояния, требуется особая настороженность со стороны клиницистов в отношении своевременной диагностики.

ФРОНТАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Волкова С. Б., Беленкова А. А.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный»
г. Москва

Введение. Фронтальная фиброзная алопеция — это хроническое воспалительное заболевание, форма рубцующейся алопеции, характеризующееся постепенным симметричным рубцовым выпадением волос преимущественно на границе роста в лобной и височной областях кожи головы. Данная патология относится к редким видам рубцовой алопеции и чаще всего встречается у женщин в постменопаузе, однако может проявляться и у мужчин, а также у женщин репродуктивного возраста. Клинические проявления. Клинические формы фронтальной фиброзной алопеции на приеме дерматолога могут значительно различаться по выраженности и распространенности процесса. В классическом варианте отмечается постепенный «подъем» линии роста волос в области лба с формированием линии атрофии шириной от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Волосы в очаге дистрофичные, одиночные, веллус отсутствует, кожа блестящая и натянутая, часто процесс сопровождается папулами в области висков. В редких случаях вовлекаются брови, ресницы, а также другие участки тела с терминальными волосами. Иногда заболевание протекает малозаметно, что затрудняет раннюю диагностику, а значит ухудшает прогнозы в плане лечения. Диагностика. Фронтальная фиброзная алопеция требует особого подхода со стороны дерматолога. При выраженной клинической картине установление диагноза не представляет затруднений, однако есть и слабо выраженные формы, где даже сам пациент не замечает изменений. Диагноз подтверждается на основании клинической картины, дерматоскопии и, при необходимости, гистологического исследования. Лечение. На сегодняшний день четких, стандартизированных утвержденных Минздравом клинических рекомендаций по лечению фронтальной фиброзной алопеции не разработано. В терапии применяются схемы, аналогичные лечению плоского волосяного лишая: топические и системные кортикостероиды, гидроксихлорохин, ингибиторы кальциневрина, ретиноиды и антиандрогены. Подбор терапии проводится индивидуально с учетом активности процесса и сопутствующих заболеваний. **Выводы.** Важной частью ведения пациентов является обсуждение перспектив терапии. Необходимо информировать пациента о том, что восстановление волос в зоне поредения невозможно из-за рубцового характера процесса. Главная цель терапии — остановить или замедлить прогрессирование заболевания, минимизировать дальнейшее выпадение волос и улучшить качество жизни пациента. Таким образом, фронтальная фиброзная алопеция — это тип первичной лимфоцитарной рубцовой алопеции, которая приводит к необратимой потере волос, сложная для диагностики и лечения патология, требующая особого внимания как пациента, так и индивидуального подхода к лечению врача-дерматовенеролога.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ

Зубрилина А. М., Заславский Д. В., Садыков А. И., Быхалов В. И., Петрова Е. В., Булина О. В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи»
г. Санкт-Петербург

Введение. Атопический дерматит — это воспалительное заболевание кожи на развитие которого влияет множество факторов: генетическая предрасположенность в виде дефекта белка филаггрина; экзогенные и эндогенные триггеры; наличие коморбидных заболеваний. Для атопического дерматита характерно хроническое рецидивирующее течение, сопровождающееся возрастными особенностями очагов поражения. Распространенность атопического дерматита среди взрослого населения в России составляет 2–8%, среди детей достигает 20%. В последние годы наблюдается рост заболеваемости во всем мире, что разные авторы связывают с нарушением питания и ранним воздействием аллергенов. В настоящее время основной тактикой врача-дерматолога является не только терапия обострений заболевания, но и использование мер профилактики хронизации процесса. На сегодняшний день существуют физические факторы, включение которых в схемы лечения

позволяет расширить зону клинического контроля у больных атопическим дерматитом. **Цель.** Оценить целесообразность комплексного лечения пациентов с атопическим дерматитом с включением методов физиотерапии в условиях дневного стационара «ГБУЗ ЛенобЛЦентр». Материалы и методы. На базе ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» с сентября по декабрь изучено 20 стационарных историй болезни пациентов с распространенным атопическим дерматитом средне-тяжелого течения. Для исследования выбраны 5 пациентов в возрасте от 20 до 30 лет (4 мужчины и 1 женщина) с атопическим дерматитом. Был проведен анализ историй болезни с разработкой индивидуальной карты кодирования историй болезни, проведен литературный обзор научных источников по данной теме. Для стандартизации оценки состояния и степени выраженности атопического дерматита использовали индекс SCORAD (Scording of Atopic Dermatitis), индекс EASI (Exema Area and Severity Index) и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Всем пациентам проводили стандартный набор лабораторных исследований. Пациенты получали детоксикационную, наружную терапию, антигистаминный препарат и узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм. Дозирование фототерапии UVB-311 нм проводили на основании индивидуальной чувствительности кожи и фототипа кожи по классификации Фитцпатрика. Фотосъемка пациентов проводилось в стандартных условиях камерой Fusion — 24 mm. **Результаты.** В результате анализа выявлено, что все пациенты имели выраженные клинические проявления: эритему, инфильтрацию, зуд очагов поражения. Комплексная оценка клинико-функционального состояния больных показала, что течение заболевания в 100% отягощает сопутствующая патология аллергического генеза (поллиноз, аллергические реакции на продукты питания, шерсть животных и домашнюю пыль). Триггером у 90% пациентов являлся психоэмоциональный стресс, нарушение диеты — 10%. Показатели клинического анализа крови и общего анализа мочи находились в пределах референсных значений. Показатели биохимического исследования крови имели незначительные отклонения: повышение АСТ, АЛТ — у 15%; повышение общего билирубин и холестерина — у 10%. До терапии у всех пациентов отмечен повышенный показатель ДИКЖ — среднее значение 16,4 балла, что интерпретируется как очень сильное влияние. Более тяжелое течение по клинической картине, индексам SCORAD и EASI наблюдались у пациентов с высоким показателем дерматологического индекса качества жизни. Обсуждение. В исследовании продемонстрировано снижение индекса SCORAD на 29, 5 баллов и EASI на 9,02 балла, что свидетельствует о стабилизации клинических проявлений. При воздействии ультрафиолета в эпидермисе нарастает содержание цис-урокановой кислоты, что запускает синтез холекальциферола и подавляет иммуногенез. Продукты фотодеструкции вызывают образование иммуноглобулинов, вызывают дегрануляцию тучных клеток, выделение фактора активации тромбоцитов. Происходит формирование эритемы, приводя к снижению отека, подавлению инфильтративно-экссудативной фазы воспаления сегментарно подлежащих тканей. Так же в исследовании отмечено снижение интегрального показателя ДИКЖ в среднем на 10,8 балла, что указывает на положительное влияние комплексной терапии на качество жизни пациентов, особенно по характеристикам повседневной активности, личных отношений, а также состояния на работе или учебе. Вышеперечисленное подтверждает целесообразность комплексного лечения пациентов с атопическим дерматитом с включением методов УФ-терапии в условиях дневного стационара.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОНИХОМИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЦР

Сергеев Д. А., Еремина А. А., Фоменко Н. В., Часнык А. С., Шипунов М. В., Сергеева И. Г.
Новосибирский государственный университет
г. Новосибирск

Введение. Сахарный диабет является системным метаболическим заболеванием, сопровождающимся нейропатией и микроангиопатией, что ведет к глубоким нарушениям трофики тканей и снижению местной резистентности кожи. Данные факторы делают пациентов с сахарным диабетом крайне уязвимыми к развитию онихомикоза, который нередко приобретает хронический характер и может служить входными воротами для вторичной бактериальной инфекции. Основной практической проблемой остается диагностическая неоднозначность: трофические и травматические онихопатии при сахарном диабете визуально трудноотличимы от грибкового поражения, в связи с чем решающее значение приобретает лабораторная верификация методом ПЦР.
Целью исследования было оценить частоту и видовой состав возбудителей онихомикоза у пациентов с сахарным диабетом по данным ПЦР. Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов медиана возраста 66,5 [51;71]. Молекулярно-генетическую диагностику проводили методом ПЦР в режиме реального времени с гибридизационно-флуоресцентной детекцией на материале соскобов с ногтевых пластинок (разработчик АО «Вектор-Бест», Новосибирск). Использованная панель реагентов позволяла качественно дифференцировать ДНК Microsporum canis, Microsporum gypseum, Trichophyton spp., Epidermophyton floccosum, Trichophyton rubrum, Malassezia spp., Aspergillus fumigatus, Aspergillus flavus, Aspergillus niger, Aspergillus terreus, Candida albicans. Тяжесть поражения ногтей оценивалась на основании индекса SCIO.
Результаты. Полученные результаты показали, что среди обследованных наиболее часто выявлялись представители группы дерматофитов: ДНК Trichophyton spp. была обнаружена у 7 (15,2%), при этом видоспецифическая детекция T. rubrum зарегистрирована у 4 (8,7%). ДНК дрожжеподобных грибов Candida albicans выявлена у 3 (6,5%), плесневые грибы Aspergillus niger верифицированы у 1 (2,2%). Установлено, что наличие ДНК Trichophyton spp. ассоциировано с более выраженной клинической картиной: медиана индекса тяжести SCIO составил 27 [10,5; 30] для T. rubrum 27 [19,5; 30], для Candida albicans 24 [15; 25].
Выводы. Таким образом, в этиологической структуре онихомикоза у пациентов с сахарным диабетом доминируют дерматофиты рода Trichophyton spp., наличие которых коррелирует с наиболее тяжелым поражением ногтевых пластинок.
Заключение. Применение метода ПЦР в реальном времени обеспечивает точную верификацию возбудителей в условиях атипичной клинической картины, позволяя своевременно идентифицировать как дерматофиты, так и дрожжеподобные или плесневые грибы в патологическом процессе для оптимизации тактики лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТИВОГРИБКОВОГО ПРЕПАРАТА В ФОРМЕ СПРЕЯ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Рогожникова Е.П.[1], Ротанов С.В.,[2] Марданлы С.Г.[3]
1 АО «ЭКОлаб», Электрогорск
2 ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, п. Оболенск
3 ГОУВО МО «ГГТУ», Орехово-Зуево

Введение. В период действия санкционных ограничений в отношении России актуальны экономическая и сырьевая независимость предприятий фармакологической промышленности; остро поставлен вопрос расширения ассортимента выпуска отечественных лекарственных средств и замещения зарубежных аналогов.
Тербинафин относят к производным группы аллиламина с антимикотическим действием в отношении дерматофитов. Попадая внутрь гриба, препарат ингибирует функциональную активность фермента скваленэпоксидазы, что через этап избыточного накопления сквалена и дефицита его производного эргостерина приводит к гибели патогена; фунгистатический или фунгицидный эффект действия зависит от достигаемой концентрации в окружающей среде. Тербинафин хорошо переносится больными при приеме внутрь, что позволяет дерматологам успешно применять его при дерматомикозах; но для терапевтического эффекта в ряде случаев показано его локальное нанесение в форме наружного средства (крема, геля или спрея).
Цель исследования. Разработка регламента отечественного производства новой формы противогрибкового препарата (тербинафин) в виде спрея для

наружного применения; освоение аналитических методик, рекомендуемых статьями Государственной фармакопеи РФ для обеспечения качества.
Методы. Эксперименты на беспородных белых крысах и мышах. Анализ результатов клинических испытаний, проведенных с новым составом препарата в форме спрея.
Результаты. Состав новой отечественной лекарственной формы тербинафина в форме спрея для наружного применения включал: тербинафина гидрохлорид (1,0 г), пропиленгликоль (5,0 г), спирт этиловый (25,0 г), макрогола цетостеариловый эфир (2,0 г), ароматизатор лимонный (0,1 г) и воду очищенную (до 100 мл).
Разработана технология выпуска формы спрея и адаптированы условия на существующей производственной линии. Подготовлен комплект аналитических методик контроля качества (определение действующего вещества и примесей), оценена стабильность и сроки годности (методом «ускоренного хранения» и в реальном времени).
В экспериментах на лабораторных животных при накожном нанесении препарата в максимально технически достижимых дозах (до 5000 мг/кг у крыс 1 раз в сутки 30 дней) признаков интоксикации не наблюдали. При конъюнктивальном нанесении в тесте непрямой дегрануляции тучных клеток не выявлено аллергизирующих свойств распыляемых форм тербинафина. Данные экспериментов подтвердили принадлежность тербинафина-спрея к IV классу малотоксичных лекарств.
Испытания терапевтической эквивалентности, эффективности и безопасности препарата проведены в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» с соблюдением действующих правовых и организационных требований. Пролечены 30 мужчин и женщин с диагнозом разноцветный лишай, которым назначали тербинафин в виде спрея для наружного применения путем орошения элементов сыпи каждые 12 часов в течение 7 дней. Амбулаторные визиты к врачу осуществлялись на 8 день (окончание лечения) и 21 день (контроль). Препарат не вызывал нежелательных явлений. Данные лабораторных тестов показали полное клиническое и микробиологическое излечение микоза.
Заключение. Новый отечественный лекарственный препарат тербинафина в виде спрея для наружного применения, 1%, по результатам комплекса испытаний получил разрешение на применение в медицинских целях в России.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОМ И ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Жураева М. З.
Ташкентский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Гнездная алопеция является иммунно-опосредованным заболеванием с многофакторным патогенезом, в основе которого лежат нарушения иммунной регуляции и активация аутоиммунного воспаления. При среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания отмечается выраженная клиническая активность, резистентность к стандартным методам лечения и высокая частота рецидивов, что обуславливает необходимость применения патогенетически обоснованных терапевтических подходов.
Целью исследования явилась оценка клинико-диагностических особенностей и эффективности патогенетической терапии у пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением гнездной алопеции. Материалы и методы. В исследование были включены 110 пациентов с гнездной алопецией, которые были распределены на две группы. Контрольную группу составили 58 пациентов, получавших стандартную терапию, основную группу — 52 пациента, у которых стандартное лечение сочеталось с применением барицитиниба. Степень тяжести заболевания оценивалась с использованием индекса SALT, динамика клинического процесса дополнительно анализировалась с помощью трихоскопии.
Результаты. До начала лечения группы были сопоставимы по степени тяжести заболевания и исходным показателям SALT. В контрольной группе среднетяжёлое течение выявлено у 62,1% пациентов, тяжёлое — у 37,9%. В основной группе среднетяжёлая форма диагностирована у 67,3%, тяжёлая — у 32,7% пациентов. На фоне терапии в контрольной группе отмечалось умеренное снижение показателей SALT: при среднетяжёлом течении на 7,7%, при тяжёлом — на 8,1%, что сопровождалось сохранением признаков активности заболевания по данным трихоскопии. В основной группе снижение индекса SALT было значительно более выраженным. У пациентов со среднетяжёлым течением заболевания показатель SALT уменьшился в среднем на 50,9%, а при тяжёлом течении — на 47,4%. Трихоскопическое исследование подтвердило клинический эффект и характеризовалось уменьшением количества жёлтых и чёрных точек, снижением числа пеладных волос и увеличением доли вновь растущих волос.
Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической эффективности барицитиниба при среднетяжёлых и тяжёлых формах гнездной алопеции. Включение препарата в комплексную терапию позволяет достоверно снизить выраженность выпадения волос и улучшить клинико-диагностические показатели по сравнению со стандартным лечением. **Заключение.** Несмотря на положительные результаты, сохраняется необходимость дальнейшего поиска и изучения новых патогенетических подходов, направленных на повышение эффективности терапии и достижение устойчивой ремиссии у пациентов с гнездной алопецией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ УФБ-311 НМ, ТАКРОЛИМУСОМ И ГКС У БОЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫМ ВИТИЛИГО

Ибрагимов О. Д., Азизов Б. С., Хан А. А.
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

Российский университет дружбы народов, кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии, г. Москва

Актуальность. Сегментарное витилиго — хроническое дерматологическое заболевание, характеризующееся стойкими, ограниченными по площади депигментированными участками кожи, проявляющимися в пределах одного дерматома. Заболевание нередко развивается в молодом возрасте и быстро достигает стабильной стадии, после чего становится трудным для лечения. В условиях клинической практики Республики Узбекистан стандартная терапия витилиго включает витамины, антиоксиданты и иммуномодуляторы, однако их эффективность при сегментарной форме ограничена. Зарубежные данные показывают, что сочетание фототерапии и ингибиторов кальциневрина способствует более выраженной репигментации. Однако в отечественной практике комбинированные подходы при сегментарном витилиго применяются недостаточно часто, а результаты таких схем в условиях стационара требуют дополнительного анализа.
Цель исследования. Оценка клинической эффективности комбинированной терапии, включающей системные глюкокортикостероиды, УФБ-311 нм и наружный такролимус, у больных сегментарным витилиго в сравнении со стандартной схемой лечения. Материал и методы исследования. В условиях стационара Республиканской кожно-венерологической клинической больницы было динамически обследовано 28 пациентов с сегментарным витилиго. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=13), получавшую стандартную терапию (витамины, антиоксиданты, иммуномодуляторы), и контрольную (n=15), которой проводилась комбинированная терапия, включающая системные глюкокортикостероиды, узкополосную УФ-фототерапию (УФБ-311 нм) и наружное применение такролимуса. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Эффективность терапии оценивалась по динамике индекса распространённости витилиго (VASI) и наличию новых очагов депигментации. **Результаты** исследования. У пациентов контрольной группы, получавших комбинированную терапию, отмечено более выраженное снижение индекса VASI (в среднем –2,8), чем у пациентов основной группы (–1,1). Новые очаги депигментации в течение периода наблюдения развились у 2 из 15 пациентов контрольной группы против 6 из 13 в основной группе. Визуально оцененная степень репигментации также была выше в группе с УФБ-311 нм, такролимусом

и ГКС. Побочные реакции на комбинированную терапию не наблюдались, переносимость лечения оставалась удовлетворительной во всех случаях. **Вывод.** Применение комбинированной терапии, включающей УФБ-311 нм, системные глюкокортикостероиды и наружный такролимус, у больных сегментарным витилиго обеспечивает более выраженное клиническое улучшение по сравнению со стандартной схемой. Отмечена тенденция к снижению пролиферативной активности депигментированных очагов, уменьшению распространённости поражения и появлению элементов репигментации, что делает данный подход перспективным для внедрения в стационарную практику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИДРОЛАКА В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗА

Карпова О. А.
Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаул»
г. Барнаул

Введение. Агрессивное воздействие производственной среды приводит к более высокой распространённости онихомикоза у работников железнодорожного транспорта. В 2025 году заболеваемость онихомикозом работников Алтайского региона ЗСЖД составила — 906,8 на 100 000 работающих, что в 3,7 раза выше общего прикрепленного населения, не контактирующего с профессиональными вредностями и 47,9% в структуре микозов кистей, стоп. Это делает необходимым поиск новых лекарственных форм с учетом фрамакокинетики в ногте. Ногтевая пластина является гидрогелем с повышенной гидратацией, что приводит к увеличению ее диффузных свойств в несколько раз, с наибольшим эффектом при относительной влажности более 80%. Поэтому «водный», т.е. зависящий от гидратации ногтевой пластины, путь проникновения лекарств в ноготь является наиболее перспективным. Таким средством является гидролак, обладающий синергизмом 2 активных компонентов: 8% циклопирокса и молочной кислоты. Циклопирокс действует фунгицидно даже на не растущие клетки дерматофитов, дрожжей, диморфных грибов, эумицет и актиномицет и антибактериально, включая устойчивые штаммы золотистого стафилококка. Молочная кислота, благодаря небольшой молекулярной массе и хорошей водорастворимости, легко проникает на всю толщину ногтевой пластины, создавая кислую среду с pH менее 3,0, что приводит к фунгицидному и фунгистатическому действию на всех дермаитофоитов и spp. Candida.
Цель исследования. Оценка эффективности водорастворимого гидролака с 8% циклопироксом и молочной кислотой и затвердевающего лака с Циклопироксом.
Материал и методы. В ходе исследования по определению эффективности водорастворимого гидролака с 8% циклопироксом и молочной кислотой у пациентов с нормотрофическим онихомикозом до 1/3 ногтевой пластины приняли участие: 40 пациентов в возрасте 35–79 лет. Диагноз был верифицирован микроскопией с КОН. До лечения КИОТОС в среднем составил на кистях 1,9 и 3,3 на стопах. В первой группе 20 пациентов применяли гидролак с 8% циклопироксом и молочной кислотой 1 раз в сутки, во второй затвердевающий противогрибковый лак 1 раз в неделю. **Результаты** и обсуждение. Средний срок продолжительности местной терапии онихомикоза кистей в I группе составил 15 недель, во II — 17 недель. Средняя продолжительность отрастания здоровой ногтевой пластинки на стопах составила в I группе 24 недели, во II — 27 недель. У всех пациентов, применявших гидролак с 8% циклопироксом и молочной кислотой, было достигнуто клиническое и микологическое выздоровление. Все пациенты, применявшие гидролак с 8% циклопироксом и молочной кислотой, отмечали, что лак быстро сохнет (в течение нескольких секунд после нанесения), не видим после высыхания, легко удаляется водой без необходимости применения какого-либо растворителя. Применявшие нерастворимый затвердевающий противогрибковый лак, наоборот отметили неудобства, связанные с необходимостью удалять затвердевающий лак перед каждым нанесением, растворителем или пилочкой для ногтей, что может повредить структуру ногтя и увеличить риск повторного заражения. Проведенное нами исследование подтверждает литературные данные, что гидролак имеет сродство к кератину, проникает в ногтевую пластину быстрее затвердевающего лака и создает в 2 раза больше концентрацию. Концентрация препарата гидролака выше в ногтевой пластине через 15 дней по сравнению с затвердевающим лаком. В заключении можно сделать вывод, что гидролак с 8% циклопироксом и молочной кислотой является эффективным, безопасным, удобным в применении средством терапии поверхностных форм онихомикоза, как в монотерапии, так и в составе комбинированного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТИВОМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА ТЕРБИНАФИН В ФОРМЕ СПРЕЯ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Рогожникова Е. П.[1], Ротанов С. В.,[2] Марданлы С. Г.[3]
1 АО «ЭКОлаб», Электрогорск; 2 ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, п. Оболенск; 3 ГОУВО МО «ГГТУ», Орехово-Зуево

Введение. В период действия санкционных ограничений в отношении России актуальны экономическая и сырьевая независимость предприятий фармакологической промышленности; остро поставлен вопрос расширения ассортимента выпуска отечественных лекарственных средств и замещения зарубежных аналогов.
Тербинафин относят к производным группы аллиламина с антимикотическим действием в отношении дерматофитов. Попадая внутрь гриба, препарат ингибирует функциональную активность фермента скваленэпоксидазы, что через этап избыточного накопления сквалена и дефицита его производного эргостерина приводит к гибели патогена; фунгистатический или фунгицидный эффект действия зависит от достигаемой концентрации в окружающей среде. Тербинафин хорошо переносится больными при приеме внутрь, что позволяет дерматологам успешно применять его при дерматомикозах; но для терапевтического эффекта в ряде случаев показано его локальное нанесение в форме наружного средства (крема, геля или спрея).
Цель исследования. Разработка условий отечественного производства тербинафина в виде спрея для наружного применения и его регистрации в России.
Методы. Технологии разработки производственного регламента новой спрей-формы лекарства и освоение аналитических методик, рекомендуемых статьями Государственной фармакопеи РФ для обеспечения качества. Эксперименты на беспородных белых крысах и мышах. Анализ результатов клинических испытаний, проведенных с новым составом препарата в форме спрея в сравнении с зарубежным аналогом.
Результаты. Прототипом для воспроизводства избран «Ламизил®, спрей для наружного применения 1%» (фирмы «Новартис Фарма С.а.С.», Франция), так как в доступных научных публикациях имелись данные о его клинических испытаниях и опыте применения, а также была возможность его приобретения. Состав новой отечественной лекарственной формы «ЭКО-Тербин» включал: тербинафина гидрохлорид (1,0 г), пропиленгликоль (5,0 г), спирт этиловый (25,0 г), макрогола цетостеариловый эфир (2,0 г), ароматизатор лимонный (0,1 г) и вода очищенная (до 100 мл). На предприятии разработана технология выпуска формы спрея и адаптированы условия на существующей производственной линии. Подготовлен комплект аналитических методик контроля качества (определение действующего вещества и примесей), оценена стабильность и сроки годности (методом «ускоренного хранения» и в реальном времени).
В экспериментах на лабораторных животных сопоставлена острая токсичность разработанного состава препарата и его прототипа: при энтеральном введении ЛД50 для крыс составили 9,9±0,5 и 10,15±0,6 г/кг, для мышей — 10,75±0,3 и 9,9±0,4 г/кг соответственно. Гибель 50% животных наступала через 12–24 часов при явлениях паралича; состояние выживших в остром опыте нормализовалось через 48–72 часа. Патоморфологическое исследование через 14 дней после острого опыта не выявило остаточных явлений. При накожном нанесении препаратов в максимально технически достижимых дозах (до 5000 мг/кг у крыс 1 раз в сутки 30 дней) признаков интоксикации

не наблюдали (клинически и в патоморфологических исследованиях). При конъюнктивальном нанесении в тесте непрямой дегрануляции тучных клеток не выявлено аллергизирующих свойств распыляемых форм тербинафина. Данные экспериментов подтвердили принадлежность тербинафина-спрея к IV классу малотоксичных лекарств.

Испытания терапевтической эквивалентности, эффективности и безопасности препаратов «ЭКО-Тербин» и «Ламизил®» проведены в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (разрешение МЗ РФ) с соблюдением действующих правовых и организационных требований. Пролечены 60 мужчин и женщин с диагнозом разноцветный лишай; пациенты поделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и полу. В 1ой группе назначали «ЭКО-Тербин» (орошение элементов сыпи каждые 12 часов; 7 дней), пациентам 2ой группы — «Ламизил®» по аналогичной схеме. Амбулаторные визиты к врачу — на 8 день (окончание лечения) и 21 день (контроль). Оба препарата демонстрировали благоприятный профиль безопасности в процессе лечения (без нежелательных явлений). Данные лабораторных тестов показали полное клиническое и микробиологическое излечение микоза. По Протоколам оценки параметров терапевтической эффективности новый отечественный препарат и препарат сравнения оценены тождественными.

Заключение. Новый отечественный лекарственный препарат «ЭКО-Тербин» спрей для наружного применения, 1%» по результатам комплекса испытаний получил разрешение на применение в медицинских целях в России (ЛП № 002633 РГ-RU от 28.06.2023; дата окончания действия 28.06.2028).

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

[1] **Армашевская О. В.,** [1] **Соколовская Т. А.,** [2] **Брызгалова О. Е.**
1 ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;
2 ГБУЗ «ГКБ имени М. П. Кончаловского ДЗМ»

Цель исследования: определить актуальность и изучить информированность пациенток женских консультаций об инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП).

Материалы и методы: Проведен опрос 400 пациенток, обратившихся за медицинской помощью в женские консультации г. Москвы, на основе разработанной анкеты, включающей несколько блоков вопросов, в том числе информированность об инфекциях, передающихся половым путем. Анализ полученных данных с расчетом показателей проведен с помощью прикладной программы MS Excel 2016.

Результаты: В целях проведения популяционного скрининга женщин репродуктивного возраста для определения индивидуального временного резерва на рождение детей, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья взрослого населения города Москвы, повышения доступности вспомогательных репродуктивных технологий и современных молекулярно-генетических исследований и повышения рождаемости был внедрен Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 09.09.2024 № 779 «О реализации проекта по сохранению репродуктивного здоровья жителей города Москвы», который осуществляют 40 медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», имеющих более 10 гинекологических участков, в том числе 16 Центров женского здоровья. Несмотря на значительное снижение всех показателей ИППП, актуальность профилактики инфекций передающихся половым путем не ослабевает. ИППП вносит весомый вклад в развитие таких заболеваний как воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы, женских тазовых органов, которые в свою очередь приводят к самопроизвольным абортам, привычным выкидышам, бесплодию, поэтому в клинических рекомендациях одним из критериев оценки качества медицинской помощи является назначение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium).

Исследование проводилось в женских консультациях ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» в 2023–2024 годах г. Москвы. Средний возраст женщин, которые обратились за медицинской помощью в женскую консультацию, составлял 31,8±9,3 года, при этом активный репродуктивный возраст представляли 95,5% женщин, остальные были от 41 до 45 лет. В официальном зарегистрированном браке состояло 64,5% пациенток, в гражданском — 11,5%, при этом 58,8% не имели детей. В будущем 42,3% планируют иметь двоих детей, 28,0% — троих, 16,5% — одного ребенка, 6,0% обозначили большее количество детей, остальные не определились с числом детей. Большинство — 74,0% имели высшее или неоконченное высшее образование и только 8,8% — среднее общее образование. В различную трудовую деятельностью вовлечено 60,3%, 12,0% совмещают учебу и работу, а 18,0% не работают, среди которых осуществляют уход за ребенком и многодетные матери (5,6%). Средние доходы на каждого члена семьи были у 72,9% опрошенных. Наличие хронических заболеваний отмечают 32,5% пациенток, при этом лекарственные препараты принимали 50,8%, профилактические осмотры проходили 43,8% опрошенных и только 5,4% не проявляли медицинской активности. О влиянии ИППП на возможность рождения и здоровье будущих детей знали 96,3%, подобного рода информацию 32,5% опрошенных получили от медицинских работников, 23,1% из материалов СМИ, более 13,0% соответственно от родителей и специальной литературы, а 6,1% от сверстников. Возраст начала половой жизни до 18 лет был у 51,8% пациенток.

Выводы. 1. Информированы о влиянии ИППП на возможность рождения и здоровье будущих детей большинство пациенток — 96,3%, причем эту информацию 32,5% опрошенных получили от медицинских работников, что влечет необходимость совершенствования знаний об ИППП и коммуникативных навыков специалистов. 2. Желание у 92,8% женщин в дальнейшем реализовать свою детородную функцию причем неоднократно, более половины пациенток отметили дебют половой жизни до совершеннолетия, а также уже наличие у трети опрошенных хронических заболеваний, подтверждают актуальность профилактических мероприятий и необходимость широкой информированности, в том числе по предупреждению ИППП медицинскими работниками в образовательных учреждениях.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

ВЫБУХАЮЩАЯ ДЕРМАТОФИБРОСАРКОМА — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Волкова С. Б., Мурышкина А. А.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный»
г. Москва

Введение. Выбухающая дерматофибросаркома (бугристая фибросаркома кожи, дерматофибросаркома Дарье–Феррана, рецидивирующая дерматофибромиома) — редкая соединительнотканная опухоль средней степени злокачественности. В качестве самостоятельного заболевания впервые была описана в 1924 году. Выбухающая дерматофибросаркома растёт в течение нескольких лет или даже десятилетий, не склонна к метастазированию, постепенно внедряется в подлежащие ткани. Метастазы выявляются только после многократных рецидивов. Поражает людей молодого и среднего возраста; в 10% случаев диагностируется у детей. Опухоль может располагаться на любом участке тела, но чаще локализуется в области спины, живота, груди или проксимальных отделов верхних конечностей. Иногда появляется на шее или волосистой части головы. Как правило, одиночная. Поверхность её на начальных стадиях гладкая или слегка бугристая. Цвет — коричневатый, красноватый, фиолетовый или с синюшным оттенком. В результате медленного роста в течение нескольких лет или десятилетий первичный очаг превращается в опухолевидный узел, выступающий над поверхностью кожи. Кожа над выбухающей дерматофибросаркомой атрофирована, напряжена. Вначале узел подвижен, но по мере прорастания подлежащих тканей и формирования спаек подвижность опухоли уменьшается. Стандартом диагностики является гистологическое исследование с выявлением слабо ограниченного инфильтрата с муаровым рисунком в дерме, состоящего из переплетающихся мономорфных веретенообразных клеток с диффузным окрашиванием CD34 при иммуногистохимическом исследовании. Полное хирургическое иссечение считается «золотым стандартом» лечения. **Цель:** демонстрация клинических особенностей редкого новообразования кожи для своевременной диагностики. Клинический случай. Пациентка Н., 48 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу в июне 2025 года с жалобами на появление одиночной безболезненной бляшки в области живота, возникшей два года назад. С момента появления первых признаков за указанный период отмечался медленный рост образования. При осмотре: очаг неправильной формы с нечёткими границами, размером 3,5 × 3,0 см, плотный на ощупь, розовато-синюшного цвета, с блестящей поверхностью. На основании клинических данных первоначально заподозрены диагнозы «саркоидоз кожи» или «В-клеточная лимфома», рекомендована диагностическая биопсия с гистологическим исследованием для верификации диагноза. Общеклинические анализы — в пределах нормы. Данные патогистологического исследования: «Фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки, выстланный эпидермисом обычной толщины. В сетчатом слое дермы — очаг пролиферации веретеновидных клеток и сосудов малого калибра». **Заключение:** патологические изменения, выявленные в пределах поверхностно биопсированного фрагмента кожи, не позволяют исключить опухолевый генез; рекомендуется обследование в специализированном учреждении. Пациентка направлена к врачу-онкологу для проведения дополнительных методов исследования и полного хирургического иссечения образования. Повторное патогистологическое исследование от 21.07.2025: Микроскопическое описание — лоскут кожи с образованием в дерме, не связанным с эпидермисом, представленным разнонаправленными пучками веретенообразных клеток, формирующих муаровые структуры. Определяется инфильтративный рост опухоли в жировую клетчатку с формированием паттерна по типу «медовых сот». В опухолевых клетках встречаются немногочисленные фигуры митозов. Края резекции — без признаков вовлечения структур образования. **Заключение:** морфологическая картина веретеноклеточной опухоли с неопределённым потенциалом злокачественности кожи живота. Иммуногистохимическое исследование от 24.07.2025: положительная иммуногистохимическая реакция с антителами к CD34 в клетках образования. Окончательный диагноз: дерматофибросаркома выбухающая, классический вариант.
Заключение. Клинический случай демонстрирует сложность постановки диагноза дерматологом при первичном обращении на стадии бляшки. Необходимо наблюдение за пациентом, фиксация изменений, биопсия образования с последующим иммуногистохимическим исследованием и тесное клиническое взаимодействие с врачами-онкологами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВОГО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Горелова Е. А., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский»
г. Москва

Введение. В настоящее время к самым частым немеланомным опухолям кожи относят базальноклеточный рак (БКРК); синонимом БКРК является термин «базальноклеточная карцинома» — злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток базального слоя (в частности, кератиноцитов и/или эпидермиса волосяных фолликулов). Важно отметить, что БКРК может иметь различное морфологическое строение, но в большинстве случаев представляет собой островки или гнёзда базалоидных клеток с гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой. Самым значимым фактором риска ненаследственных форм БКРК является воздействие на кожу ультрафиолетового излучения А- и В-типов; риск образования БКРК возрастает за счёт кумулятивного солнечного воздействия. По некоторым данным, на долю БКРК приходится до 80% всех случаев немеланомных опухолей кожи. Это частично объясняется тем, что во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации, базальноклеточный рак не учитывается отдельно от других немеланомных опухолей кожи. Особенностью клинической картины БКРК являются разнообразие клинических форм, медленный рост, крайне редкое метастазирование. Базальноклеточный рак целесообразно классифицировать с точки зрения риска местного рецидива, при этом учитываются локализация опухоли, клинические и морфологические признаки. Чрезвычайно важным является выполнение прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала при планировании деструктивных методов лечения. Различают несколько основных форм БКРК: поверхностную, узловую, язвенную, склеродермоподобную, пигментную и кистозную. Одна из форм БКРК, ассоциированная с плоскоклеточной дифференцировкой, носит название метатипический БКРК. Клиническая картина этой формы сочетает в себе признаки как БКРК, так и плоскоклеточного рака; клинически метатипический БКРК, как правило, представлен одиночным узлом с изъязвлением на поверхности, покрытым геморрагической корочкой.
Цель описания — проиллюстрировать последствия поздней диагностики БКРК, подчеркнуть важность ранней верификации диагноза и своевременного лечения.
Клинический случай. Пациентка В., 71 год. Образование на правом предплечье впервые обнаружила 4 года назад, за медицинской помощью не обращалась. В течение последних 1,5 лет отмечает активный рост. Семейный анамнез по онкологическим заболеваниям не отягощён. При осмотре врачом-дерматовенерологом филиала «Тимирязевский»: на коже правого предплечья — узел диаметром до 8 см с центральным гиперкератозом и изъязвлением. Дерматоскопия: немеланоцитарное новообразование,

полиморфные сосуды, эрозии; картина подозрительна в отношении плоскоклеточной карциномы или меланомы. С предварительным диагнозом «Новообразование неопределённого характера кожи» (МКБ-10 D48.5) пациентка была направлена на консультацию в Центр неинвазивной диагностики кожи (ЦНДК) Отдела оказания специализированной медицинской помощи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». В ЦНДК был установлен предварительный диагноз: «Плоскоклеточная карцинома? Меланома?» — и пациентка направлена в Центр амбулаторной онкологической помощи ГБУЗ «ГКБ № 62 ДЗМ». Врачом-онкологом произведено иссечение опухоли с реконструктивно-пластическим компонентом. Гистологическое исследование. Макроскопия: лоскут кожи 5,5 × 4,0 × 0,5 см. Экзофитное образование 6,5 × 5,0 см, дольчатое, серовато-розовое. Микроскопия: базальноклеточный рак, узловой вариант. Глубина инвазии — 23,6 мм (ретикулярный слой дермы). Периневральная и лимфоваскулярная инвазия отсутствуют. Края резекции: латеральный — ≥2 мм, глубокий — ≥1,3 мм. Послеоперационный период — без осложнений. Диагноз подтверждён гистологически. Клинический диагноз: базальноклеточный рак кожи правого предплечья, III ст., T3 N0 M0 (МКБ-10 C44.6). Пациентка направлена на динамическое наблюдение.

Заключение. БКРК может клинически имитировать агрессивные опухоли кожи (меланому, плоскоклеточный рак), что требует обязательной гистологической верификации диагноза. Поздняя диагностика приводит к формированию крупных узлов с глубокой инвазией, усложняя лечение. Гистологический подтип и стадия (TNM) определяют прогноз и тактику ведения. Профилактика включает раннее обращение при появлении подозрительных образований и защиту от ультрафиолетового излучения.

ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗНО КОЖИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Ямских А. А., Винник Ю. Ю., Шапранова И. М.
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»; ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России г. Красноярск

Актуальность. Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1 (КГБУЗ «ККВД № 1») является монополистом в области оказания дерматовенерологической помощи населению Красноярского края численностью 2 837 988 человек. Одну из лидирующих позиций среди онкологических заболеваний в России занимают злокачественные новообразования (ЗНО) кожи, ежегодно являясь причиной смерти более 1500 пациентов.

Цель. Проанализировать систему организации взаимодействия дерматовенерологической и онкологической служб в Красноярском крае.

Материалы и методы. При оценке организации маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО кожи между КГБУЗ «ККВД № 1» и КГБУЗ «ККОД им. А. И. Крыжановского» использовались отчёт кабинета приёма пациентов с подозрением на ЗНО кожи и слизистых, а также приказы Министерства здравоохранения Красноярского края и КГБУЗ «ККВД № 1».

Результаты. Маршрутизация пациентов с ЗНО организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Красноярского края от 30.10.2025 № 1290-орг «Об организации медицинской помощи взрослому населению Красноярского края по профилю «онкология». и приказом КГБУЗ «ККВД № 1» от 12.01.2022 № 8п «О внесении изменений в приказ № 201п от 01.09.2020 «О порядке оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в КГБУЗ «ККВД № 1»., утвердившим локальный регламент порядка ведения пациентов с подозрением на ЗНО кожи. Врачами-специалистами КГБУЗ «ККВД № 1» перед направлением пациента в онкологический диспансер, центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) или первичный онкологический кабинет (ПОК) проводятся дерматоскопия, забор материала на цитологическое исследование при подозрении на немеланоцитарное новообразование, оформление и выдача пациенту выписки из медицинской карты по форме № 025/у, выдача направления по форме 057/у с отметкой «онкопатология», запись пациентов на приём в ЦАОП/ПОК/ККОД № 1, организация телемедицинских консультаций пациентов, проживающих в отдалённых районах Красноярского края при невозможности очного приёма в ККОД № 1, диспансерное наблюдение при выявлении предраковых заболеваний кожи, наблюдение пациентов с установленным диагнозом ЗНО по рекомендации врача-онколога. За 12 месяцев 2025 года в кабинете специализированного приёма по выявлению новообразований кожи принято 5 939 пациентов, из них у 483 заподозрено ЗНО кожи; диагноз подтверждён у 401 (83%), нет информации по законченным случаям у 34 (7%), 6 (1%) пациентов отказались от консультации онколога.

Выводы. Наличие нормативных правовых актов, регламентирующих маршрутизацию пациентов с подозрением на ЗНО кожи в регионе, обеспечивает единый подход и преемственность между дерматовенерологической и онкологической службами Красноярского края, что позволяет минимизировать сроки установления диагноза ЗНО кожи и повысить качество оказания медицинской помощи.

СЛУЧАЙ ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ТИПА БОЛЕЗНИ БОУЭНА

Фасахова Р. Р., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Терещенко Г. П., Катунина О. Р.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Юго-Западный» с клиникой аллергических болезней кожи. г. Москва

Актуальность. Болезнь Боуэна — это внутриэпидермальный (in situ) плоскоклеточный рак кожи, предраковое состояние, при котором злокачественные клетки находятся только в поверхностном слое эпидермиса без проникновения в глубокие ткани. Проявляется в виде красных шелушащихся бляшек с неровными краями и гиперкератозом, которые могут зудеть или покрываться корками. При отсутствии лечения может переродиться в инвазивный (проникающий) плоскоклеточный рак, поэтому важно своевременное лечение, которое обеспечивает благоприятный прогноз. Чаще встречается у лиц мужского пола: 28 случаев на 100 000 мужчин и 22 случая на 100 000 женщин. Риск развития болезни Боуэна в большей степени зависит от внешних факторов и возраста, чем от пола: чрезмерное воздействие ультрафиолета (солнечное излучение), возраст (пик заболеваемости у людей старше 65 лет), другие факторы — светлая кожа (I–II фототип), вирус папилломы человека (особенно 16-й тип), контакт с канцерогенами, состояние иммуносупрессии.

Цель. Описание клинического случая болезни Боуэна с атипичной клинической картиной.

Материалы и методы. У наблюдавшегося нами 66-летнего пациента дебют заболевания возник более 16 лет назад на коже живота. Со слов пациента, длительное время проживал в зоне радиоактивного загрязнения вследствие катастрофы на ЧАЭС. Status localis: патологический кожный процесс ограниченного характера представлен очагом эритемы размерами до 15 × 20 см, неправильной формы, с чёткими границами; на поверхности — множество плотных, местами тестоватой консистенции, ограниченных очагов гиперкератоза. В 2016 году проведено гистологическое исследование в МНОИМ им. П. А. Герцена.

Заключение: картина дерматита с густой субэпидермальной воспалительной инфильтрацией с обильной примесью плазматических клеток, утолщённым плоскоэпителиальным покровом с нарушением слоистости. Опухолевого роста в пределах материала нет. Пациент длительное время самостоятельно использовал комбинированную мазь для наружного применения с витаминами A, E и D2, а также топические глюкокортикостероиды с временным слабоположительным эффектом. Обострение кожного процесса отмечается с декабря 2025 года, когда пациент начал замечать усиление гиперемии и увеличение размеров высыпаний; обратился на консультацию в ГБУЗ «МНПЦДК» филиал «Юго-Западный». После осмотра пациента для верификации диагноза было принято решение о проведении диагностической биопсии кожи. Гистологическое исследование в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Юго-Западный» от 19.12.2025: в фрагменте кожи — акан-

тоз эпидермиса с неравномерным удлинением эпидермальных гребней. В толще эпидермального пласта отмечаются атипия и дискомплексация рядов кератиноцитов, ядра которых умеренно полиморфны; митотическая активность низкая, фигуры патологических митозов обнаруживаются, в том числе в верхних рядах шиповатого слоя. Субэпидермально — полосовидный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов.

Заключение: патологические изменения соответствуют картине плоскоклеточной карциномы in situ (болезнь Боуэна). По данным гистологического исследования пациент был направлен в ЦАОП ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка». ДЗМ для дообследования и определения дальнейшей тактики ведения.

Выводы. В данном случае, с учётом анамнеза и клинической картины, проводилась дифференциальная диагностика между микробной экземой, паранеопластическим процессом, синдромом Сульцбергера–Гарбе. Относительно редкая встречаемость опухоли и атипичная клиническая картина представляют интерес для клиницистов и требуют повышенной онкологической настороженности в отношении злокачественных новообразований кожи. Ранняя диагностика заболевания и своевременно начатое лечение помогают предотвратить прогрессирование до инвазивной плоскоклеточной карциномы и избежать проведения обширного оперативного вмешательства

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СИФИЛИС ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН

Прожерин С. В.
Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД г. Екатеринбург

Введение. В соответствии с постановлением Правительства России сифилис, наряду с другими ИППП, отнесён к числу социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. На его распространение оказывает влияние комплекс факторов, включая миграционные процессы. Более трети вновь выявленных случаев заболевания сифилисом в стране регистрируются у иностранных граждан (2022 г.— 46%, 2023 г.— 39%, 2024 г.— 35%). По этой причине медицинское освидетельствование (МО) иностранных граждан, въезжающих на территорию нашей страны, имеет важное значение для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и биологической безопасности населения. **Цель.** Установить частоту встречаемости и структуру клинических форм сифилиса среди иностранных граждан, прибывших на территорию России, на основании данных МО на базе ГАУЗ СО «ОЦ СПИД».
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов МО на сифилис 64 474 мигрантов за период 2023–2025 гг. Доля лиц в возрасте 18 лет и старше составила 75,8% от общего числа обследованных. МО осуществлялось в соответствии с действующими приказами Минздрава России (№ 1079н и № 1078н от 19.11.2021) и Минздрава Свердловской области (№ 807-п от 15.04.2022). Все освидетельствуемые граждане были осмотрены врачом-дерматовенерологом; всем проведено серологическое исследование крови на наличие антител к T. pallidum с использованием реакции микропреципитации (РМП), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) и иммуноферментного анализа (ИФА). В соответствии с региональным приказом методом ИФА выполнялось суммарное определение антител IgM и IgG (ИФАсум.). При наличии клинических проявлений сифилиса и/или позитивных результатов серологического скрининга обследуемые лица направлялись в ГБУЗ СО СОКВД для верификации диагноза и лечения. Проведен анализ структуры клинических форм сифилиса, гендерного и возрастного состава заболевших.
Результаты и обсуждение. За анализируемый период диагноз сифилис установлен у 185 иностранных граждан, что составило 2,9 на 1000 обследованных. Среди заболевших преобладали мужчины: 124 (67%) против 61 (33%). Большинство больных сифилисом мигрантов (84,3%) являлись гражданами одного из трёх государств — Киргизии (41,1%), Узбекистана (23,2%) и Таджикистана (20%). На долю граждан Казахстана приходилось 7,6%, Азербайджана — 2,2%, Армении и Китая — по 1,6%, других стран (в равных пропорциях: Грузии, Молдовы, Туркменистана, Индии, Колумбии) в совокупности — 2,7%. Возраст заболевших варьировал от 11 до 72 лет. В возрастной категории 0–14 лет выявлен 1 случай (0,5%), 18–29 лет — 16 (8,6%), 30–39 лет — 28 (15,2%). Наибольшее число больных сифилисом выявлено среди лиц 40 лет и старше — 140 (75,7%). Проведенный анализ структуры клинических форм сифилиса позволил установить, что у 169 (91,4%) мигрантов был выявлен поздний скрытый сифилис; ранние формы заболевания — у 16 (8,6%), из них: первичный сифилис — 1 случай; вторичный сифилис — 2; ранний скрытый сифилис — 13 случаев. При этом частота выявления отдельных клинических форм составила: поздний скрытый сифилис — 2,6; ранний скрытый сифилис — 0,2; вторичный сифилис — 0,03; первичный сифилис — 0,02 на 1000 обследованных. Нельзя не отметить, что все пациенты с манифестными формами выявлены во время осмотра врачом-дерматовенерологом до получения результатов серологического скрининга. Тот факт, что у 98,4% страдающих сифилисом, отсутствуют симптомы заболевания требует особого внимания к проведению серологического тестирования. Анализ результатов скрининга показал, что РПГА и ИФАсум. были позитивными у 100% заболевших. В то время как положительные результаты РМП зарегистрированы лишь в 10,8% случаев. Низкая чувствительность РМП при МО связана с преобладанием у мигрантов поздних форм сифилиса, при которых нетрепонемные тесты часто становятся негативными. С учётом высокой чувствительности трепонемных тестов при МО мигрантов обосновано применение реверсивного алгоритма скрининга на сифилис. Целесообразно на первом этапе скрининга использовать ИФАсум., как автоматизированный метод, обладающий высокой чувствительностью и специфичностью при всех формах сифилиса, включая первичный и поздний. При положительном результате ИФАсум. следует провести РМП и РПГА.
Выводы. Среди иностранных граждан сифилис чаще всего выявляется в возрастной группе 40 лет и старше. В структуре клинических форм преобладают скрытые формы заболевания. Представляется целесообразным оптимизировать серологический скрининг на сифилис при проведении МО.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЁМЫ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Титов И. С., Гущин А. Е., Доброжинская Н. А., Гутиева М. И., Полевщикова С. А., Жукова О. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Актуальность. Частой причиной обращения к врачу-колопроктологу среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА), вызванные L-сероварами Chlamydia trachomatis (L1–L3) — возбудителями венерической лимфогранулемы (ВЛГ). При отсутствии лечения ВЛГ приводит к серьёзным осложнениям, а запоздалая или ошибочная диагностика существенно снижает качество жизни пациентов и влечёт необоснованные экономические затраты. В рамках научного сотрудничества ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» разработан и зарегистрирован набор реагентов для выявления и дифференцировки ДНК C. trachomatis (серовары L1–L3 и D–K) методом ПЦР в реальном времени — «АмплиПрайм® Chlamydia trachomatis (LGV)» (РУ № РЗН 2023/19996 от 04.04.2023), а также алгоритм обследования и ведения пациентов с подозрением на ВЛГ. Методика внедрена в практику ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». **Цель.** Оценка первых результатов клинико-лабораторного применения разработанного алгоритма диагностики венерической лимфогранулёмы, направленного на своевременную верификацию возбудителя и оптимизацию терапии пациентов с ВЗПА, с использованием набора реагентов «АмплиПрайм® Chlamydia trachomatis (LGV)» в условиях ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент (МСМ), обратившийся на приём к колопроктологу или дерматовенерологу в период с декабря 2025 по февраль 2026 г. Всем выполнены осмотр, забор отделяемого слизистой прямой кишки и анального канала для выявления ДНК возбудителей ИППП методом ПЦР. Скрининг проводили с использованием наборов реагентов «АмплиПрайм® NCMT», «АмплиПрайм® HSV I/HSV II», «АмплиПрайм® T. pallidum» (ООО «НекстБио», Россия). При

положительном результате на ДНК C. trachomatis биоматериал повторно тестировали набором «АмплиПрайм® Chlamydia trachomatis (LGV)» для дифференциации L-сероваров. Пациентам с подтверждённой ВЛГ назначали доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня (согласно клиническим рекомендациям). Контроль излеченности осуществляли через 3 недели после окончания терапии методом ПЦР. **Результаты.** ВЗПА, ассоциированные с C. trachomatis, выявлены у 11/31 (35,5%) пациентов. Из них у 7 (63,6%) обнаружены L-серовары C. trachomatis, что подтвердило ВЛГ; у 4 (36,4%) диагностирован аноректальный хламидиоз, вызванный сероварами D–K. Предложенный алгоритм, включающий сбор поведенческого анамнеза, осмотр, аноскопию/ректороманоскопию и двухэтапную ПЦР-диагностику (скрининг генотипирование набором «АмплиПрайм® Chlamydia trachomatis (LGV)»), позволил верифицировать этиологию ВЗПА во всех случаях. Всем пациентам проведено успешное этиотропное лечение. Контрольное ПЦР-исследование через 3 недели после окончания терапии подтвердило эрадикацию возбудителя у 100% пациентов. **Заключение.** Внедрение разработанного алгоритма диагностики ВЛГ в практику ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» позволило реализовать в рутинной клинико-лабораторной работе двухэтапную ПЦР-верификацию L-сероваров C. trachomatis. Предложенный подход обеспечил верификацию этиологии ВЗПА во всех наблюдениях, а этиотропная терапия привела к эрадикации возбудителя у 100% пациентов. Полученные результаты обосновывают целесообразность генотипирования C. trachomatis у всех МСМ с различными формами хламидийной инфекции при положительных скрининговых тестах, особенно при ректальной локализации. Важно, что предлагаемый подход не требует повторного взятия биоматериала: образец, полученный при скрининге, сохраняется в замороженном виде, а генотипирование проводится ретроспективно из того же материала. Это обеспечивает высокую воспроизводимость метода и минимальную нагрузку на лабораторную службу.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Титов И.С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Актуальность. Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), одной из самых частых причин обращения к врачу-колопроктологу являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА). Наряду с неинфекционными причинами, этиология ВЗПА может быть обусловлена инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в связи с чем сбор полового анамнеза и включение в план обследования тестов на возбудителей ИППП необходимы для правильной диагностики и эффективного лечения данной категории пациентов. **Цель.** Оценить роль ИППП в качестве этиологического фактора развития воспалительных процессов у пациентов-МСМ с клинической картиной ВЗПА. Материалы и методы. Обследовано 922 МСМ. Каждому пациенту выполнены осмотр, пальцевое исследование, ректороманоскопия и ПЦР-исследование отделяемого слизистой прямой кишки и анального канала на наличие ДНК возбудителей ИППП.
Результаты. ВЗПА диагностированы у всех 922 обследованных МСМ. Один или несколько возбудителей ИППП выявлены у 653 (70,8%) пациентов; у 269 (29,2%) пациентов с ВЗПА ИППП не обнаружены. Среди пациентов с подтверждённой инфекционной этиологией проктит диагностирован у 73,3% (479/653), при этом у 24,6% (118/479) из них он сочетался с поражениями анального канала и кожи аногенитальной области (дерматит). Изолированные поражения ануса и перианальных тканей выявлены у 6,4% (42/653). Бессимптомное течение или течение под маской проктологических заболеваний наблюдалось у 20,2% (132/653) пациентов. Проявления ВЗПА варьировали от поверхностных повреждений слизистой до выраженных эрозивно-язвенных и некротических изменений. Острый гнойный парапроктит диагностирован у 12/653 (1,8%) пациентов с ИППП (1,3% во всей выборке, 20/922). Свищ прямой кишки и анального канала выявлен у 25/653 (3,8%) пациентов с ИППП (2,7% во всей выборке, 25/922); у 4 из них (10%) свищ сочетался с аногенитальными бородавками. Возраст пациентов — от 18 до 54 лет. Положительный ВИЧ-статус имели 54,6% (356/653) пациентов, отрицательный — 45,4% (297/653). Частота выявления возбудителей ИППП составила: N. gonorrhoeae — 40,0% (261/653); C. trachomatis (серовары L1–L3) — 45,2% (295/653); C. trachomatis (серовары D–K) — 17,9% (117/653); Mycoplasma genitalium — 8,4% (55/653); HSV I/II — 23,0% (150/653); T. pallidum — 4,5% (29/653). Наиболее частой ко-инфекцией являлось сочетание N. gonorrhoeae и C. trachomatis (L1–L3) — 13,3% (87/653). **Заключение.** В изученной выборке пациентов частота выявления ИППП является чрезвычайно высокой. В 70,8% случаев ВЗПА ассоциированы с одним или несколькими возбудителями ИППП, при этом C. trachomatis (L1–L3) и N. gonorrhoeae выявлялись чаще остальных (45,2 и 40,0% соответственно). Применение молекулярных тестов при проктологическом обследовании МСМ позволяет своевременно назначить адекватную терапию и проводить дифференциальную диагностику с неинфекционными воспалительными заболеваниями кишечника (НЯК, болезнь Крона), проявлением которых могут быть эрозивно-язвенный проктит, а также такие гнойно-воспалительные осложнения как острый парапроктит и свищи прямо кишки. Внедрение ПЦР-диагностики в алгоритмы обследования групп риска позволяет своевременно верифицировать этиологию ВЗПА, проводить таргетную терапию и предотвращать развитие необратимых аноректальных осложнений. Такой подход должен стать стандартом оказания специализированной помощи МСМ с воспалительными заболеваниями аноректальной области.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭКСПРЕСС ОБСЛЕДОВАНИЕ НА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Ротанов С. В.[1,2], Акиншина Ю. А.[2], Марданлы С. Г.[3 1].
ФБУН «ГНЦ ПМБ» Роспотребнадзора, г. Оболенск; 2 АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск; 3 ГОУ ВО МО «ГГТУ», г. Орехово-Зуево

Актуальность. В Российской Федерации, в соответствии с действующим стандартом, все пациенты при подготовке к плановой госпитализации проходят лабораторное диагностическое обследование, включающее исследование крови на маркеры ряда социально значимых инфекций: гепатитов человека С и В, ВИЧ и сифилиса. При появлении необходимости в экстренной госпитализации больного такое обследование проводится в клинико-диагностической лаборатории приемного покоя или по направлению лечащего врача соответствующего клинического отделения стационара. Кроме этого, потребность в проведения комплексного обследования человека возникает и у сотрудников Служб спасения и катастроф при оказании медицинской помощи в полевых условиях. **Цель** исследования. Получение комплекса иммунохроматографических (ИХ) наборов реагентов (сходных по способам и эффективности применения, временным параметрам тестирования и срокам годности) для качественного экспресс-определения антител к вирусу гепатита С (HCV), ВИЧ, Treponema pallidum и поверхностному антигену HBsAg вируса гепатита В (HBV) в капиллярной или венозной крови человека.
Материалы и методы. В отношении включения в создаваемый реагентный комплекс оценены разработанные на предприятии АО «ЭКОлаб» ИХ наборы: «ИХА-антиВГС», «ИХА-ВИЧ 1/2», «ИХА-антиТР» и «ИХА-HBsAg». В работе изучены 150 клинических образцов крови человека, показавшие при их исследовании в ИФА один или несколько положительных результатов (принятых как референсные значения) по отношению к изучаемым возбудителям инфекций с наборами: «ИФА-ВГС» (n=35), «ИФА-ВИЧ-1,2-Ат» (n=43), «ИФА-антипаллидум-скрин» (n=53) и «ИФА-HBsAg» (n=35), и 130 образцов крови с отрицательными результатами в ИФА с каждым набором. **Результаты.** Композитные ИХ мембраны изучаемых наборов разработаны по стандартизованной технологии (прямой и непрямой детекции таргетных маркеров): на клеевой несущей основе закреплены мембраны образца, конъюгатов, иммуносорбент и адсорбирующая мембрана. Участки мембран конъюгатов пропитаны конъюгатами окрашенных наночастиц золота с выявляющим сенситином: рекомбинантными антигенами HCV или ВИЧ-1 и –2 или рекомбинантным антигеном T. pallidum или моноклональными антителами к HBsAg соответственно, а также конъюгатом наночастиц золота с кроличьими или

мышиными IgG (контроль). В тестовых зонах в виде нешироких поперечных линий иммобилизованы соответствующие вышеперечисленные сенситины и в зоне контроля — антивидовые антитела. В поставляемых потребителю наборах мембраны закреплены в индивидуальные пластиковые кассеты с функциональными окнами. Технология проведения тестов одинаковая: в окно для образца (S - sample) вносят каплю исследуемой сыворотки или плазмы или цельной капиллярной или венозной крови обследуемого лица (30–40 мкл), добавляют 1 каплю разводящего буферного раствора (из флакона в комплектации наборов), через 10–15 минут (не позднее 20 минут) проводят визуальный учет результата (при наличии оборудования учет выполняют специализированным ридером). Положительный результат (свидетельство обнаружения искомого маркера) учитывается, если в зонах тестирования (Т) и контроля (С) проявляются 2 четкие красные/розовые линии. Отрицательный результат (не обнаружение маркера инфекционного патогена) учитывается, если окрашенная линия появляется только в С-зоне и отсутствует в Т-зоне. При проведении ИХ лабораторных диагностических исследований с клиническими образцами крови получено полное совпадение результатов с референсными данными (по ИФА: как при моно, так и при сочетанной реактивности образцов по отношению к разным патогенам), что расценено как показатель высокого уровня специфичности и чувствительности изучавшихся ИХ наборов. По указаниям прилагаемых инструкций по применению показатели аналитической чувствительности, диагностической чувствительности и специфичности соответствовали: для набора «ИХА-антиВГС» — 2 МЕ/мл; 99,2–100 и 99,4–100%; для «ИХА-ВИЧ 1/2» — 2 МЕ/мл; 99,66–100 и 99,43–100%; для «ИХА-антиТР» — 20 МЕ/мл; 99,61–100 и 99,63–100%; для «ИХА-HBsAg» — 0,5 нг/мл, 99,64–100 и 99,68–100%.

Вывод. Для экспресс обследования населения в отношении «госпитальной четверки» социально значимых инфекций в ургентных ситуациях и полевых условиях с достаточно высокой степенью эффективности применим комплекс отечественных ИХА тестов (разрешенных к применению в РФ в качестве point of care медицинских изделий для диагностики гепатитов человека С и В, ВИЧ и сифилиса).

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АНТИБИОТИКОВ

Городечная С. С., Бохонович Д. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский»
г. Москва

Введение. Лечения сифилиса с соблюдением Федеральных клинических рекомендаций представляется сложной задачей у пациентов с непереносимостью антибиотиков.

Цель. Иллюстрация клинического случая множественной непереносимости антибиотиков при подборе противосифилитического лечения. Материалы и методы. При описании клинического случая использовались данные амбулаторной карты, заключение Московского городского референс центра по диагностике сифилиса (МГРЦДС), заключения аллерголога, заключение клинического фармаколога. Пациент И., 32 года, направлен офтальмологом в ГБУЗ МНПЦДК филиал «Тимирязевский» с целью обследования на сифилис перед плановой госпитализацией в офтальмологическое отделение. Сифилис в анамнезе отрицает. Ранее на сифилис не обследован. Сопутствующие заболевания: гипофункция яичек, пролапс митрального клапана. Аллергоанамнез: крапивница на неизвестный препарат. На момент осмотра кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При обследовании в филиале «Тимирязевский». РМП к Tr. pallidum — не обнаружено, РПГА- 3+, ИФА сумм. — КП 3,5; ИФА IgM — не обнаружено; ИФА IgG — КП 5,0; РИФ — 2+/3+; РИБТ- 57% от 25.12.2025. Женат с 2022 года. Жена обследована, здорова. Другие половые контакты отрицает. Пациент направлен в МГРЦДС, где осмотрен смежными специалистами, специфическая патология не выявлена, установлен диагноз: Сифилис неуточненный как ранний или поздний (А53.0). В связи с отказом пациента от госпитализации планировалось лечение цефтриаксоном в амбулаторных условиях. Перед началом лечения пациенту проведена аллергопроба цефтриаксоном, аллергопроба положительная (волдырь красного цвета диаметром до 1,5 см, по периферии которого эритема диаметром 4 см). В связи с невозможностью лечения цефтриаксоном пациент направлен на стационарное лечение в ГБУЗ МНПЦДК филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». Перед началом лечения так же проведена аллергопроба препаратам бензилпенициллина натриевой соли, аллергопроба положительная (эритематозный очаг вокруг папулы до 2 см). Пациент выписан для амбулаторного лечения доксициклином по 100 мг 2 раза в сутки в 2 курса 28 и 14 дней. Сразу после приема доксициклина пациент отмечал ощущения кома в горле, головокружение, ощущение страха, вялость, тяжесть в голове, заложенность в ушах. В связи с указанными симптомами специфическое лечение доксициклином прекращено. Пациенту была рекомендована консультация аллерголога с целью проведения аллергопроб и решения вопроса о подборе специфической антибактериальной терапии. Консультирован аллергологом ГБУЗ «ГП 67 ДЗМ» 29.07.2025 г.: «Проведение аллергообследования с лекарственными препаратами в настоящее время не проводится ввиду отсутствия стандартизации исследования. Учитывая реакцию в анамнезе на доксицилкин, рекомендовано рассмотреть вопрос об использовании препаратов альтернативной фармакологической группы.» Пациент направлен на ВК Центра с участием клинического фармаколога.

Заключение: провести курс специфической терапии антибиотиками из группы макролидов, азитромицин по 1,0 г 1 раз в сутки перорально 30 дней под прикрытием системных ГКС и антигистаминных в условиях ДС филиала «Тимирязевский». В условиях дневного стационара филиала «Тимирязевский» пациент получил специфическое лечение: азитромицин по 1,0 г 1 раз в сутки перорально 30 дней, бетаметазона дипропионат 5,0 мг+ бетаметазона натрия фосфат 2,0 мг –1,0 мл внутримышечно однократно, мебгидролин по 100 мг 1 раз в сутки 10 дней, синбиотик — по 1 капсуле 1 раз в день 30 дней. Лечение перенес хорошо. Побочных эффектов не наблюдалось. В настоящее время находится на КСК в филиале «Тимирязевский».

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость разработки альтернативных схем лечения сифилиса.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО АЛГОРИТМА ТЕРАПИИ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ

Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Эйдельштейн И. А.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
г. Москва

Введение. Инфекция урогенитального тракта, вызываемая M. genitalium (MG), в настоящее время отнесена к инфекциям, передаваемым половым путем. Важной проблемой является рост устойчивости MG к антимикробным препаратам (АМП), прежде всего к макролидам (МАК) и фторхинолонам (ФХ). Данная проблема часто обусловливает неудачи терапии и не учитывается при назначении терапии пациентам.

Цель: научное обоснование алгоритма терапии пациентов с MG-инфекцией, учитывая бактериальную нагрузку возбудителя и антибиотикорезистентность.

Материалы и методы: объектом исследования явились пациенты с MG-инфекцией, находившиеся под наблюдением в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» в 2021–2023 г.г. (492 человека). В биологическом материале пациентов (соскобах/отделяемом со слизистой оболочки органов урогенитального тракта) методом ПЦР в режиме реального времени определялось наличие и концентрация ДНК (бактериальной нагрузки) M. genitalium. Мутации M. genitalium, ассоциированные с резистентностью к МАК (V домен гена 23S рРНК) и ФХ (ген parC), определялись методом секвенирования. Исследование выполнялось в несколько этапов.

Результаты. На первом этапе исследования методом ПЦР в реальном времени количественно определялась концентрация ДНК возбудителя. Отмечена

достоверная прямая зависимость между величиной концентрации ДНК MG и наличием клинических признаков заболевания, более выраженная среди мужчин, что явилось основанием для предложений по персонализации терапии инфекции в зависимости от величины бактериальной нагрузки возбудителя. На втором этапе исследования была установлена высокая частота мутаций устойчивости M. genitalium к АМП (общий показатель — 46,0%, устойчивость к макролидам — 20%, устойчивость к фторхинолонам — 13%, устойчивость к обоим видам АМП — 13%). По результатам обоих этапов исследования предложен алгоритм персонализированной терапии M. genitalium-инфекции, в котором учитывается и величина бактериальной нагрузки возбудителя, и результаты определения его чувствительности/резистентности к АМП. При низкой концентрации ДНК MG в биологическом материале пациента (≤ 104 /ГЭ/мл) и обнаружении нуклеотидных замен в 23S rRNA-гене MG, свидетельствующих о резистентности к МАК, пациенту назначается Доксициклин (тетрациклин) из расчета 100 мг 2 р/с 10 суток (2,0 г на курс); если же обнаруживаются мутации в parC и gyrA-генах QRDRs MG, свидетельствующие о резистентности к ФХ, пациенту назначается Азитромицин (макролид) по 1,0 г однократно (на курс 1,0). При высокой концентрации ДНК MG в биологическом материале пациента (> 104 /ГЭ/мл) и обнаружении нуклеотидных замен в 23S rRNA-гене MG, свидетельствующих о резистентности к МАК, пациенту назначается Моксифлоксацин (фторхинолон) в дозе 400 мг 1 р/с 10 суток (до 4,0 г на курс); если же обнаруживаются мутации в parC и gyrA-генах QRDRs MG, свидетельствующие о резистентности к ФХ, пациенту назначается более интенсивное лечение: в качестве начальной терапии рекомендуется Доксициклин (тетрациклин) в дозе 100 мг 2 р/сут 10 дней (на курс 2,0), что снижает нагрузку возбудителя на организм и облегчает его эрадикацию, затем Азитромицин (макролид) по 1 г однократно в начальной дозе, затем 500 мг 1 раз в сутки 3 дня (суммарная доза азитромицина 2,5 г). При одновременном обнаружении молекулярных маркеров резистентности к МАК и ФХ применяется Алгоритм персонализированной терапии MG-инфекции № 2. При этом в случае низкой концентрации ДНК MG в биологическом материале пациента назначают Доксициклин (тетрациклин) из расчета 100 мг 2 р/с 10 суток (2,0 г на курс). Если концентрация ДНК MG в биологическом материале пациента является высокой, назначается сильнодействующий АМП Пристиномицин, антибиотик группы стрептограминов (1 г четыре раза в день в течение 10 дней).

Заключение: предложенный персонализированный алгоритм терапии MG-инфекции обладает более высокой клинической и фармакоэкономической эффективностью в сравнении с общепринятыми подходами, а также учитывает резистентность MG к АМП. Применение алгоритма позволит снизить число неудач лечения и осложнений MG-инфекции и своевременно прерывать эпидемиологическую цепочку распространения заболевания.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА, ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИИХ СЛУЧАЕВ

Каирова А. Н., Ефрим О. И., Графкина К. Ю.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Кутузовский»
г. Москва

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum), передающееся преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением. По данным официального государственного статистического наблюдения, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости в целом по Российской Федерации (в 2000 г.— 164,5 случая на 100000 населения, в 2010 г.— 44,9 случая, в 2020 г.— 10,4 случая). Своевременное и качественное распознавание сифилитической инфекции имеет важное значение не только для самого пациента, но и для его окружения. К сожалению, несмотря на многочисленные образовательные мероприятия, публикации, междисциплинарные конференции, диагностика сифилиса по-прежнему может представлять определенные трудности, в особенности у специалистов смежных специальностей. Представлены 3 клинических наблюдения, когда специалисты не смогли своевременно распознать сифилис и специфическая терапия начата с опозданием. 1. Пациент Е., 22 лет, обратился к терапевту 07.01.2026 с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей в течение 1 недели, сухой кашель, выставлен диагноз L30.9 — Дерматит неуточненный. Проводимая терапия: Раствор Дексаметазон 1 мл 1 раз в сутки в течение 3 дней; Таблетки Дезлоратадин 5 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней; Таблетки Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней. Проводимая терапия без положительного эффекта. 14.01.2026 пациент самостоятельно обратился к врачу-дерматовенерологу, при осмотре выявлены характерные для вторичного сифилиса мелкопапулезные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, пятна поствоспалительной пигментации на коже полового члена. И анамнеза случайный половой контакт в середине ноября 2025 года. После получения положительных результатов обследования на сифилис (–РМП с кардиолипиновым антигеном: 4+ т. 1:64; антитела к Treponema pallidum методом РПГА: обнаружены 4+ т. 1:2560; антитела к Treponema pallidum методом ИФА: суммарные антитела обнаружены (КП 13,5); ИФА Ig M обнаружены (КП 4,3); РИФ 4+/4+; РИБТ 100%) пациенту диагностирован Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, проводится курс специфической терапии. 2. Пациент А., 42 лет, обратился в частный центр к врачу-дерматовенерологу 29.12.2025 с высыпаниями на коже туловища, конечностей, в течение 2 недель получал лечение дезинтоксикационными, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами — без положительного эффекта. 15.01.2026 отметил появление головной боли, повышенной потливости, повышение температуры тела до 40,0 С, жидкий стул, дискомфорт в горле, вновь обратился к врачу в частный центр и был направлен на госпитализацию в инфекционную больницу. При госпитализации пациент сообщил, что в ноябре имел незащищенные половые контакты с новой партнершей. В декабре отмечал появление мелких эрозий в области крайней плоти, связывал с рецидивом «генитального герпеса». При осмотре выявлены характерные для вторичного сифилиса мелкопапулезные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, пятна поствоспалительной пигментации на коже полового члена. Назначено исследование крови на Treponema pallidum. Инициировано лечение ex juvantibus цефтриаксоном 1 г 1 раз в сутки внутримышечно с 16.01.2026 до получения результатов. Проводимая терапия с выраженным положительным эффектом. После получения положительных результатов обследования на сифилис (–РМП с кардиолипиновым антигеном: 4+ т. 1:16; антитела к Treponema pallidum методом РПГА: обнаружены 4+; антитела к Treponema pallidum методом ИФА: суммарные антитела обнаружены (КП 3,2); ИФА Ig M обнаружены (КП 6,8)) пациенту диагностирован Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, направлен к дерматовенерологу по месту жительства. 22.01.2026 обратился к врачу-дерматовенерологу, проводится курс специфической терапии. 3. Пациент К., 37 лет, в течение 1 месяца наблюдался у врача-уролога в частном медицинском центре с диагнозом «генитальный герпес», проводимая наружная терапия с положительным эффектом. При подготовке к процедуре трансплантации волос в частном центре обнаружены положительные РМП Treponema pallidum. 17.01.2026 пациент самостоятельно обратился к врачу-дерматовенерологу, при осмотре кожные покровы и видимые слизистые розового цвета, без патологических высыпаний. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Придатки кожи не изменены. Наружные половые органы развиты правильно, перианальная область без особенностей. На коже полового члена пятна поствоспалительной пигментации. Из анамнеза случайный половой контакт 01.12.2025 года. После получения положительных результатов обследования на сифилис (–РМП с кардиолипиновым антигеном: 4+ т. 1:4; антитела к Treponema pallidum методом РПГА: обнаружены 3+; антитела к Treponema pallidum методом ИФА: суммарные антитела не обнаружены; ИФА Ig M обнаружены (КП 4,1); РИФ -/3+; РИБТ отрицательная) пациенту диагностирован Ранний сифилис скрытый, проводится курс специфической терапии. Таким образом, в представленных нами наблюдениях диагностические ошибки были допущены терапевтом, урологом, дерматовенерологом. Прогноз заболевания существенно зависит от стадии процесса на момент первоначальной диагностики. Ранняя диагностика и лечение крайне важны для предотвращения прогрессирования заболевания. Для повышения эффективности профилактических мероприятий требуется систематическое совершенствование профессиональной подготовки врачей

всех специализаций. Создание чётких диагностических критериев и современных высокоинформативных лабораторных методов, их грамотное применение и корректная интерпретация данных способствуют снижению количества ошибочных и запоздалых диагнозов, а также обеспечивают выбор оптимальной тактики лечения.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ПО ЛОКУСАМ У ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

Макарова Е. В., Соловьев А. М.
ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России г. Москва

Актуальность. Несмотря на некоторое снижение распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), после 2021 года в период пандемии новой короновирусной инфекции, по данным CDC и ECDC отмечается рост заболеваемости ИППП мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). В РФ данная категория пациентов официально не представлена в статистических документах. МСМ используют вариативные модели полового поведения, что расширяет возможности входных ворот ИППП и способствует более высокому риску инфицирования.
Цель исследования. Изучить топические варианты инфицирования ИППП у МСМ. Материалы и методы. В исследовании участвовали 174 МСМ, отобранных на основании результатов анкетирования. Клиническое обследование включало в себя сбор анамнеза, физикальный и дерматовенерологический осмотр. Лабораторные исследования включали скрининг на трансмиссивные инфекции (сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С), а также тестирование материала из уретры и прямой кишки на наличие возбудителей ИППП микроскопическими и молекулярно-биологическими методами.
Результаты исследования. Наличие ИППП было подтверждено у 83 (47.7%) из 174 МСМ. У 29 (16.7%) МСМ были выявлены трансмиссивные инфекции: сифилис у 2 (1.1%) МСМ, гепатит В — у 6 (3.4%) МСМ, антитела к вирусу гепатита С — у 17 (9.8%) МСМ, ВИЧ-инфекция — у 6 (3.4%) МСМ. У 60 (34.5%) МСМ выявлены возбудители инфекций аногенитального тракта:: гонококковая инфекция у 21 (12.1%), трихомонадная инфекция у 5 (2.9%), хламидийная инфекция у 24 (13.8%), микоплазменная инфекция у 27 (15.5%) МСМ. ИППП в уретре и в прямой кишке одновременно обнаружили у 8 человек (13.3%) из 60 МСМ с ИППП, только в уретре у — 38(63.3%) человек, только в прямой кишке у — 14 (23.3%) человек. Гонококковая инфекция была выявлена у 21 (35%) из 60 инфицированных МСМ: уретрально — в 14 случаях, одновременно в уретре и прямой кишке — в 4 случаях, ректально — в 3 случаях. Трихомонадная инфекция была обнаружена у 5 (8.3%) МСМ и только в уретре. Хламидийная инфекция была обнаружена у 24 (40%) МСМ, из них в уретре — у 17 пациентов, одновременно в уретре и прямой кишке — у 1 пациента и только в прямой кишке — у 6 пациентов. Микоплазменная инфекция была обнаружена у 27 (45%) МСМ, из них в уретре — у 20 пациентов, одновременно в уретре и прямой кишке — у 1 пациента и только в прямой кишке у 6 пациентов. Обсуждение. Важным для данной категории пациентов являлось сочетание инфицирования урогенитального тракта и прямой кишки: ИППП только в уретре выявлены у 38 (45.8%) пациентов из 83 ИППП, только в прямой кишке — у 14 (16.9%) пациентов, сочетание инфицирования урогенитального тракта и прямой кишки — у 8 (9.6%) пациентов, из которых у 6 установлено совпадение инфекций в урогенитальном тракте и прямой кишке. Расхождение инфекционных агентов выявлено у 2 пациентов: в прямой кишке выявлена гонококковая инфекция, а в мочеиспускательном канале — сочетанная инфекция (хламидийно-микоплазменная-трихомонадная инфекция).
Вывод. Вариативность полового поведения мужчин, практикующих секс с мужчинами обуславливает топическое разнообразие клинических проявлений инфекций, передаваемых половым путем, что должно настораживать практических врачей в плане диагностического поиска и требует применения расширенного алгоритма диагностики ИППП.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОИНФЕКЦИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Плескачева А. Р., Артамонов К. В.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8» г. Санкт-Петербург

К инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), относится около 30 патогенов бактериального, вирусного и паразитарного происхождения. Среди самых распространенных во всем мире ИППП бактериальные и паразитарные излечимые инфекции — сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз и вирусные инфекции — гепатит В, вирус простого герпеса (ВПГ), вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус папилломы человека (ВПЧ). ИППП имеют чрезвычайно высокую распространенность во всем мире. Инфекция ВПЧ ежегодно становится причиной более 600000 случаев рака шейки матки (РШМ) и 350000 смертей от РШМ. В многочисленных исследованиях сообщалось, что коинфекции между различными типами ВПЧ и ИППП, не связанными с ВПЧ, такими как Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum и Herpesvirus, связаны с персистенцией ВПЧ, диспластическими и неопластическими поражениями шейки матки. Оценку риска канцерогенеза при таких коинфекциях можно проводить на основании анализа уровней вирусной нагрузки и степени интеграции ВПЧ в геном клетки человека, частоту возникновения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) различной степени. Нами проанализированы результаты обследования 9310 ВПЧ-позитивных женщин, обратившиеся в (лечебно-профилактические учреждения) ЛПУ Санкт-Петербурга по поводу ИППП и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью в 2019–2023 гг. Среди обследуемых 1576 больных ИППП, 845 половых партнеров больных ИППП, 6889 женщин без жалоб и клинических проявлений заболевания, обратившиеся в КВД или другие ЛПУ для обследования, в том числе 5182 женщины, обследованные по поводу заболеваний недерматовенерологического профиля (гинекологической, урологической патологии), 1707 — женщины с особенностями полового анамнеза. Средний возраст обследованных составил 33,6 (±11,28) лет. Проводили расчёты 95% доверительных интервалов (95% ДИ) показателей заболеваемости. Для оценки достоверности различий показателей в группах использовали расчет критерия хи-квадрат ($\chi 2$) Пирсона. Критический уровень значимости принимался $p<0,05$. Всего в исследуемой группе выявлено 480 случаев CIN, частота выявления CIN I и CIN II среди всех обследованных (n=9310) составила 5,16% (95% ДИ 4,71–5,6). Частота выявления CIN среди больных ИППП (n=1576) — 12,31% (95% ДИ 10,69–13,93), всего 194 случая, что более чем в два раза превышало частоту выявления CIN в группе больных недерматовенерологического профиля (n=5182) — 275 случаев, 5,31% (95% ДИ 4,7–5,92), различия достоверны ($p<0,001$). Частота выявления CIN среди здоровых половых партнеров лиц с выявленными ИППП (n=845) — 0,59% (95% ДИ 0,07–1,11), 5 случаев и в группе здоровых женщин, имеющих высокий риск инфицирования ИППП вследствие особенностей анамнеза (n=1707) — 6 случаев, 0,35% (95% ДИ 0,07–0,63) оказалась сопоставимы ($p>0,05$) и достоверно ($p<0,001$) отличались от показателя в группах больных пациенток. При анализе степени тяжести выявленной дисплазии у пациенток выяснено что в группе больных ИППП (n=1576) CIN I выявлена в 164 случаях, 10,41% (95% ДИ 8,9–11,91), CIN II в 30 случаях, 1,9% (95%

ДИ 1,23–2,58), что было также достоверно выше, чем в группе больных недерматологического профиля (n=5182) 199 случаев CIN I, 3,84% (95% ДИ 3,32–4,36), 46 случаев CIN II, 0,89% (95% ДИ 0,63–1,14), p<0,001. В то же время у 30 недерматологических больных выявились случаи CIN III, что составило 0,58% (95% ДИ 0,37–0,79). В группе больных ИППП CIN III не выявлялись. Полученные результаты подтверждают идею о том, что конфекция ВПЧ и других, не связанных с ВПЧ ИППП обеспечивает нишу для персистенции ВПЧ, создает среду для клеточной трансформации и последующего развития CIN и РШМ. Значительные отличия частоты выявления CIN в группе больных ИППП по сравнению с группой больных недерматовенерологического профиля свидетельствуют о значительной роли хронического воспаления, сопровождающего ИППП в возникновении клеточных неоплазий.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ИППП

Колиева Г. Л., Потекаев Н. Н., Кисина В.И, Фриго Н. В., Гущин А. Е.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Введение. Полнота выявления инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) — гонококковой, хламидийной, трихомонадной и M. genitalium-инфекций, имеет важное значение для формировании достоверных статистических данных о заболеваемости ИППП, своевременного назначения лечения, предотвращения возможных осложнений репродуктивной функции населения.

Цель. Оценить эффективность оказания традиционной медицинской помощи при ИППП и/или сопутствующими урогенитальными инфекциями и с использованием Моделей ведения пациентов.

Материалы и методы. На базе МНПЦДК ДЗМ был проведен сравнительный анализ амбулаторных карт 390 пациентов с ИППП и/или сопутствующими урогенитальными инфекциями (группа 1), получавшими специализированную медицинскую помощь соответствии с традиционной практикой и с применением Моделей пациентов (пилотный проект, n=280, группа 2). Эффективность оказания специализированной медицинской помощи осуществлялась с учетом таких показателей, как полнота изучения анамнестических данных, объем, характер и результаты применение диагностических тестов, полнота оценки эффективности лечения, частота обследования половых партнеров пациентов с ИППП. Сравнение эффективности осуществлялось методами статистического анализа (расчет процентных долей в группах, анализ четырехпольных таблиц сопряженности, подсчет критерия Хи–квадрат с использованием онлайн калькулятора).

Результаты. Наибольшую эффективность Моделей ведения пациентов с ИППП показали критерии полноты изучения анамнеза пациентов: «данные о причине обращения», «данные о половых партнерах» и «данные о перенесенных в прошлом ИППП у женщин», «сексуальная практика» (p <0,001); диагностические параметры «чувствительность» и «специфичность» (p <0,05) за счет преимуществ внедрения мультипраймерного молекулярно-биологического теста NCMT для диагностики ИППП (гонококковая, хламидийная, трихомонадная и M. genitalium-инфекции, что позволило повысить показатели чувствительности и специфичности исследований до 98% и существенно (не менее чем в 2–3 раза) сократить время обследования пациентов. Применение критерия «частота использования полимеразной цепной реакции (ПЦР-тестов)» в отношении обследования на условно-патогенные микроорганизмы в качественном варианте позволило на 34% снизить финансовые затраты на проведение необоснованно применяемых исследований. Кроме этого, ведение пациентов с использованием Моделей пациентов привело:

— к повышению выявления экстрагенитальных форм ИППП на 2,1%, что способствует предупреждению развития реинфекции у пациента и инфицирования половых партнеров;

— к повышению частоты выявления бактериального вагиноза (БВ), кандидозного вульвовагинита (КВВ) и аэробного вагинита (АВ) у 49% женщин, что значительно повысило эффективность оказания медицинской помощи, за счет увеличения частоты обнаружения соответствующих патологических состояний, излечение которых, привело к снижению возможных осложнений;

— к повышению частоты выявления негонококкового уретрита (НГУ) на 18,5% (мужчины);

— к повышению частоты выявления кандидозного баланопостита на 3,6% (мужчины);

— к повышению выявления вируса папилломы человека (ВПЧ-инфекции) на 4,3% пациентов;

— к увеличению на 67% полноты охвата обследования половых партнеров пациентов; к повышению частоты выявление вируса простого герпеса (ВПГ) 1/2 типа: Herpes Simplex Virus на 0,5% пациентов.

Заключение. Анализ результатов внедрения Моделей ведения пациентов продемонстрировал повышение качества оказания медицинской помощи при ИППП и/или сопутствующих урогенитальных заболеваниях. Для каждой из 5 Моделей ведения пациентов с ИППП предложены четкие алгоритмы назначения рекомендуемых и дополнительных лечебно-диагностических услуг при различных клинических ситуациях, что позволяет повысить эффективность и качество оказания специализированной медицинской помощи, снизить финансовую нагрузку.

СОЧЕТАНИЕ СИФИЛИСА И РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Барсегян А. В., Шульгина И. Г., Яськова И. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Сочетание сифилиса и рассеянного склероза. Клинические наблюдения. Барсегян А. В., Шульгина И. Г., Яськова И. В., филиал «Первомайский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» Сифилис –инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, возбудитель –Treponema pallidum (TP). Считается, что сифилис не является аутоиммунным заболеванием, но может запускать или имитировать аутоиммунные процессы: 1.Молекулярная мимикрия (главный механизм): TP имеет белки и липидные структуры, схожие с собственными молекулами человеческого организма, особенно фосфолипиды и белки нервной ткани, иммунитет вырабатывает антитела к TP, которые ошибочно начинают атаковать собственные тканевые структуры, в результате формируется аутоиммунная реакция. 2. Хроническая иммунная активация: сифилис- инфекция системная и длительно протекающая, в результате происходит постоянная стимуляция B- и T- лимфоцитов, утрата иммунной толерантности, появление патологических аутоантител. 3. Повреждение тканей и формирование аутоантигенов: TP повреждает эндотелий сосудов, нервную ткань, кожу и слизистые, разрушенные ткани высвобождают аутоантигены, которые иммунная система раньше не определяла, в результате формируется иммунный ответ против собственных структур. Рассеянный склероз (РС) — это хроническое прогрессирующее нейродегенеративное аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое поражает головной мозг, спинной мозг, зрительные нервы. При РС собственная иммунная система человека ошибочно атакует и разрушает миелиновую оболочку нервных волокон. В результате появляется множество рассеянных рубцовых очагов (демиелинизирующих бляшек) на различных участках головного и спинного мозга. Нейросифилис может имитировать РС по симптомам (онемение, слабость в конечностях, нарушение зрения, проблемы с координацией, нарушение чувствительности, когнитивные расстройства) и на МРТ (очаги в белом веществе мозга воспалительного генеза, которые похожи на демиелинизирующие очаги, в ликворе имеются воспалительные изменения, олигоклональные полосы при РС неспецифичны.

Решающим критерием дифференциальной диагностики является выявление в периферической крови и ликворе положительных серологических тестов на сифилис. Мы наблюдали 3-х пациенток с сифилисом в сочетании с РС. Больная М, 1978 года рождения, А53.9 от 05.12.2025, сопутствующий диагноз РС от 30.08.2025. Выявлена при обследовании у невролога. Неврологические симптомы появились в 2022 году. При обслебдовании в филиале «Первомайский» от от 18.11.2025: РМП «отрицательно», РПГА 4 1:640, ИФА суммарный КП 2,42, IgM уне выявлены, Ig G обнаружены КП 3,6, РИФ 200 отрицательная, РИФ абс 3, РИБТ отрицательная, ИБ IgG положительный. У полового партнера (муж) А53.0 от 04.12.2025, в браке 15 лет. Консультирована в МГРЦДС 04.12.2025, от ликворологического исследования отказалась категорически. Получила специфическое противосифилитическое лечение в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ, находится на КСК, получает лечение у невролога по поводу РС. Больная О. 1990 года рождения, А 51.3 от 27.12.2024 (розеола туловища). Обратилась в филиал «Первомайский» самостоятельно. При обследовании РМП 4 1:32, РПГА 4 1:2560, ИФА сумм КП >17,3, у полового партнера А 51.5 от 10.01.2025. Получила специфическое противосифилитическое лечение в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ, находится на КСК, от 24.03.2025 РМП 3, РПГА 4 1:640. Наблюдается неврологом с февраля 2025 года, когда появились головокружения и онемение конечностей. На МРТ от 02.2025 определялись множественные очаговые изменения характерные для РС. Назначалась патогенетическая терапия с положительным эффектом. 29.10.2025 года был выставлен неврологический диагноз: РС, ремиссия (G35). 3. Больная К. 1965 года рождения, А53.0 от 01.12.2020, РС от 2010 года, ремиссия. Выявлена при медосмотре. В анамнезе со слов получала лечение по поводу сифилиса в 2005 году, документы не представила. Половая жизнь отсутствует несколько лет. От 17.11.2020 РМП 3 1:2, РПГА 4 1:1280, ИФА КП =13,3, РИФ 200 4, РИФ абс 4, РИБТ 61%. От ликворологического обследования отказалась категорически. Получила специфическое противосифилитическое лечение в 2020 году и дополнительное лечение в марте 2024 года в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ, продолжает КСК.

Выводы. Сочетание сифилиса и РС- редкие, но клинически очень важные случаи. Нейросифилис может имитировать РС. Скрининговое обследование на сифилис 100% неврологических больных, тщательный сбор анамнеза и проведение ликворологического серологического обследования являются оправданными для проведения дифференциальной диагностики данных заболеваний.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И УРОВНЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ДНК ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ, ПОЛУЧЕННОМ ТРАДИЦИОННО И САМОСТОЯТЕЛЬНО ПАЦИЕНТОМ.

Анохина Л. С.[1], Кисина В. И.[1], Гущин А. Е. [1], Шарапова Е. Н.[1]
[1]Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва.

Введение. Уровень **бактериальной нагрузки ДНК микроорганизмов, включая возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в настоящее время рассматривается как фактор, влияющий на вероятность передачи, выраженность клинических симптомов, риск неудачи терапии и формирование антибиотикорезистентности. При этом, значения уровня бактериальной нагрузки ДНК микроорганизмов могут зависеть от способа получения биоматериала (медицинским работником или самостоятельно пациентом). Для разработки новых стратегий скрининга на ИППП с помощью молекулярно-биологических методов исследования (количественной ПЦР-тест), важно провести сравнительную оценку диагностической эффективности и уровня бактериальной нагрузки ДНК возбудителей ИППП в образцах биоматериала, полученного медицинским персоналом и самостоятельно пациентом.**

Цель: провести сравнительную оценку уровня бактериальной нагрузки ДНК возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* **и** *M. genitalium)* в образцах биоматериала, полученного медицинским работником и самостоятельно пациентом.

Материалы и методы. Проведено обследование 256 пациентов (176 мужчин и 80 женщин) в возрасте 18–72 лет, обратившихся в филиалы ФГБУ МНПЦДК ДЗМ с целью скрининга на ИППП. После получения письменного информированного согласия сразу после традиционного (медицинским работником) получения биоматериала, участники исследования самостоятельно осуществляли забор первой порции мочи (мужчины) или вагинального секрета (женщины) с использованием специального одноразового устройства. Все образцы были исследованы методом ПЦР в реальном времени на детекцию ДНК *N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. Vaginalis.* **Кроме этого, проведен сравнительный анализ уровня бактериальной нагрузки ДНК возбудителей ИППП в образцах биоматериала, полученного одновременно различными способами.**

Результаты. Всего возбудители ИППП идентифицированы у 85 (33,2%) из 256 пациентов: у 56 (31,8%) из 176 мужчин и у 29 (36,2%) из 80 женщин. *C. trachomatis* **выявлены у 35 (22 мужчин и 13 женщин),** *M. genitalium* **— у 10 (9 мужчин и 1 женщины),** *N. gonorrhoeae* **— у 47 (30 мужчин и 17 женщин) пациентов,** *T. vaginalis* **— у 1 женщины. В образцах биоматериала, полученного медицинским работником возбудители ИППП выявлены у 82 (32,0%) из 256; при самозаборе — у 80 (31,3%) из 256 пациентов. Сравнительный анализ результатов лабораторной диагностики** *C.trachomatis, M.genitalium, N.gonorrhoeae* **и** *T.vaginalis* **показал отсутствие статистически значимых различий между частотой и характером их выявления при получении биоматериала медицинским работником и самозаборе пациентом:** *Chlamydia trachomatis* **выявлены в 13,3% (n-34) в 13,7% (n-35) (МакНемар p=1,000);** *Mycoplasma genitalium* **— в 3,5% (n-9) и в 3,1% (n-8) (МакНемар p=1,000);** *Neisseria gonorrhoeae* **— у 18,0% (n-46) и 17,2% (n-44) (МакНемар p=0,617) случаев соответственно.** *Trichomonas vaginalis* **выявлены у одной женщины в образцах вагинального биоматериала, полученного как медицинским персоналом, так и при самозаборе пациенткой. Также осуществлялась сравнительная оценка уровня бактериальной нагрузки ДНК возбудителей ИППП, выявленных в образцах биоматериала, полученного одновременно медицинским персоналом и пациентом самостоятельно: для** *C.trachomatis* **медиана концентрации ДНК составляла $1,0*10^5$ ГЭ/мл и $4,1*10^3$ ГЭ/мл (p<0,001); медиана концентрации ДНК** *N.gonorrhoeae* **— $1,83*10^6$ ГЭ/мл и $9,8*10^4$ ГЭ/мл (p<0,001); медиана концентрации ДНК** *M.genitalium* **— $9,0*10^3$ ГЭ/мл, $2,6*10^3$ ГЭ/мл (p-0,142) соответственно.** Уровень концентрации ДНК *T.vaginalis* у одной пациентки был сопоставим при получении биоматериала с применением двух методик и составил $3,6*10^4$ ГЭ/мл. **Как видно из представленных данных, концентрация ДНК** *C.trachomatis, M.genitalium, N.gonorrhoeae* **при самостоятельном заборе биоматериала была несколько ниже, чем при заборе медицинским персоналом, однако статистическая значимость была достигнута только для** *Chlamydia trachomatis* **и** *Neisseria gonorrhoeae*.

Выводы. Сравнительный анализ результатов исследования продемонстрировал отсутствие статистически значимых различий в частоте детекции возбудителей ИППП в образцах биологического материала, полученного одновременно медицинским персоналом и самостоятельно пациентом. Уровень бактериальной нагрузки ДНК *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* в образцах биоматериала, полученных самостоятельно, был достоверно ниже по сравнению с образцами, взятыми медицинскими работниками. Различия по уровню бактериальной нагрузки ДНК *M. genitalium* и ДНК *T. vaginalis* достоверно не отличались при сравнении самозабора и получения биоматериала медицинским персоналом. Следует подчеркнуть, что диагностическая эффективность выявления возбудителей ИППП не зависела от уровня бактериальной нагрузки ДНК изучаемых инфекционных агентов. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности внедрения технологии самостоятельного получения биологического материала в программы скрининга на ИППП.

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ МЕР БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шустова В. Н., Шустов Н. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер»; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина», институт медицины и здоровьесбережения.
г. Тамбов

Введение. Социальная значимость ИППП определяется их отрицательным влиянием на социально-экономическое развитие области, страны, человеческий потенциал, на организм человека в целом (прежде всего на репродуктивное здоровье) и одной из причин инвалидизации при отсутствии специфического лечения на ранних стадиях заболевания. Проблема диагностики сифилиса последние годы стоит наиболее остро. Это связано с увеличением в структуре заболеваемости скрытых, поздних и атипичных форм. Особую обеспокоенность вызывают низкие показатели заболеваемости в Тамбовской области по сравнению с заболеваемостью в Российской Федерации, Центральном федеральном округе и соседних регионах.
Цель исследования. Провести анализ количества проведенных обследований на сифилис в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ ТОКВКД за последние годы и сопоставить данные с заболеваемостью и выявляемостью сифилиса на территории Тамбовской области.
Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ журналов регистрации обследований на сифилис, отчетных документов, материалов и количества выявленных случаев сифилиса в клинико-диагностической лаборатории диспансера. Глубина анализа составила 18 лет: 2008–2025 гг.
Результаты. Проведенный анализ показал резкое снижение количества произведенных обследований с 338 908 в 2008 году до 39 156 в отчетном (в 8,6 раза), что связано с возможностью проведения данного вида обследования в любом медицинском учреждении любой формы собственности, имеющем в своем составе лабораторию.
При сопоставлении данных количества обследований в диспансере и количества выявленных случаев сифилиса в регионе, наблюдается прямо пропорциональная зависимость этих двух показателей. Это подтверждают показатели и отчетного года: с ростом заболеваемости отмечается и рост обследований на сифилис, проводимых в нашем диспансере. По анализу территорий, на которых выявлены случаи сифилиса, так же отмечается, что практически все заболевшие сифилисом выявляются в лаборатории ГБУЗ ТОКВКД.
В 2025 году в лаборатории ГБУЗ ТОКВКД выполнено всего 18% (1/5 часть) от всех специфических тестов, проведенных на территории Тамбовской области, при чем первичноположительных результатов на долю нашего диспансера приходится 82% от общего числа. Неспецифических тестов выполнено у нас всего 10% (1/10 часть), а первичноположительных результатов 38%.
Лаборатория диспансера с 1967 по 2012 год имела статус централизованной серологической лаборатории. На сегодняшний день используются уникальные методы диагностики сифилиса, которые не делают ни в одной другой лаборатории области (РПГА, РИФ абс, РИФ 200, РИФ-ц, РИФ с капиллярной кровью из пальца). В 2022 году отмечена отличительным знаком «100 лучших товаров».
В течение всего времени работы лаборатории по детекции сифилиса проводится внутренний контроль качества с ежедневным мониторингом качества исследований с использованием контрольных материалов и панелей контрольных образцов. С 1998 года лаборатория участвует во внешней оценке качества, осуществляемой путем межлабораторных сличительных испытаний. Выполняются контрольные работы по всем направлениям диагностики. По итогам ежегодно получает свидетельства об успешном участии в данных испытаниях. Это все говорит об опыте сотрудников отделения и высочайшем качестве проводимых исследований.
По данным главного внештатного специалиста МЗ ТО по лабораторной диагностике в оценке качества ФСВОК из государственных учреждений здравоохранения области принимают участие только 4 больницы из 50, проводящих данный вид исследований.
Заключение. Основная задача на данном этапе — не только и не сколько предупредить рост заболеваемости сифилисом посредством санитарно-просветительской работы, сколько выявить все случаи данного заболевания на территории Тамбовской области, провести полноценное специфическое лечение, тщательное санитарно-эпидемиологическое расследование каждого случая для предотвращения серьезной эпидемиологической ситуации по заболеваемости сифилисом в ближайшие годы, сократить финансовые и трудовые потери, связанные с данной ситуацией.
Огромное значение в постановке диагноза сифилиса имеет лабораторное исследование. Современные методы лабораторной диагностики обладают высокой клинической чувствительностью, специфичностью, неоднозначными критериями интерпретации полученных результатов, требуя высокого профессионально уровня специалистов как лабораторий при проведении данного исследования, так и врачей-дерматовенерологов при интерпретации полученных результатов.
Для решения данной проблемы необходимо вернуть централизацию как лабораторного обследования, так и лечебного процесса всех категорий граждан в специализированную государственную лечебную сеть.

КОСМЕТОЛОГИЯ

3D КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА КОСМЕТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ГЕМИСКЛЕРОДЕРМИИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Беляева Т. В., Серая В. А., Кузина М. Ю., Морадиказеруни Диба, Скакодуб А. А., Осминина М. К.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
г. Москва

Введение: Линейная гемисклеродермия лица (склеродермия по типу «удар саблей» (en coup de sabre)) (ГСЛ) представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание, приводящее к прогрессирующему фиброзу кожи и подлежащих тканей. Поражение тканей лица приводит к грубым косметическим и анатомическим дефектам лица и зубочелюстной области, что снижает качество жизни пациентов. Поэтому, одной из задач является объективная оценка истинной глубины и распространенности косметического дефекта, выходящего далеко за рамки видимых кожных изменений. Традиционные методы клинического осмотра не позволяют количественно оценить вовлеченность глубоких структур, что необходимо для планирования проведения липофилинга и других операций по коррекции косметического дефекта лица.
Цель. Провести количественный анализ мягкотканных и костных изменений у детей ГСЛ на основе данных 3D конусно-лучевой компьютерной томографии (3D КЛКТ) для определения характера и объема косметического дефекта.
Материалы и методы: В ретроспективное исследование включены данные 11 пациентов (средний возраст 13,6 ± 3,1 года) с установленным диагнозом. Всем пациентам было проведено 3D КЛКТ-исследование в рамках диагностического протокола. На основании стандартизированных линейных замеров проведен сравнительный анализ симметричных анатомических точек. Критерием выраженности изменений служил рассчитанный процент отклонения (Δ,%): [(Vпораж — Vздоровая) / Vздоровая] * 100%, где отрицательные значения свидетельствовали об атрофии. Учитывались длительность заболевания до начала системной терапии и длительность терапии на момент исследования. Статистический анализ проведен с применением стандартного программного обеспечения.
Результаты: Поражение мягких тканей выявлено у всех пациентов (100%, 11/11), костной ткани — у 90,9% (10/11). Множественный характер поражения (≥2 анатомические зоны лица) отмечен для мягких тканей у 90,9% (10/11) и для костной ткани у 54,5% (6/11) пациентов. Максимальный выявленный дефицит тканей достигал 95,7% для кости и 79,6% по сравнению с непораженной стороной лица для мягких тканей, составляя в среднем 34,8% и 51,2% соответственно. Длительность заболевания до начала терапии варьировала от 4 до 48 месяцев (в среднем 17 мес.). Пациенты с наибольшей длительностью неконтролируемого течения демонстрировали и наиболее выраженные атрофические изменения. Обсуждение: Полученные данные демонстрируют, что косметический дефект при гемисклеродермии лица у детей в подавляющем большинстве случаев носит характер сочетанной, глубокой и часто множественной атрофии, затрагивающей как мягкие, так и костные ткани. Выявленная прямая зависимость между длительностью болезни до лечения и глубиной атрофии подчеркивает важность максимально ранней диагностики и начала терапии для предотвращения формирования необратимых дефектов. 3D КЛКТ позволяет количественно оценить характер и глубину дефектов при ГЛС.
Выводы: 1. Косметический дефект при гемисклеродермии лица у детей в 90,9% случаев является сочетанным (мягкие ткани и кость). 2. Глубина атрофии может достигать критических значений (в среднем 34,8% для кости и 51,2% для мягких тканей), что определяет необходимость объемной коррекции. 3. 3D КЛКТ является методом выбора для объективной оценки характера и степени выраженности всех компонентов дефекта.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС И КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.

Раджабова М. М.
ООО «МК-Клиника»
г. Мытищи

Введение. В 2024 г число операций в круглосуточных стационарах России составило 12 млн единиц, что на 1,8% больше, чем годом ранее. По прогнозу SYNOPSIS этот показатель может достичь 13,8 млн ед к 2027 г. И, даже если не касаться проблемы развития нежелательных явлений и осложнений как послеоперационного периода в целом, так и в области послеоперационной раны, для многих пациентов очень важным вопросом остается эстетическая составляющая и качество рубца на коже в области послеоперационной раны. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является перспективной технологией, которая может применяться с целью профилактики развития и лечения осложнений и нежелательных явлений в области послеоперационной раны, которые могут оказать влияние на процессы рубцевания и качество послеоперационного рубца.
Цель. Оценка эффективности фотодинамической терапии в области послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде. Влияние фотодинамической терапии на процессы заживления и качество рубца в позднем и отсроченном послеоперационных периодах.
Материалы и методы. На сегодняшний день фотодинамическая терапия является одной из перспективных и высокоэффективных технологий в эстетической медицине. Для фотодинамической терапии в нашей клинике используются отечественные лазерный и светодиодные аппараты, генерирующие световое излучение 662 нм и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглюкаминовой соли хлорина-е 6. На базе клиники был разработаны протоколы применения фотодинамической терапии как монометода, так и в виде комбинированного последовательного и сочетанного применения ФДТ с рядом аппаратных технологий и инъекционных методик в области послеоперационной раны и послеоперационных рубцов в различные периоды после оперативных вмешательств с целью профилактики и лечения нежелательных явлений и осложнений, что в итоге благоприятно сказывается на качестве послеоперационных рубцов. С этой целью фотодинамика применялась в следующих клинических случаях: 1. В ноябре 2022 года обратилась пациентка с просьбой провести реабилитацию сразу после ушивания рвано-ушибленно-резанной раны нижней губы, которую получила на катке. В связи с обстоятельствами получения травмы отмечался высокий риск развития гнойно-воспалительных осложнений и последующего патологического рубцевания. 2. В июне 2024 года обратилась пациентка сразу после операции на кисти по поводу стенозирующего лигаментита сгибателя среднего пальца левой руки. У пациентки признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани и в анамнезе отмечаются проблемы с процессами заживления и рубцевания. В обоих случаях совместно с пациентами было принято решение о проведении фотодинамической терапии, были разработаны соответствующие протоколы ФДТ. Во втором случае процедуры фотодинамической терапии сочетались с инъекционной карбокситерапией (ИКТ) и инъекциями препаратов на основе коллагена.
Результаты. В обоих случаях результаты применения фотодинамической терапии были удовлетворительные и отслеживались на протяжении полутора лет. Отмечались противовоспалительный, антибактериальный, обезболивающий эффекты ФДТ. Послеоперационные периоды проходили без осложнений и нежелательных явлений. В обоих случаях качество и эстетические свойства послеоперационных рубцов и в раннем и позднем послеоперационном периоде были удовлетворительными.
Выводы. Фотодинамическая терапия — уникальная технология, которая показывает высокую эффективность в профилактике и лечении нежелательных

явлений и осложнений в области послеоперационной раны, которые могут влиять на процессы рубцевания и в последующем эстетическом качестве рубца. Все это обусловлено механизмом действия фотодинамической терапии и объясняется разнообразием клеток-мишеней, участвующих в развитии осложнений и нежелательных явлений в области послеоперационной раны. Немалую лепту в высокую эффективность фотодинамической терапии вносит дополнительное мощное фототерапевтическое действие светового излучения, применяемого при проведении ФДТ. Фотодинамика оказывает антибактериальное, противовоспалительное, иммуномодулирующее, противоотечное и повышающее регенераторный потенциал эффекты, может применяться с целью реабилитации после различных оперативных вмешательств. Фотодинамическая терапия в силу своего механизма действия способствует укорочению периода заживления и формирования в последующем рубцов хорошего качества и с хорошим эстетическим эффектом.

ИЗУЧИТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАЗМОЙ

Саидвалиева С. С., Ходжаева Н. Б.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Введение Мелазма является хроническим приобретённым дерматозом, характеризующимся симметричными очагами гиперпигментации преимущественно на открытых участках кожи лица. Заболевание отличается склонностью к длительному течению и частым рецидивам, что обусловливает значительное снижение качества жизни пациентов и сохраняет актуальность поиска патогенетически обоснованных подходов к терапии. В последние годы в патогенезе мелазмы всё большее внимание уделяется роли оксидативного стресса, который рассматривается как один из ключевых механизмов активации меланоцитов. Избыточное образование реактивных форм кислорода способствует стимуляции тирозиназы, усилению синтеза меланина, повреждению клеточных мембран и нарушению регуляции воспалительных и сосудистых реакций в коже.
Цель исследования Изучить состояние антиоксидантной системы (PAT, d-ROMs, OSI) у больных с мелазмой. Материал и методы Обследовано 22 пациентов с клинически подтвержденным диагнозом мелазмой в возрасте от 34 до 46 лет. Всем пациентам проведено лабораторное исследование показателей антиоксидантного потенциала плазмы (PAT, U.COR), уровня реактивных форм кислорода (d-ROMs, U.CARR) и индекса оксидативного стресса (OSI). Для оценки взаимосвязи между изучаемыми показателями применяли корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона (r).
Результаты Анализ антиоксидантного потенциала плазмы крови показала, что у большинства пациентов с мелазмой отмечается выраженное снижение антиоксидантной защиты. Значения PAT ниже референсного уровня зарегистрированы у 80,0% обследованных, тогда как нормальные показатели выявлены лишь у 20,0% пациентов, что свидетельствует о недостаточности антиоксидантных механизмов. Изучение показателей d-ROMs выявило повышение уровня реактивных форм кислорода у 80,0% больных, отражая активацию процессов свободнорадикального окисления. Только у 10,0% пациентов показатели d-ROMs находились в пределах нормы, а также у 10,0% — ниже референсных значений. Анализ индекса оксидативного стресса (OSI) продемонстрировал его повышение у 80,0% пациентов, что указывает на выраженный дисбаланс между прооксидантной активностью и антиоксидантной защитой. Лишь у 20,0% обследованных значения OSI соответствовали физиологической норме. Корреляционный анализ выявил очень сильную прямую корреляционную связь между показателями d-ROMs и OSI ($r = 0,98$; $p < 0,001$), что подтверждает ведущую роль реактивных форм кислорода в формировании высокого уровня оксидативного стресса. Между показателями PAT и OSI установлена умеренная прямая корреляция ($r = 0,43$; $p > 0,05$), что указывает на тенденцию к увеличению индекса оксидативного стресса при снижении антиоксидантного потенциала организма, однако без достижения статистической значимости в данной выборке. **Заключение** У больных мелазмой выявлены выраженные нарушения прооксидантно-антиоксидантного равновесия, проявляющиеся снижением антиоксидантного потенциала плазмы (PAT), повышением уровня реактивных форм кислорода (d-ROMs) и значительным увеличением индекса оксидативного стресса (OSI). Установленная статистически значимая сильная корреляционная связь между d-ROMs и OSI подтверждает ключевую роль оксидативного стресса в патогенезе мелазмы. Это обосновывает необходимость включения антиоксидантной коррекции в комплексную терапию мелазмы и индивидуализации лечебных подходов с учётом лабораторных показателей оксидативного статуса.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ANTI-AGE СТРАТЕГИИ В КОСМЕТОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Эллинская К. А., Эллинский Д. О.
ПИМУ
Москва

Актуальность. Старение кожи является проявлением системного процесса, в котором ключевую роль играют инфламэйджинг, дисбиоз микробиома кишечника и дефициты нутриентов, усиливающие окислительный стресс и деградацию внеклеточного матрикса (Dorf & Maciejczyk, 2024). Нарушение оси «кишечник–кожа» приводит к транслокации липополисахаридов, активации рецептора TLR4 и повышению провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α), что усугубляет пигментацию, снижает эффективность коллагеностимуляции и замедляет ремоделирование рубцовой ткани (Liaquat et al., 2025). Циркадные дисритмии нарушают суточные колебания трансэпидермальной потери воды и пролиферации кератиноцитов, снижая регенераторный потенциал кожи (Kirchner et al., 2023). Игнорирование системных факторов ограничивает результативность аппаратных и инъекционных методик. Механизмы комплексной оценки. Определение уровня системного воспаления, выявление дефицитов по макро и микронутриентам, оценка пищевой непереносимости, анализ микробиома кишечника для пациентов с пигментацией, рубцами и антиэйджинг программах. Клинические наблюдения. Представлены клинические наблюдения пациенток с возрастными изменениями кожи, мелазмой и постакне-рубцами, для которых кроме аппаратных и инъекционных методик проводилось обследование и коррекция выявленных нарушений.
Выводы. Оценка системного воспалительного статуса, микробиома кишечника, пищевой непереносимости и нутриентных дефицитов расширяет возможности персонализации антиэйдж-терапии. Нутрициологические вмешательства (БАДы, коррекция микробиома, противовоспалительная диета) усиливают эффективность аппаратных и инъекционных методик при пигментации, возрастных изменениях и рубцах. Данный подход следует рассматривать как адъювант к стандартной косметологической терапии, а не как её замену, что позволяет достичь устойчивых клинических результатов и удлинить ремиссию.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Раджабова М. М.
ООО «МК-Клиника»
г. Мытищи

Введение. Герпетическая инфекция сегодня является одной из самых распространенных, с возрастом численность инфицированных вирусом простого герпеса растет, так если к 13 годам инфицированность достигает, в среднем 80%, то уже к 15 годам этот показатель составляет примерно

90%, в более старшем возрасте численность инфицированных составляет практически 100%. В клинической практике врачи-косметологи все чаще встречаются с пациентами с кожными проявлениями герпетической инфекции разной степени тяжести, которые в некоторых случаях могут развиваться как осложнения косметологических процедур, либо могут быть противопоказаниям к проведению запланированных процедур. Одним из принципов лечения кожных проявлений простого герпеса является устранение очага поражения на коже, с которым может справится локальная фотодинамическая терапия (ФДТ).

Цель. Оценка эффективности применения фотодинамической терапии кожных проявлений герпетической инфекции у пациентов косметологического профиля. Материалы и методы. На базе ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия применяется с 2014 года. Используя опыт зарубежных и отечественных врачей разных специальностей, отмечавших высокую эффективность противовирусного действия ФДТ в стоматологии, акушерстве и гинекологии и пр., фотодинамическая терапия в нашей клинике применяется для терапии кожных проявлений герпесвирусной инфекции различной степени тяжести таких, как герпетический хейлит, постгерпетическая эрозия, герпетический везикулярный дерматит разных локализаций. Кожные проявления простого герпеса у пациентов косметологического профиля практически всегда являются противопоказанием к проведению различных косметологических процедур, во многих случаях обострение герпетической инфекции и развитие ее кожных проявлений являются следствием проведения косметологических процедур. Фотодинамическая терапия проводится нами с применением аппаратов отечественного производства, генерирующих световое излучение с длиной волны 662 нм и топических фотосенсибилизаторов хлоринового ряда на основе диметиглюкаминовой соли хлорина-е 6. Системная и топическая противовирусная терапия, которая является традиционной в подобных ситуациях, проводится не всегда по ряду обоснованных причин.

Результаты. При назначении и последующем проведении фотодинамической терапии вышеперечисленных патологий в нашей клинике однозначно у всех пациентов мы получили высокую эффективность без назначения системной и топической противовирусной терапии, так как в ряде случаев пациенты либо отказывались от ее проведения, либо имели противопоказания к ней. Почти во всех случаях отмечалось быстрое восстановление кожи в очаге поражение и сокращение сроков выздоровления и достижения ремиссии.

Выводы. Фотодинамическая терапия обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим и противовирусным действием, причем с высокой эффективностью, и позволяет во многих случаях избежать назначения системной и топической противовирусной терапии по разным причинам, и, соответственно, исключить развитие системных и побочных явлений традиционных методов лечения, сократить сроки выздоровления и полное восстановление кожи в зоне поражения. ФДТ может применяться на этапе подготовки к косметологическим манипуляциям с целью профилактики обострения герпетической инфекции, а также для лечения кожных проявлений обострения простого герпеса, развившихся как постпроцедурное осложнение или носящих характер противопоказаний к планируемым вмешательствам.

НАВИГАЦИЯ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДОЗИРОВАНИЯ

Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Хамраева М.
Ташкентский государственный медицинский университет Республика Узбекистан, г. Ташкент

Возрастные изменения верхней трети лица во многом обусловлены гиперактивностью и функциональной асимметрией мимических мышц. Стандартные схемы ботулинотерапии, основанные преимущественно на анатомических ориентирах и визуальной оценке выраженности морщин, не всегда учитывают индивидуальные особенности мышечной активности, что может приводить к гиперкоррекции, асимметрии и снижению предсказуемости эстетического результата.

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности индивидуализированного дозирования ботулотоксина типа А с использованием поверхностной электромиографии (пЭМГ) по сравнению со стандартной методикой инъекций. В исследование включены 126 женщин в возрасте 35–60 лет, обратившихся для коррекции мимических морщин верхней трети лица. Пациентки были распределены на две сопоставимые группы: контрольную (n=63), где дозы ботулотоксина определялись по стандартным клиническим рекомендациям с учётом выраженности морщин по шкале Facial Wrinkle Scale (FWS), и основную (n=63), в которой дозирование осуществлялось индивидуально на основании количественных параметров пЭМГ. В основной группе анализировались амплитуда, латентность и интегральный индекс активации (AI) четырёх ключевых мышц: m. frontalis, m. corrugator supercilii, m. procerus и m. orbicularis oculi. Клиническая и функциональная оценка проводилась до лечения, через 12 дней, 1 месяц и 4 месяца. До начала терапии группы были сопоставимы по степени выраженности морщин и исходным значениям FWS. В основной группе суммарная доза ботулотоксина была ниже в среднем на 6–9% по сравнению со стандартной схемой, преимущественно за счёт зон glabella и frontalis. Несмотря на меньший объём введённого препарата, в первые 1–2 месяца клинический эффект по шкале FWS был сопоставим в обеих группах. К четвёртому месяцу наблюдения в основной группе отмечалось более длительное сохранение клинического эффекта, что подтверждалось более плавным восстановлением индекса активации мышц по данным пЭМГ. Дополнительно установлено, что коррекция функциональной асимметрии была значительно более выраженной при ЭНМГ-навигации и составляла 38–42% по сравнению с 18% в контрольной группе. Частота побочных эффектов, таких как асимметрия и избыточная релаксация лба, в основной группе была ниже в 2,5–3 раза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что индивидуализация доз ботулотоксина с использованием поверхностной электромиографии обеспечивает сопоставимый или более длительный клинический эффект при меньшей суммарной дозе препарата, улучшает коррекцию функциональной асимметрии и снижает риск нежелательных реакций. Применение пЭМГ может рассматриваться как эффективный навигационный инструмент персонализации ботулинотерапии верхней трети лица.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «NAD⁺ И NMN» В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Перцева Е. В., Проценко Т. В.
ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького. Кафедра дерматовенерологии и косметологии г. Донецк

Цель. Оценить эффективность применения препаратов NAD⁺ и NMN для коррекции возрастных изменений тканей лица у женщин с признаками старения кожи. Материалы и методы. В исследовании участвовало 22 пациентки в возрасте от 37 до 57 лет, с клиническими проявлениями инволюционно измененной кожи лица. Критерии отбора для участия в исследовании: женщины 37–57 лет, с I–IV фототипом кожи по Фицпатрику, наличие инволюционных изменений кожи лица (сухая, обезвоженная кожа, комбинированный тип старения, снижение тургора тканей, эластоз, птоз), не получавших эстетического лечения, влияющего на воспринимаемый возраст последние три года, подписание информированного согласия на участие в исследовании и на фотодокументирование. Критерии исключения из исследования: мужчины; возраст младше 37 и старше 57 лет; V–VI фототипы кожи, выраженное фотостарение лица; проведение в анамнезе процедур контурной коррекции морщин, складок и объемов лица, нитевого лифтинга и пластической хирургии лица; проведение других косметологических процедур в предшествующие три года перед исследованием и в ходе исследования; участие в других исследованиях; беременность, период лактации; менопауза; резкая потеря веса; прием изотретиноина в течение

предшествующих 6 месяцев; склонность к формированию келоидных рубцов; нарушения свертываемости крови; онкологические заболевания, эндокринные нарушения; острые инфекционные, соматические заболевания и психоневрологические расстройства, ВИЧ, гепатит В и С; дерматозы; системные и аутоиммунные заболевания соединительной ткани с поражением кожи и подкожной клетчатки; прием глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов и других лекарственных средств, влияющих на реактивность кожи; гиперчувствительность к компонентам изучаемых медицинских изделий. Всем пациентам проводилось обследование, включающее сбор анамнеза, визуальный осмотр с оценкой упругости, эластичности и растяжимости кожи — по данным физикального исследования, определение фототипа кожи по шкале Фитцпатрика. Оценивали переносимость, ближайшие и отдалённые (до 6 месяцев) результаты разработанной программы коррекции. Оценивали рельеф кожи, пористость кожи, сосудистый и роговой патерн при дерматоскопии, эластичность. **Результаты** выражались в баллах и заносились в сводную таблицу. Косметологическая программа коррекции включала проведение процедур химического пилинга EXO-Peel 1 раз в 7 дней № 7 в сочетании с препаратами NAD^+ и NMN1 раз в 4 недели № 3. Особенности ежедневного домашнего ухода были рекомендованы с учётом типа и текущего состояния кожи.

Результаты. Переносимость разработанной программы у всех пациентов была удовлетворительной. Обращает внимание, что из 69 пациенток, обратившихся для реализации программы, для последующего ведения программы были отобраны только 22 (31,8%), а у остальных были выявлены противопоказания или активная текущая соматическая патология, которая требовала медикаментозной терапии соответствующих специалистов. Контроль эффективности процедур осуществлялся через 35±4 дня после третьей процедуры внутрикожного инъецирования препарата. Практически все пациентки отмечали улучшение тонуса кожи лица, цвета кожи (100%), повышение увлажненности (89%) и тургора (100%) кожи, уменьшение глубины морщин (83%), улучшение кожи периорбитальной области (83%). Оценка эффективности комбинации процедур врачом практически всегда совпадала с мнением самих пациенток.

Выводы. Проведенные исследования показывают необходимость отбора пациенток для проведения косметологической коррекции и комплексный подход с учетом текущего соматического состояния, типа старения, типа кожи. Использование препаратов NAD^+ и NMN безопасно и эффективно, способствует ревитализации кожи, характеризуется быстрым наступлением клинического эффекта. Положительный эффект выражается в улучшении качеств кожи: повышении ее эластичности и увеличении регенераторных способностей.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТИРОВАНИЯ

Проценко Т. В., Перцева Е. В., Арешидзе А. И.
ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького. Кафедра дерматовенерологии и косметологии г. Донецк

Цель: Оценка квалификационной подготовки слушателей, проходящих профессиональную переподготовку по косметологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета непрерывного медицинского и фармацевтического образования в 2023–2024 учебном году. Материалы. На основании разработанных тестовых карт проведен анализ исходного уровня знаний курсантов ПП по специальности Косметология. Опрошены 27 врачей.

Результаты ранжированы в зависимости от стажа работы и наличия квалификационной категории специалистов. **Результаты.** В последние годы у населения Российской Федерации наблюдается тенденция к изменению качества жизни и стремлению улучшить свой внешний вид. У широких социальных слоев общества потребность в квалифицированной косметологической помощи с каждым годом растет. В соответствие с профессиональными стандартами врача-косметолога, утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации No2н от 13 января 2021 года, к обучению были допущены только лица, имеющие высшее образование — специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Дерматовенерология». Из 27 врачей-дерматовенерологов сразу после ординатуры было 9 (33,4%) обучающихся, со стажем до 5-ти лет — 5 (18,5%), со стажем от 5-ти до 10 лет — 3 (11,1%), со стажем свыше 10 лет — 10 (37%). Для исследования были разработаны стандартизованные анкетные формы для опроса слушателей циклов, а также анализировались результаты стандартизированного тестирования по оценке профессиональных компетенций. Рассчитан средний балл в подгруппах. Тестирование осуществлялось перед началом процесса обучения по следующим темам: современные аспекты анатомии и гистологии кожи, современные аспекты анатомии и гистологии ПЖК, возрастные особенности структуры и функционального состояния кожи, определение типа кожи и основные этапы косметического ухода, пилинги (характеристика методов, классификация, показания, противопоказания), химические пилинги, контурная пластика (биодеградирующие и небиодеградирующие филлеры), осложнения контурной пластики (методы их профилактики и устранения), мезотерапия, фото- и хроностарение, рубцовые изменения кожи, гиноидная липодистрофия, типы кожи. В целом по доле правильных ответов респонденты по всем блокам распределились следующим образом: 49–40 баллов (удовлетворительно) — 22,8%; 59–50 баллов (хорошо) — 29,4%; 65–60 баллов (отлично) — 47,2%. Анализ полученных результатов позволил нам установить ряд тенденций. Выше оказались результаты тестирования среди курсантов с опытом работы более 10 лет. Хуже оказались результаты тестирования среди врачей после ординатуры, где минимальным было количество ответивших правильно на более чем 90% вопросов (но это касалось тем косметологического профиля). Наиболее оптимальными оказались результаты тестирования среди врачей до 5 лет и 5–10 лет работы. При анализе результатов тестирования наряду с процентом правильных ответов имеет значение время, затраченное на выполнение теста. 11,1% (3 человека) врачей завершили тест в течение 30 минут; 59,3% (16 человек) — от 30 до 45 минут; 22,2% (6 человек) — от 45 до 60 мин; а 7,4% (2 человека) — в течение 90 мин. Таким образом, проведенный анализ позволил выявить достаточно высокий уровень подготовки врачей-дерматовенерологов, проходящих ПП Косметология, большинство из которых более чем в 80% случаев дали правильные ответы на вопросы тестов. Знания отдельных разделов косметологии отличались среди испытуемых.

Выводы: Выявлены наиболее слабые места в подготовке врачей-косметологов, на которые необходимо обратить особое внимание на курсах постдипломной подготовки.

РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ

Безуглый А. П.[1], Белков П. А.[2], Безуглый Н. А.[2].
1 Академия постдипломного образования ФБГУ ФНКЦ ФМБА РФ;
2 клиника АНТА-Мед.
г. Москва

Поздние осложнения развиваются спустя месяцы и даже годы после процедур контурной пластикию Причинами осложнений могут быть воспалительные и аллергические реакции при взаимодействии с компонентами введенного препарата, погрешности техники введения, такие как гиперкоррекция, более поверхностное или более глубокое расположение филлера в тканях, попадание препарата в межфасциальные слои мышц. К поздним осложнениям относятся миграция филлера, развитие гранулем инородного тела, склерозирование дермы и подлежащих мягких тканей, абсцедирование, формирование нерезорбирующихся скоплений препарата, инкапсуляция филлера. **Целью** настоящего исследования: выявить высокочастотные ультразвуковые паттерны характерные для гранулемы инородног тела, нерезорбировавшихся депозитов филлера, фиброзных изменений дермы

и подкожной клетчатки, для дифференциации данных осложнений после введения филлеров. Материалы и методы. Исследовали кожу и мягкие ткани у 54 женщин с поздними осложнениями после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты. Сканирование проводили на частотах 22, 50 и 75 МГц, в зависимости от глубины расположения патологических очагов. В результате описаны высокочастотные ультразвуковые паттерны основных поздних осложнений контурной пластики. Нерезорбированные депозиты филлеров на основе гиалуроновой кислоты визуализируются на высокочастотных сканограммах в виде гипо-анэхогенных очагов с четкими контурами и признаками деформации окружающих мягких тканей. При проведении компрессионной пробы в области интереса форма гипоанэхогенного очага значительно изменяется. Гранулемы инородного тела в отличие от нерезорбированных деподитов имеют более плотную гипо-гетероэхогенную структуру и в большинстве случаеи окружены гиперэхогенным ободком, отражающим компрессию окружающих тканей. При проведении компрессионной пробы форма гранулемы практически не изменяется. Фиброзные изменения на высокочастотных сканограммах выявляются в виде гиперэхогенных областей округлой или овальной, а также в виде гиперэхогенных деформированных линейных тяжей в сердних и нижних отделах дермы и подлежащих тканях. При проведении компрессионной пробы в области интереса форма гипоерэхогенного очага не изменяется.
Заключение: Выявленные специфические высокочастотные паттерны гранулем инородного тела, нерезорбированных депозитов филлеров и фиброзных изменений в дерме и подлежащих тканях позволяют дифференцировать данные осложнения и проводить ультразвуковую навигацию при иньекциях препаратов для корреции поздних осложнений контурной пластики.

СОЧЕТАННЫЙ ПОДХОД КОРРЕКЦИИ МАЛЯРНЫХ ПАКЕТОВ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СМАС-ЛИФТИНГА И АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ ДРЕНАЖНОЙ МЕЗОТЕРАПИИ

Мороз О. Н.
Клиника эстетической медицины Ольги Мороз
г. Москва

Введение в проблему. Специфика анатомии малярных пакетов у лиц с славянским деформационным типом старения: Малярные пакеты представляют собой жировые отложения, расположенные в области щек, которые играют ключевую роль в формировании овала лица. С возрастом, а также под воздействием гравитации, наблюдается их опущение, что приводит к явлению, известному как «птоз». и ухудшению контуров лица. Причины изменений: Увеличение объема малярных пакетов может быть обусловлено несколькими факторами, включая накопление жировой ткани, потерю эластичности кожи и изменения в структуре подкожной клетчатки. Внешние факторы, такие как стресс, неправильное питание и недостаток физической активности, также способствуют прогрессированию этих изменений.
Технология: Устройство высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (HIFU), которое проникает в глубокие слои дермы, стимулируя синтез коллагена и эластина. Данная технология обеспечивает подтяжку кожи и улучшение ее текстуры.
Эффекты применения: Применение ультразвука способствует улучшению микроциркуляции и обмена веществ в тканях, что дополнительно помогает в борьбе с отечностью и способствует улучшению общего состояния кожи. Дренажная мезотерапия «Стройное лицо».
Принципы методики: Методика включает введение авторского состава на основе венотоников и других активных компонентов, направленных на улучшение микроциркуляции и дренажа тканей.
Механизм дренажа: Мезотерапия активирует лимфатическую систему, что способствует выведению токсинов и излишков жидкости из организма, тем самым уменьшая отечность и улучшая контуры лица. Сочетанный подход.
Преимущества комбинированного использования: Сочетание сфокусированного ультразвука и дренажной мезотерапии позволяет достичь более значительных клинических результатов по сравнению с использованием каждого метода отдельно. Это обусловлено синергическим эффектом, который усиливает действие каждой из методик.
Синергия методов: Улучшение состояния кожи после проведения ультразвукового лифтинга повышает эффективность мезотерапии. В результате пациенты получают более выраженный эффект подтяжки и улучшения овала лица. Клинические результаты.
Примеры успешных случаев: Представление клинических примеров пациентов, которые проходили курс сочетанного лечения, с акцентом на достигнутые результаты.
Отзывы пациентов: Сбор отзывов пациентов о восприятии изменений в внешнем виде и самочувствии после процедур, а также использование визуальных материалов для демонстрации эффекта.
Заключение. Рекомендации по применению. Подчеркивается важность индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом его анатомических особенностей и пожеланий. Рекомендуется проводить курс процедур с интервалом 2–4 недели для достижения оптимальных результатов.

ТРИХОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ КАРБОКСИТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Раджабова М. М.
ООО «МК-Клиника»
г. Мытищи

Введение. В последние годы инъекционная карбокситерапия (ИКТ) стремительно набирает популярность различных областях медицины, в том числе и в трихологии. Технология представляет собой введение медицинского углекислого газа в виде внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций. Инъекционная карбокситерапия отличается широким спектром терапевтических эффектов, сравнительно легко переносится пациентами, имеет высокую результативность, в частности при различных видах выпадения волос. Достоинствами ИКТ является наличие относительно малого количества противопоказаний и общеоздоравливающее действие на весь организм.

Цель иссследования. Оценка влияния инъекционной карбокситерапии на процессы микроциркуляции крови и газообмена в коже волосистой части головы.

Материалы и методы. Для инъекционной карбокситерапии используется отечественный аппарат-дозатор и медицинский углекислый газ, отличающийся высокой степенью очистки. Процедура карбокситерапии в трихологии включает в себя подкожные инъекции углекислого газа в 3 этапа: общий, регионарный и локальный этапы воздействия. Процедура переносится спокойно, пациенты ощущают легкую болезненность в момент введения углекислого газа. Через несколько минут после введения углекислого газа пациенты часто испытывают ощущение тепла, легкого приятного покалывания в области введения. До и после проведения инъекционной карбокситерапии в первую процедуру дополнительно проводится лазерная допплеровская флоуметрия с целью мониторинга влияния инъекционной карбокситерапии на процессы микрогемоциркуляции и газообмена локально в коже волосистой части головы и на системном уровне.

Результаты. На основании данных лазерной допплеровской флоуметрии, которую мы проводим пациентам до и после процедуры карбокситерапии, мы можем утверждать, после процедуры инъекционной карбокситерапии значимо меняются показатели микрогемоциркуляции и оксигенации клеток как на локальном уровне (кожа волосистой части головы), так и на системном уровне. Показатели общей перфузии, нутритивного кровотока увеличиваются в 1,5–3 раза, шунтирующий кровоток, в свою очередь, может, как и снижаться, так и увеличиваться в той же кратности, как и общая перфузия тканей. Также увеличивается показатель окислительного метаболизма в 1,5–3 раза, что свидетельствует об интенсификации газообмена и означает увеличение поступления кислорода в ткани и клетки с активизацией процессов клеточного дыхания и энергетического обмена.

Выводы. Увеличение показателя общей перфузии тканей и нутритивного кровотока происходит за счет увеличения площади общего сечения сосудов микроциркуляции, увеличивается приток крови в тканях, что ведет к усилению процессов фильтрации жидкой части крови в интерстициальное пространство и к увеличению объема тканевой жидкости и первичной лимфы, то есть наблюдается эффект лимфостимуляции и отмечается детоксикационно-дренажное действие ИКТ, связанное с активизацией лимфотока. Данные лазерной допплеровской флоуметрии коррелируют с результатами капилляроскопии. У пациентов восстанавливается рост волос, при этом увеличивается его скорость, что также положительно сказывается на плотности волос, о чем свидетельствуют результаты трихоскопии. Учитывая основные патогенетические механизмы развития алопеции, нетоксичность углекислого газа и его важное физиологическое значение, с большой уверенностью можно утверждать, что инъекционная карбокситерапия оказывает мощное воздействие на процессы микроциркуляции крови и газообмена, как минимум, в коже волосистой части головы и имеет высокую эффективность у трихологических пациентов.

ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПРИ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРА ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА: ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИЛИ РЕАКЦИЯ НА ПОХУДЕНИЕ?

Леденцова С. С., Леденцов А. А., Бондарева Е. Ю.
ООО «Клиника Светланы Леденцовой»
г. Санкт-Петербург

Введение. Агонисты рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1) (семаглутид, лираглутид, дулаглутид и др.) широко применяются в терапии сахарного диабета 2 типа и ожирения. Их использование сопровождается клинически значимым снижением массы тела, что определяет рост числа пациентов, получающих данную терапию. В последние годы в клинической практике и пострегистрационных наблюдениях отмечаются сообщения о выпадении волос у пациентов на фоне лечения аГПП-1. В то же время известно, что быстрое снижение массы тела само по себе может провоцировать телогеновую алопецию вследствие метаболического стресса, дефицита белка и микронутриентов. Отсутствие четких данных о патогенетической связи между аГПП-1 и выпадением волос требует анализа данного явления с позиций дерматологии.

Цель. Оценить характер и частоту выпадения волос у пациентов, получающих терапию аГПП-1 и определить, является ли данное состояние прямым побочным эффектом препарата либо реакцией волосяных фолликулов на быстрое снижение массы тела.

Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование с участием 86 пациентов (72 женщины и 14 мужчин) в возрасте от 24 до 58 лет с ожирением I–III степени, получавших семаглутид или лираглутид в течение 6 месяцев. Критериями исключения являлись наличие андрогенетической алопеции, заболевания щитовидной железы, анемия, выраженный дефицит ферритина (<30 нг/мл), а также недавние хирургические вмешательства. Оценивались динамика массы тела, индекс массы тела (ИМТ), показатели ферритина, витамина D, общего белка, а также трихоскопические показатели. Интенсивность выпадения волос определялась с помощью теста натяжения и фототрихограммы. Контрольная точка — 3 и 6 месяцев терапии.

Результаты. Среднее снижение массы тела за 6 месяцев составило 11,8±4,6% от исходного показателя. Жалобы на усиленное выпадение волос предъявили 28 пациентов (32,6%), преимущественно женщины (89%). Клиническая картина соответствовала диффузной телогеновой алопеции: положительный тест натяжения, увеличение доли телогеновых волос до 28–35% по данным фототрихограммы в андроген-зависимой и андроген-независимой зонах, отсутствие признаков миниатюризации фолликулов. Начало выпадения отмечалось через 8–16 недель от старта терапии и коррелировало с периодом наиболее интенсивного снижения массы тела ($r=0,62$; $p<0,05$). У 64% пациентов с жалобами на выпадение волос выявлено снижение уровня ферритина без снижения показателей гемоглобина; у 39% — недостаточность витамина D. Прямой зависимости между дозой препарата и выраженностью алопеции не выявлено. В 21 случае наблюдалась спонтанная регрессия выпадения к 6-му месяцу без отмены терапии при условии нутритивной коррекции.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что выпадение волос при терапии аГПП-1 носит характер реактивной телогеновой алопеции,

ассоциированной с быстрым снижением массы тела и относительным нутритивным дефицитом. Отсутствие признаков фолликулярной миниатюризации и дозозависимого эффекта снижает вероятность прямого токсического воздействия аГПП-1 на волосяной фолликул. Патогенетически вероятны механизмы, связанные с энергетическим дефицитом, изменением уровня лептина и инсулиноподобного фактора роста-1, а также перераспределением ресурсов организма в условиях катаболизма. Схожие клинические проявления описаны после бариатрических операций и строгих гипокалорийных диет. Важным фактором является субклинический дефицит железа и витамина D, выявленный у значительной части пациентов. Таким образом, выпадение волос следует рассматривать как маркер метаболического стресса, а не как специфический дерматотоксический эффект аГПП-1.

Вывод. Выпадение волос у пациентов, получающих терапию агонистами рецептора ГПП-1 в большинстве случаев представляет собой обратимую телогеновую алопецию, связанную с быстрым снижением массы тела и нутритивными факторами, а не прямой побочный эффект препарата. Пациентам, начинающим терапию аГПП-1, целесообразно проводить оценку нутритивного статуса, мониторинг ферритина и витамина D, а также информировать о возможном временном усилении выпадения волос. Междисциплинарный подход с участием эндокринолога и дерматолога позволяет минимизировать выраженность данного явления без необходимости отмены эффективной метаболической терапии.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОГО И ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Жураева М. З.
Ташкентский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Гнездная алопеция относится к иммунно-опосредованным заболеваниям с многофакторным патогенезом, в основе которого лежат нарушения иммунной регуляции и активация аутоиммунного воспаления. При среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания отмечается выраженная клиническая активность, склонность к прогрессированию и высокая частота рецидивов. Стандартные методы терапии в данной категории пациентов нередко оказываются недостаточно эффективными, что обуславливает необходимость внедрения патогенетически обоснованных терапевтических подходов и объективной оценки их клинической эффективности. **Цель** исследования: оценить клинико-диагностические особенности и эффективность патогенетической терапии с применением барицитиниба у пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением гнездной алопеции.

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением гнездной алопеции. Больные были распределены на две группы: контрольную (n=58), получавшую стандартную терапию, и основную (n=52), где стандартное лечение дополнялось барицитинибом. Степень тяжести заболевания оценивалась по индексу SALT, динамика клинического процесса анализировалась с использованием трихоскопии. Обследование проводилось до начала лечения и в процессе терапии. Группы были сопоставимы по исходным показателям.

Результаты. В контрольной группе снижение индекса SALT составило 7,7% при среднетяжёлом и 8,1% при тяжёлом течении. Трихоскопически сохранялись признаки активности воспалительного процесса. В основной группе на фоне применения барицитиниба снижение SALT составило 50,9% при среднетяжёлом и 47,4% при тяжёлом течении. Отмечено уменьшение количества жёлтых и чёрных точек, снижение числа пеладных волос и увеличение доли вновь растущих волос.

Выводы. Применение барицитиниба в составе комплексной терапии обеспечивает достоверно более выраженное снижение показателей индекса SALTi и улучшение трихоскопических параметров по сравнению со стандартным лечением. Полученные данные подтверждают клиническую эффективность патогенетической терапии у пациентов со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами гнездной алопеции.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2024: ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.

Сафонова Л. А.
Российский биотехнологический университет Медицинский институт непрерывного образования, кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии
г. Москва

Гнездная алопеция (ГА) (alopecia areata) — хроническое рецидивирующее органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся нерубцовым поражением волосяного фолликула и иногда ногтевых пластинок, со стойким или временным выпадением волос. Частота встречаемости ГА — у 0,1–0,2% населения в целом и 0,7–3,8% пациентов дерматолога. Риск возникновения в течение жизни составляет 1,7%, и встречается в равной степени как у мужчин, так и у женщин. Дебютирует заболевание в 32,4–63% в возрасте до 20 лет, у 20% больных — в возрасте старше 40 лет, и у 12% — после 50 лет. У 7% заболевание может перейти в тяжелую форму потери волос с хронически-рецидивирующим течением процесса. При этом, у 85% больных отмечается более одного эпизода заболевания. При манифестации ГА до пубертатного возраста вероятность развития тотальной алопеции составляет 50%. Эпизоды выпадения волос непредсказуемы. ГА может негативно влиять на психологическое благополучие и качество жизни пациентов и связана с депрессией и тревожностью. Терапия проводится с целью восстановления роста волос, но доказать ее эффективность в долгосрочной перспективе не представляется возможным. Вероятность спонтанной ремиссии при гнездной алопеции: 1/3 — в течение 6 месяцев, 1/2 — в течение 1 года, 2/3 — в течение 5 лет; по истечении этого срока полные ремиссии встречаются редко. Процент рецидивов в течение 5 лет — 80%, в течение 20 лет — 100%. Процент полной ремиссии при тотальной и универсальной форме алопеции при продолжительности заболевания от 5 лет составляет 1% у детей и менее 10% у взрослых. Режим лечения при ГА определяется возрастом пациента, степенью, временем развития процесса и наличием других сопутствующих патологий и обстоятельств. В настоящее время нет такого метода лечения, которое может изменить или остановить естественное течение заболевания, однако существуют методы, способные стимулировать отрастание волос у части пациентов. В 2024 году Общероссийской общественной организацией «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» были разработаны клинические рекомендации по ГА, которые были одобрены Научно-практическим Советом Минздрава РФ и утверждены Минздравом РФ. Четыре фактора определяют тактику лечения ГА: это патогенетическая основа заболевания, клинический вариант заболевания, активность патологического процесса и возраст пациента. Согласно клиническим рекомендациям при активной стадии ГА назначают противовоспалительную терапию, цель которой — подавление цитотоксических Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов: системные кортикостероиды, иммунодепрессанты, ингибиторы янус-киназ. При хронической стадии на фоне уменьшения воспалительных реакций противовоспалительная терапия дополняется средствами, улучшающими микроциркуляцию в тканях и обладающими антифиброзной и антисклеротической активностью. Также добавляют прием витамина Д3, препарата цинка, биотина. Системные кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон) чаще назначаются перорально, дозы, кратность и длительность приема определяется степенью тяжести процесса, сопутствующей патологией и возрастом пациента. Согласно клиническим рекомендациям, системные кортикостероиды мы можем назначать детям с 15 летнего возраста. То же самое относится и к назначению иммунодепрессантов (метотрексата и циклоспорина). Впервые в клинические рекомендации включены селективные иммунодепрессанты — ингибиторы Jak-киназ — барицитиниб и тофацитиниб, которые мы можем использовать детям с 15 лет и взрослым. Также в клинических рекомендациях учтены дефицитные состояния в виде дефицита железа, цинка, витамина D, которые являются немаловажными причинами выпадения волос. Указано, что недостаток цинка в организме влияет на состояние кожных покровов в виде нарушения кератинизации, роста и структуры волос. А также дефицит витамина D — недостаточность

биологических эффектов витамина D в организме человека проявляется в замедлении пролиферации эпидермиса и угнетении роста волосяных фолликулов. В клинических рекомендациях также детально прописано лечение наружными препаратами отдельных форм ГА у взрослых и детей. Лечение ГА — процесс длительный и требующий терпения и настойчивости как от врача, так и от пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Радионова В. В.
ООО «Клиника Светланы Леденцовой». г. Санкт-Петербург; КПМед, г. Москва

Актуальность. Андрогенная алопеция (АГА) — самый распространенный вид облысения, который встречается практически у 80% людей в возрасте 50 лет. АГА встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, оказывая существенное негативное влияние на качество жизни за счет выраженного косметического эффекта. Что касается женщин, то перименопаузальный период характеризуется также пиком распространенности гинекологических заболеваний, в частности аномальных маточных кровотечений, в основе которых чаще лежит органическая патология, такая как миома матки, аденомиоз, гиперпластические процессы в эндометрии, а также их сочетание. Аномальные маточные кровотечения могут не иметь органического субстрата. Тем не менее, какой бы конкретно вариант аномальных маточных кровотечений мы ни рассматривали, все они сопровождаются обильной кровопотерей, которая ведет к анемизации женщины и, в последующем, к усугублению течения АГА, а также подразумевает лечение гормональными препаратами. Терапия АГА не оказывает выраженного эффекта на течение гинекологической патологии, в отличие от гормонотерапии, которая используется для лечения аномальных маточных кровотечений.
Обсуждение проблемы. Гормонотерапия аномальных маточных кровотечений включает в себя следующие группы препаратов согласно клиническим рекомендациям: левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы 52 мг (ВМС-ЛНГ), комбинированные оральные контрацептивы, гестагены в пролонгированном режиме, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. ВМС-ЛНГ обладает высоким профилем безопасности и эффективности в отношении лечения аномальных маточных кровотечений, но за счет выраженного андрогенного эффекта этого гестагена отмечается негативное влияние на течение андрогенной алопеции. Комбинированные оральные контрацептивы — большая группа препаратов, включающая комбинации эстрогенов и гестагенов с различными профилями андрогенной и антиандрогенной активности. Они достаточно эффективны с точки зрения купирования кровотечений. При выборе препарата для конкретной пациентки необходимо руководствоваться в том числе наличием у нее диагноза «андрогенная алопеция» с целью подбора комбинированного орального контрацептива с нейтральными в отношении андрогеновых рецепторов профилем или антиандрогенными свойствами. Аналогичными принципами необходимо пользоваться при выборе гестагенов для назначения в пролонгированном режиме для данной категории пациенток. Препараты из группы агонистов гонадотропин-рилизинг гормона, терапевтический эффект которых основан на создании гипоэстрогенного состояния у женщины, будут ухудшать течение АГА. Но использование данной категории препаратов ограничено по времени: чаще всего это 4 или 6 месяцев, крайне редко — более длительно ввиду риска осложнений, связанных с длительной гипоэстрогенией.
Вывод. Препаратами выбора при аномальных маточных кровотечениях у пациенток с андрогенной алопецией являются комбинированные оральные контрацептивы и гестагены с отсутствием андрогенной или наличием антиандрогенной активности с целью исключения негативного влияния на течение АГА.

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА КОЖИ И ОТРАСТАНИЯ СТЕРЖНЕЙ ВОЛОС У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Башмалух Н. В., Николаева Т. В., Полякова В. С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ г. Оренбург

Цель. Оценить динамику макроскопических изменений цвета кожи и отрастания стержней волос у мышей линии C57BL/6 в модели андрогенетической алопеции (АГА), на фоне применения милиацина. Материалы и методы. Объектом исследования в эксперименте длительностью 28 дней явились 60 самцов мышей линии C57BL/6, разделенные на 6 групп по 10 особей в каждой. Животным всех групп была проведена индукция анагена путем депиляции стержней волос с кожи спины под эфирным наркозом. Исследование проводилось согласно этическим нормам и правилам обращения с лабораторными животными. Модель АГА была воспроизведена во всех опытных группах путем, ежедневного нанесения 0,1% геля тестостерона из расчета 5 мг/кг. Животные были распределены по группам: первая — группа контроля, составили интактные животные; вторая — модель АГА; третья — животные получали 5% раствор миноксидила; четвертая — животные получали состав, состоящий из кристаллического милиацина, растворенного в полиоксиэтилированном сорбитаноолеате из расчета 30 мг/мл основы; пятая — группа плацебо; шестая — животным перорально вводился милиацин, растворенный в триацилглицеридах, из расчета 2 мг/кг веса животного через день. Кристаллический милиацин получали стандартным способом. Ежедневно, в течении 28 дней животных всех групп осматривали и фотографировали при естественном освещении на камеру смартфона. С помощью программного обеспечения ImageJ измерялась площадь области депиляции. Была разработана балльная шкала оценки роста волос, где для каждого цвета кожи и степени отрастания стержней волос присваивался балл.
Результаты. Макроскопические изменения регистрируемые у животных второй опытной группы — модели АГА — подтверждают клинические проявления болезни и соответствуют гистопатологическим результатам полученным ранее, в отличие от группы животных получавших милиацин топически, где макроскопическая картина не являлась отражением микроскопической картины, а именно — визуально наблюдалось разрежение роста волос и участки черного цвета кожи над которой появились кончики стержней волос, а гистологически наблюдалось высокая плотность волосяных фолликулов на единицу площади кожи и самый высокий удельный вес волосяных фолликулов в анагене, что свидетельствует о нивелировании влияния тестостерона и продлении стадии анагена. Группа животных, получавших миноксидил, макроскопически соответствовала клиническому действию миноксидила. Группа плацебо оказалась сопоставима с результатами группы животных модели АГА при визуальной и гистологической оценке. У пятой группы животных, получавших милиацин внутрь наблюдались очаги разрежения стержней волос, что говорит об эффективности действия милиацина при топическом применении.
Выводы. Отрастание стержней волос — целевой клинический показатель. Надежным прогностическим фактором является клинико-патогистологическая корреляция.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Карасев Е. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Россиийский государственный социальный университет» (РГСУ)
г. Москва

Андрогенетическая алопеция (АГА) — это наиболее часто встречающийся тип облысения как у мужчин, так и у женщин. При АГА происходит прогрессирующее уменьшение волосяных фолликулов. Это приводит к истончению и выпадению волос, а в дальнейшем — к формированию очагов облысения в характерных зонах волосистой части головы. Главный гистологический признак — «фолликулярная миниатюризация». Терминальные фолликулы крупных пигментированных волос постепенно уменьшаются в размерах, превращаются в мелкие миниатюрные фолликулы, которые образуют короткие, тонкие, гипопигментированные пушковые волосы (vellus). Эти веллусоподобные фолликулы имеют укороченный цикл волос — фаза анагена у них меньше, и они производят короткие и тонкие волосяные стержни. Среди их основных патоморфологических особенностей, в первую очередь, следует выделить следующие: 1. У мужчин уменьшение фолликулов происходит более интенсивно, чем у женщин. 2. У женщин уменьшение фолликулов происходит неравномерно и не так интенсивно, поэтому, за исключением редких случаев, у них не появляются области полного облысения. 3. Волосяные фолликулы, подверженные миниатюризации, претерпевают процесс ремоделирования. Этот процесс неуклонно прогрессирует с онтогенетическим увеличением числа циклов роста и развития волоса, при этом у одного и того же пациента присутствует широкий спектр подвергающихся миниатюризации волос. Так как продолжительность фазы анагена в цикле при этом укорачивается, большее количество волосяных фолликулов переходит в фазу телогена и теряет стержень волоса. Процент анагеновых волос еще быстрее снижается вследствие возникновения и пролонгации в цикле роста и развития волоса латентного периода, продолжающегося вслед за обычным телогеном после момента выпадения стержня волоса и до начала следующего анагена 4. Полная потеря волос при андрогенной алопеции, приводит к компенсаторно-приспособительному переустройству кожи волосистого отдела головы, которое выражается в замещении в гиподерме рыхлой волокнистой соединительной ткани жировой тканью, обширном разрастании во всех слоях кожи кровеносных сосудов, среди которых преобладают венозные, а также, в значительном повышении концентрации сальных желез в сетчатом слое дермы. 5. Несмотря на фиброзные изменения волос при андрогенном облысении, в коже волосистого отдела головы сохраняются герминативные эпителиальные элементы, являющиеся источниками образования тонких /абортивных/ волосков, матричные структуры которых, скрыты в толще сальные железы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ТОФАЦИТИНИБОМ И БАРИЦИТИНИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Терещенко Г. П., Ел Хави Чаза, Гаджигороева А. Г., Катунина О. Р.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»
г. Москва

Введение. Ингибиторы янус-киназ (JAK-ингибиторы), тофацитиниб и барицитиниб, являются основой системной терапии тяжелой гнездной алопеции (ГА). Однако прямые сравнительные данные об их эффективности и предикторах ответа в реальной клинической практике ограничены.
Цель. Сравнить эффективность тофацитиниба и барицитиниба при ГА и выявить факторы, предсказывающие ответ на лечение. Материалы и методы. Проведено 52-недельное проспективное нерандомизированное когортное исследование 45 пациентов с ГА (SALT >25%). Пациенты были разделены на группу тофацитиниба (n=18, 5 мг 2 раза в сутки) и группу барицитиниба (n=27, 4 мг 1 раз в сутки). Эффективность оценивали по динамике индекса SALT, достижению критериев SALT30 (снижение ≥30%) и SALT ≤20% (клинически значимый результат). Для выявления предикторов использовали множественную регрессию и регрессию Кокса.
Результаты. Группы различались по возрасту и полу (p <0,05). Через 52 недели медианный процент восстановления волос составил 81,4% для тофацитиниба и 100,0% для барицитиниба (p=0,280). Достижение SALT30 (83,3% против 81,5%) и SALT ≤20% (50,0% против 63,0%) было сопоставимым (p>0,05). Многофакторный анализ выявил исходную тяжесть ГА (индекс SALT) как единственный независимый предиктор худшего ответа: каждые +10% SALT снижали процент восстановления волос на 2,6% (p=0,047) и шансы на достижение SALT ≤20% на 22% (ОШ=0,78, p=0,038). Выбор препарата не ассоциировался с конечной эффективностью. Однако доля ранних ответчиков (SALT30 к 12-й неделе) была достоверно выше в группе барицитиниба (51,9% против 22,2%, p=0,041). Серьезных нежелательных явлений не зарегистрировано.
Выводы. Терапия тофацитинибом и барицитинибом демонстрирует сопоставимую конечную эффективность и благоприятный профиль безопасности при тяжелой ГА. Барицитиниб характеризуется более высокой долей ранних ответчиков. Ключевым предиктором ответа на терапию является исходная площадь поражения (SALT), что необходимо учитывать при планировании лечения и оценке его результатов.

ФРОНТАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Каирова А. Н., Ефрим О. И., Гилякова Д. Н.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Кутузовский»
г. Москва

Фронтальная фиброзная алопеция (ФФА) относится к первичным лимфоцитарным рубцовым алопециям и характеризуется прогрессирующей рецессией линии роста волос в лобной и височных областях, нередко сочетающимся с истончением и поредением бровей и поражением пушковых волос лица. За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости, что делает проблему ранней и точной дифференциальной диагностики особенно актуальной. Клиническая диагностика ФФА нередко сопряжена с существенными трудностями, особенно на ранних стадиях заболевания. Начальные проявления могут имитировать нерубцовые формы алопеции, прежде всего андрогенетическую алопецию (АГА), а также диффузное телогеновое выпадение волос. В отличие от нерубцовых алопеций, при ФФА прогрессирование заболевания может происходить при минимальной выраженности воспалительных признаков, что приводит к поздней постановке диагноза и необратимой утрате волосяных фолликулов. Дополнительные сложности дифференциальной диагностики связаны с выраженным клинико-патологическим сходством ФФА с плоским лишаем волосистой части головы (lichen planopilaris). Гистологическая картина этих заболеваний во многом идентична и характеризуется лимфоцитарным инфильтратом вокруг верхних отделов волосяного фолликула и развитием перифолликулярного фиброза. В этой связи диагностика ФФА основывается преимущественно на анализе клинического распределения алопеции и характерных признаков поражения фронтальной линии роста волос. Особого внимания требует дифференциация ФФА с андрогенетической алопецией у женщин в постменопаузе, поскольку эти заболевания могут сосуществовать и маскировать друг друга. Минимальная выраженность воспалительных признаков и постепенное прогрессирование нередко приводят к ошибочной трактовке заболевания и поздней постановке диагноза, когда утрата волосяных фолликулов становится необратимой.
Клинический случай. На прием к трихологу в МНПЦДК ДЗМ обратилась пациентка Н. 62 лет с жалобами на постепенное поредение волос в лобно-

теменной области в течение 4 лет. Менопауза с 52 лет. Ранее в течение 3 лет наблюдалась с диагнозомАГА, получала наружную терапию раствором миноксидила 2% 2 раза в день без выраженного эффекта. При осмотре отмечалось симметричное отступление фронтальной линии роста волос, кожа в зоне поредения гладкая, бледная, с локальным отсутствием фолликулярных устьев. Выявлялось выраженное истончение и почти полная утрата бровей, на что пациентка ранее не обращала внимания. Трихоскопически в лобной зоне определялись отсутствие фолликулярных отверстий, перифолликулярная эритема и чешуйки, единичные терминальные волосы. В теменной области сохранялись признаки АГА. По данным гистологического исследования выявлен лимфоцитарный инфильтрат вокруг воронки и перешейка волосяных фолликулов с начальными признаками перифолликулярного фиброза. На основании совокупности клинических, трихоскопических и морфологических данных установлен диагноз фронтальной фиброзной алопеции, сочетанной с андрогенетической алопецией.

Выводы. ФФА у женщин постменопаузального возраста может маскироваться под АГА или сочетаться с ней, что существенно осложняет диагностику. Ключевыми дифференциально-диагностическими признаками ФФА являются поражение фронтальной линии роста волос, поредение и истончение бровей, трихоскопические признаки рубцовой алопеции и отсутствие ответа на стандартную терапию АГА. Комплексный подход, включающий клиническую оценку, трихоскопию и, при необходимости, гистологическое исследование имеет решающее значение для своевременной диагностики и предотвращения необратимой утраты волос.

ЭКСПРЕССИЯ СИНДЕКАНА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕННОЙ КОЖИ ПРИ РУБЦОВОЙ И НЕ РУБЦОВОЙ ФОРМАХ АЛОПЕЦИИ

Катунина О. Р., Гаджигороева А. Г.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» г. Москва

Введение: Протеогликаны — особый класс белково-углеводных макромолекул, образованных коровыми белками и углеводными цепями гликозаминогликанов. Синдеканы составляют основное семейство гепарансульфатных протеогликанов клеточной поверхности. **Цель** исследования: иммуногистохимическим методом провести анализ экспрессии синдекана в коже волосистой части головы здоровых лиц, а также из очагов пораженной кожи у больных с андрогенной алопецией, фронтальной фиброзирующей алопецией, фолликулярным плоским лишаем, декальвирующим фолликулитом, дискоидной волчанкой.

Материалы и методы: на микротоме Thermo scientific HM340E изготавливали срезы толщиной 4мкм. Подготовленные срезы растягивали на предметных стеклах с полилизиновым покрытием, высушивали в термостате при температуре 37 °С. После процедуры депарафинации (троекратное отмывание в ксилоле) и высокотемпературной демаскировки постановку ИГХ реакции проводили в соответствии с инструкцией (ET 1703–42 Anti-Syndecan Recombinant Rabbit monoclonal IgG primary antibodyes (human, mouse, rat), клон JM11–21 100мкл, ИГХ 1:100–1:200, Huabio, Китай;): на срезы наносили первичные моноклональные антитела к синдекану в рабочем разведении 1:200, инкубировали в течение 60 минут при температуре 37 °С. После трехкратного отмывания в растворе ТРИС-буфера на срезы наносили вторичные антитела HiDefDetectionHRP Polymer System (Cell Marque, США), инкубировали в течение 60 минут при температуре 37 °С. После трехкратного отмывания в растворе ТРИС-буфера для визуализации реакции на срезы на 10 секунд наносили раствор DAB Substrate Kit (Cell Marque, США), отмывали в растворе ТРИС-буфера. Срезы контрастировали гематоксилином Майера, обезвоживали в изопропиловом спирте, заключали под покровное стекло. Всего подготовлено и изучено 45 иммуногистохимических препаратов, окрашенных антителами к синдекану. **Результаты.** При иммуногистохимическом окрашивании препаратов кожи волосистой части головы здоровых лиц экспрессия синдекана наблюдалась на поверхности кератиноцитов эпидермиса, на поверхности кератиноцитов наружного и внутреннего эпителиального влагалища волосяных фолликулов, клетках сальных и потовых желез, на наружных оболочках периферических нервов. В очагах пораженной кожи больных с андрогенетической алопецией экспрессия синдекана соответствовала варианту нормы. В очагах пораженной кожи больных с фронтальной фиброзирующей алопецией экспрессия синдекана в эпидермисе и в эпителиальной выстилке наружного корневого влагалища носила «пунктирный» характер. В эпителии внутреннего корневого влагалища отсутствовала. В волосяных фолликулах с перифокальным фиброзом экспрессия синдекана распределялась неравномерно. В очагах пораженной кожи больных с фолликулярным плоским лишаем, декальвирующим фолликулитом и красной волчанкой экспрессия синдекана в эпидермисе и в эпителиальной выстилке наружного корневого влагалища носила «пунктирный» характер. В эпителии внутреннего корневого влагалища отсутствовала. По мере нарастания степени выраженности перифолликулярной воспалительной инфильрации и перифолликулярного фиброза отмечалось уменьшение экспрессии синдекана. Обсуждение: Синдеканы выполняют целый ряд биологических функций — связывают факторы роста, взаимодействуют с разнообразными лигандами, включая гликопротеины внеклеточного матрикса, морфогены, цитокины, рецепторы факторов роста, интегрины. В проведенном нами исследовании иммуногистохимическим методом установлена экспрессия синдекана в различных структурах кожи волосистой части головы здоровых лиц и при различных формах алопеции. Вывод. У пациентов с первичными рубцовыми алопециями выявлено снижение экспрессии синдекана в эпидермисе и эпителиальной выстилке наружного корневого влагалища и его отсутствие в более интимной части внутреннего корневого влагалища что, вероятно, свидетельствует о центробежном, по отношению к фолликулу, характере патологических изменений, приводящих постепенно его гибели.

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ЗУД, КОТОРЫЙ ОБМАНУЛ ВСЕХ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЧЕСОТКЕ

Толыбекова А. А., Борыбаева А. А.
НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»
Республика Казахстан, г. Алматы

Чесотка остаётся одной из наиболее распространённых паразитарных инфекций кожи и представляет значимую медико-социальную проблему. Заболевание характеризуется высокой контагиозностью, быстрым распространением в организованных коллективах и семьях, а также выраженным влиянием на качество жизни пациентов. Интенсивный зуд, нарушения сна и психологический дискомфорт делают чесотку не только дерматологической, но и междисциплинарной проблемой, с которой сталкиваются врачи различных специальностей. Динамика заболеваемости: В 2024 году в отдельных регионах и городах (например, в некоторых районах согласно отчетам за 9 месяцев 2024 года) официальных случаев регистрации чесотки не зафиксировано. Однако в крупных мегаполисах, таких как Алматы, ранее отмечался рост: в 2022 году количество случаев удвоилось по сравнению с 2021 годом (со 100 до 200 случаев). Клинический случай: Пациент: Мужчина А., 20 лет, военнослужащий. Жалобы: Интенсивный генерализованный зуд по всему телу, выраженный особенно ночью. Anamnesis morbi: болеет около месяца. Связывает начало заболевания с переездом в новый воинский штаб. Применял различные местные мази и кремы (названия не помнит), принимал антигистаминные препараты около двух недель без положительного эффекта. Обратился за медицинской помощью в городской дерматовенерологический диспансер. Anamnesis vitae: Общие данные: здоров, хронических заболеваний не отмечает. Наследственность: без особенностей. Аллергический анамнез: не отягощён. Status localis: Кожный патологический процесс острый, воспалительный, симметричный, распространённый. Локализуется на коже туловища (живот, спина), верхних и нижних конечностей, а также в паховой области. На фоне выраженной гиперемии определяются множественные мелкие папулёзные элементы красного цвета, линейные экскориации, местами сгруппированные. Отмечаются участки мелкопластинчатого шелушения, геморрагические корочки, В отдельных очагах элементы носят полиморфный характер. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Волосы не изменены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм красный. Субъективно — выраженный интенсивный зуд. Диагностика: Микроскопический метод диагностики: обнаружен чесоточный клещ в биологическом материале (соскоб). Получает лечение: Бензил-бензоат 20% крем наружно 1р/д на ночь 2 дня подряд. Повтор через 7дней. Серная мазь 33%, однократно. Цетиризин 10мг 1т 1р/д на ночь 15дней. **Заключение:** Представленный клинический случай демонстрирует значимость чесотки как актуальной дерматовенерологической и медико-социальной проблемы. Генерализованное и атипичное течение заболевания может маскироваться под другие дерматозы, что приводит к диагностическим ошибкам, позднему выявлению и распространению инфекции, особенно в организованных коллективах. Своевременное распознавание чесотки требует высокой клинической настороженности, тщательного сбора эпидемиологического анамнеза и использования лабораторных методов подтверждения диагноза. Повышение осведомлённости медицинских специалистов о разнообразии клинических проявлений заболевания является ключевым фактором эффективной диагностики, лечения и профилактики распространения чесотки. Литература: Национальный центр общественного здравоохранения (hls.kz)

ЛЮПУС-ПАННИКУЛИТ ПУТЬ К ПРАВИЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ

Морозова Д. Р., Задионченко Е. В.
Российский университет медицины, ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
г. Москва

Введение: Панникулиты — это группа гетерогенных воспалительных заболеваний, с поражением подкожной жировой клетчатки, нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно–двигательного аппарата и внутренних органов. Распространенность данной нозологии варьирует от 3–47% и возникает преимущественно у женщин фертильного возраста. Отсутствие единой концепции патогенеза, разнородность клинических проявлений и отсутствие единой классификация представляет значительную сложность для своевременной диагностики для врачей разных специальностей, а для пациентов является не только физически травмирующем заболеванием, но и психологически. Introduction: Panniculitis is a group of heterogeneous inflammatory diseases affecting the subcutaneous adipose tissue, often involving the musculoskeletal system and internal organs. The prevalence of this condition varies from 3% to 47% and occurs predominantly in women of childbearing age. The lack of a unified concept of pathogenesis, the diversity of clinical manifestations, and the absence of a single classification pose significant challenges for timely diagnosis by physicians of various specialties. For patients, it is not only a physically damaging disease but also a psychologically distressing one.
Цель исследования: продемонстрировать достаточно редкий вариант одного из многочисленных вариантов панникулитов — люпус-панникулит (L93.2). Провести анализ длительного пути врача и пациента к окончательному диагнозу от неспецифических симптомов до ярких клинических и патоморфологических паттернов заболевания. А также описать спектр проблем, возникающих при подборе эффективной и безопасной терапии для конкретного пациента. Objective(s): To demonstrate a rather rare variant among the numerous forms of panniculitis — lupus panniculitis (L93.2). To analyze the prolonged journey of both the physician and the patient towards a definitive diagnosis, from non specific symptoms to the distinct clinical and pathomorphological patterns of the disease. Also, to describe the range of challenges that arise when selecting an effective and safe therapy for a specific patient.
Материалы и методы: Исследование включало ретроспективный анализ истории болезни пациентки, наблюдавшейся в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». Сбор, анализ и синтез информации об особенностях клиники, диагностики и лечения панникулитов в зарубежной и отечественной литературе.
Результаты: Представленный клинический случай лобулярного волчаночного панникулита представляет собой яркий пример интересного диагностического поиска среди врачей нескольких специальностей. Описывает характерные дерматологические изменения в виде эритематозно-сквамозных очагов, выраженной липодистрофии, признаков кальцифилаксии, особенности результатов патоморфологического исследования (Микроскопическое описание. Срезы фрагментов кожи: Эпидермис с участками атрофии, вакуолизацией цитоплазмы отдельных клеток базального слоя. В дерме поверхностные и глубокие периваскулярные и периаднексальные лимфоплазмоцитарные инфильтраты. Отмечается очаговое уплотнение базальной мембраны.) лабораторных и инструментальных данных. Results: The presented clinical case of lobular lupus panniculitis serves as a vivid example of a complex diagnostic journey involving specialists from several disciplines. It details characteristic dermatological manifestations, including erythematous-squamous lesions, pronounced lipodystrophy, and signs of calciphylaxis,

alongside specific histopathological findings (Microscopic examination of skin fragments reveals epidermal atrophy with vacuolization in individual basal layer cells, superficial and deep perivascular and periadnexal lymphoplasmacytic infiltrates in the dermis, and focal basement membrane thickening), as well as laboratory and instrumental data. Обсуждение: Волчаночный панникулит (глубокая красная волчанка) —редкая форма системной красной волчанки (СКВ), проявляющаяся болезненными подкожными узлами, ведущими к атрофии тканей и характерными лабораторными маркерами в крови. Однако у пациентки отсутствовали признаки системности, а результаты патоморфологического исследования, проведенного несколько раз, трактовались неоднозначно. Настоящая работа, подтверждает необходимость более глубокого изучения вопросов, касающихся клинических вариантов и патоморфологических особенностей панникулитов, и ревизию знаний по наиболее редким их формам.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

Жукова О. В., Терещенко Г. П., Корнят М. С., Журавлев А. В.
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; РУДН г. Москва

Введение: изучению микробиома кожи уделяется много внимания в современной дерматологии. Нормализация микрофлоры кожи является одной из составляющих патогенетической терапии многих кожных заболеваний. К таким заболеваниям относится вульгарное акне. Ранее считалось, что одной из причин данного заболевания является размножение бактерии Cutibacterium acnes (C. acnes) на поверхности кожи, но современные исследования указывают на вариабельность микрофлоры у пациентов с угревой болезнью. Многообразие флоры и особенности ее влияния на воспалительный процесс, могут обуславливать недостаточную эффективность стандартных методов лечения и рецидивы заболевания.
Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры микробиома кожи у пациентов с вульгарными акне различной степени тяжести.
Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с диагнозом «вульгарные угри» (МКБ-10: L70.0-L70.1), обратившихся в 2024 году в филиал «Юго-Западный» «Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ». В исследование включены данные 739 пациентов в возрасте от 8 до 40 лет с различной степенью тяжести заболевания: легкая (n=621; 84%), средняя (n=106; 14,3%) и тяжелая (n=12; 1,6%). Из общего числа пациентов лабораторное микробиологическое исследование биоматериала с кожи было назначено 90 пациентам (12,1%). В рамках диагностики применялись следующие методы: бактериологический посев па условно-патогенную микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, микроскопические исследование с кожи на выявление патогенных грибов, а также определение Demodex spp. Статистическая обработка данных проводилась с использованием описательных методов.
Результаты: Микроскопическое исследование на патогенные грибы было назначено 23 пациентам. При этом положительный результат был выявлен только у одного пациента (4,3% от числа назначенных), в котором обнаружены дрожжеподобные плесневые грибы. Микроскопическое исследование с кожи на определение клеща Demodex spp. было назначено 54 пациентам (60%). Из них у 7 (13%) пациентов был выявлен положительный результат. Бактериологический посев на условно-патогенную микрофлору был назначен 35-и пациентам (39%), из которых у 31 (88,5%) была выявлена условно-патогенная микрофлора. У 23 пациентов была средняя степень тяжести процесса (74%), у 8 легкая (26%). Среди микроорганизмов доминировал Staphylococcus epidermidis, который был выявлен у 9 обследуемых пациентов (33,4%), на втором месте был Staphylococcus aureus (29,6%), у остальных пациентов были выявлены Staphylococcus hominis, Enterobacter aerogenes и Acinetobacter lwoffii 7,4% каждый. Lysinibacillus fusiformis, Staphylococcus lugdunensis и Pseudomonas stutzeri — 3,7%. Помимо этого, были результаты со смешанной микрофлорой (4 пациента — 11,4%), а именно: сочетание Staphylococcus aurus и Klebsiella oxytoca; Klebsiella pneumonia и Aacinetobacter junii; Staphylococcus aureus и Pseudomonas luteola; Staphylococcus aureus и Acinetobacter lwoffii.
Заключение. Согласно полученным результатам, в бактериологическом посеве превалировал Staphylococcus spp. Бактериальные микроорганизмы чаще всего выявлялись у пациентов со средней степенью тяжести, что может быть связано с проводимым ранее лечением, включающим в себя антибактериальные средства, оказывающие влияние на баланс микрофлоры кожи, а также с соответствующим агрессивным уходом, используемым пациентами, страдающими акне. При обследовании на клеща демодекс, несмотря на то, что данный анализ назначался чаще всего (60%), количество положительных результатов было крайне низким. Это может свидетельствовать о патогенетической несущественности данного паразитарного агента при акне и, как следствие, об отсутствии необходимости его назначения в рутинной клинической практике, за исключением случаев проведения дифференциальной диагностики, например, с розацеа. Дальнейшие исследования по анализу микрофлоры кожи при акне позволят стандартизировать рекомендации по наружному лечению и уходу при вульгарных акне, а также увеличить эффективность терапии и снизить риски рецидивов заболевания.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Курди М., Жукова О. В., Терещенко Г. П.
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы г. Москва

Введение: Гнездная алопеция (ГА) и атопический дерматит (АтД) — хронические иммуноопосредованные заболевания, часто встречающиеся в детском возрасте и связанные с существенным снижением качества жизни пациентов. Несмотря на убедительные эпидемиологические данные об ассоциации ГА и АтД, вопрос о внутренней структуре этой коморбидности, влиянии полиатопии и иммунологических параметров на тяжесть заболевания остаётся недостаточно изученным.
Цель: идентифицировать и охарактеризовать клинико-иммунологические фенотипы гнездной алопеции у детей с сопутствующим атопическим дерматитом методом корреляционного и кластерного анализа.
Материалы и методы: Проведено одноцентровое поперечное исследование с включением 68 детей в возрасте 5–16 лет с верифицированными диагнозами ГА и АтД. Тяжесть заболеваний оценивалась с использованием индексов SALT и SCORAD. Дополнительно определялись возраст начала ГА, уровень общего сывороточного IgE, степень атопической нагрузки (индекс атопии 0–2: 0– наличие только АтД; 1 — АтД в сочетании с одним другим атопическим заболеванием; 2– АтД в сочетании с двумя и более атопическими заболеваниями) и качество жизни (детский индекс качества жизни при дерматологических заболеваниях — ДДИКЖ/CDLQI). Корреляционный анализ выполнен методом Спирмена; для выделения фенотипов применён кластерный анализ k-средних (переменные: SALT, SCORAD, IgE, возраст начала ГА). Уровень статистической значимости принят на уровне $p < 0,05$.
Результаты: Корреляционный анализ выявил умеренную положительную ассоциацию между тяжестью ГА и АтД ($\rho = 0,512$, $p < 0,001$) и значимую обратную связь тяжести алопеции с возрастом её начала ($\rho = -0,418$, $p = 0,001$), свидетельствующую о том, что более ранний дебют заболевания предрасполагает к более выраженной потере волос. Кластерный анализ позволил выделить три клинически и прогностически значимых фенотипа: (1)«Ранний дебют, очень тяжёлая ГА» (n=22) — наиболее раннее начало (3,0 года), высокая частота тотальной и универсальной форм (SALT 100%), умеренная активность АтД, выраженное влияние на качество жизни (ДДИКЖ 11,0 баллов); (2)«Поздний дебют, лёгкое течение ГА» (n=25) — более поздний возраст манифестации ГА (8,0 лет), лёгкие проявления ГА и АтД, наиболее низкие уровни IgE (87,6 МЕ/мл) и ДДИКЖ (7,0 баллов); (3)«Выраженная атопия с тяжёлой ГА» (n=21) — максимально повышенный IgE (847,0 МЕ/

мл), тяжёлый АтД (SCORAD52,7), выраженная ГА (SALT 77,5%) в сочетании с выраженной атопической полиморбидностью. Увеличение индекса атопии коррелировало с нарастанием тяжести АтД (p = 0,003) и уровня общего IgE (p = 0,015). Наибольшее снижение качества жизни отмечено в группах с ранним дебютом и тяжёлой атопией (кластеры 1 и 3).

Выводы: Проведённое исследование впервые демонстрирует гетерогенность клинико-иммунологических проявлений ГА у детей с АтД и предлагает фенотипизацию этой коморбидности на основе кластерного анализа, что имеет прямое прогностическое и терапевтическое значение. Выделены, по крайней мере, два варианта развития тяжёлой ГА: вариант, обусловленный очень ранним дебютом и вариант, ассоциированный с тяжёлым атопическим статусом (атопическая полиморбидность, высокий уровень общего IgE). Полученные данные позволяют предположить различный вклад иммунных механизмов, включая возможное преобладание Th2-иммунного компонента во втором «тяжелом атопическом» фенотипе. Это обосновывает персонализированный подход к терапии, в рамках которого важное место занимает оценка качества жизни и оказание психологической поддержки. Необходимы мультицентровые и продольные исследования для валидации предложенных фенотипов и изучения их патогенетических особенностей.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕРИФИКАЦИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА. МАСКИ ДЕРМАТОМИОЗИТА.

Шевцова С. Е., Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В., Шалагинова А. В., Гребенникова Е. К.

ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника имени В. Г. Короленко»
г. Москва

Введение. Дерматомиозит — системное заболевание, преимущественно аутоиммунного генеза, которое характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек, скелетной и гладкой мускулатуры. Полиорганный характер патологического процесса определяет полиморфизм клинических проявлений заболевания. Кроме патогномичных для дерматомиозита симптомов в виде постепенно нарастающего поражения мускулатуры, гелиотропной сыпи, симптомов Готтрона и Кейнинга, заболевание характеризуется большим количеством малоспецифичных изменений. В связи с полиморфностью клинической картины, проблема ранней диагностики дерматомиозита остаётся актуальной и зачастую представляет весьма сложную задачу, так как больные могут изначально обращаться к врачам различного профиля в зависимости от доминирующих проявлений.

Цель. Продемонстрировать сложности дифференциальной диагностики дерматомиозита на примере клинического случая, определить алгоритм обследования пациента для верификации диагноза и дальнейшей тактики ведения, обосновав необходимость консультаций смежных специалистов, проведения иммуноблота миозит-специфических антител и взятие биопсии достаточной глубины для адекватной оценки состояния сосудистого русла и панникулита.

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациента 25 лет, госпитализированного в дерматовенерологическое отделение филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» с распространенными высыпаниями на коже волосистой части головы, лица, шеи, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающимися интенсивным зудом и жалобами на мышечную слабость-затруднение при вставании с низкого стула и кровати, подъеме по лестнице, длительной ходьбе.

Результаты. Впервые высыпания появились в 2021 году на коже левой кисти. Обращался к дерматологу по месту жительства; выставлен диагноз «Аллергический дерматит». Получал амбулаторное лечение. Спустя неделю заметил появление новых высыпаний и отек в области лица. Был госпитализирован в отделение аллергологии и иммунологии. Выставлен диагноз «Недифференцированная пурпура, морфологический вариант». Получал системные ГКС, антигистаминные, десенсибилизирующие, сосудистые препараты, антибиотики с положительным эффектом. Был выписан, однако высыпания полностью не регрессировали. Повторно обратился в августе 2021 года к дерматологу. Был выставлен диагноз: «Васкулит, ограниченный кожей». Рекомендовано лечение в условиях дневного стационара. Консультирован ревматологом в феврале 2022 года, предварительно диагностированы «Дискоидная красная волчанка? Васкулит, ограниченный кожей? Дерматомиозит». Последняя госпитализация в условиях суточного стационара филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» в феврале 2022 г., где была проведена диагностическая биопсия кожи. Патологические изменения могут наблюдаться при заболеваниях соединительной ткани-подострой волчанке, дерматомиозите. Выставлен диагноз «L93.0 Дискоидная красная волчанка, диссеминированная форма. Дерматомиозит?» Объективно отмечались полиморфные симметричные высыпания в виде эритематозных инфильтрированных очагов, с четкими границами, плотноватой консистенции. В центральной части отдельных высыпаний в области груди отмечаются участки рубцовой атрофии, а на поверхности отдельных элементов визуализируются плотные, плохоотделяемые при поскабливании чешуйки серебристо-белого цвета, в пределах очагов визуализируются телеангиэктазии. Пациент получал сосудистые препараты, антигистаминные, десенсибилизирующие и топические ГКС, а также к проводимой терапии был присоединен препарат Преднизолон в дозе 90 мг парентерально и Гидроксихлорохин 400 мг внутрь. Был выписан с улучшением и рекомендациями продолжить прием Преднизолона 45 мг перорально под наблюдением дерматолога по месту жительства, дообследованию у ревматолога и проведение электромиографии мышц.

Обсуждение. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует, что дерматомиозит может дебютировать под масками других заболеваний, в связи с чем затрудняет диагностику и верификацию диагноза. Поэтому комплексное обследование, включающее консультации специалистов-ревматолога, невролога, онколога, пульмонолога и других врачей в зависимости от показаний, проведение биопсии скелетной мышцы для морфологической верификации миозита, исследование спектра миозит-специфичных антител, проведение инструментальной диагностики позволяют минимизировать вероятность диагностических ошибок и отсрочки терапии. Сложности верификации преодолимы при условии современных классификационных критериев и осознания дерматомиозита как системного заболевания с обязательным висцеральным скринингом.

ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ПУЗЫРЧАТКА, ОСЛОЖНЕННАЯ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Исматуллаева С. С., Меликов Г. Ф., Гьямфи К. К.

Российский университет дружбы народов, ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника имени В. Г. Короленко»
г. Москва

Эритематозная пузырчатка — это хроническое аутоиммунное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся появлением эритематозных или гиперпигментированных очагов с четкими границами на коже лица, спины, груди и волосистой части головы, а также поверхностных пузырей. Заболевание встречается с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, причем описаны пациенты всех возрастов. Заболеваемость пузырчаткой в странах Европы и Северной Америки составляет в среднем 0,1 до 0,2 случаев на 100 000 населения в год. В Российской Федерации, встречаются 2 случаев на 100 000 взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), а распространенность — 4,8 случаев на 100 000 взрослого населения. Примерно у 33% пациентов с эритематозной пузырчаткой кожные проявления заболевания сопровождаются поражением слизистых оболочек. Симптом Никольского всегда положителен.

Цель: Данная работа направлена на описание клинического случая эритематозной пузырчатки, осложненной вторичной инфекции, у мужчины 65 лет. Материалы и методы исследования: для анализа клинического случая использовались данные анамнеза, данные цитологического и гистологического исследования.

Результаты: В сентябре 2025 г. мужчина 65 лет обратился в клинико-диагностический центр по месту жительства. Мужчина отметил появление высыпаний на коже лица, слизистой ротовой полости, волосистой части

головы, ушных раковин, туловища, в области подмышечных складок, паховых складок, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся чувством жжения. Со слов, считает себя больным около 2х лет. Обращался к врачу дерматовенерологу по месту жительства, лечение проводилось наружное тГКС (Акридерм) с положительным эффектом. Весной 2025 г. отметил появление высыпаний в полости рта после проведения стоматологического лечения, сопровождающихся чувством жжения и боли. Обратился за медицинской помощью к врачу- стоматологу по месту жительства, был установлен диагноз «Стоматит», проводилось лечение хлоргексидином, без эффекта. В августе 2025 г. появились высыпания на коже волосистой части головы, врачом-дерматологом МНЦДК филиал «Южный» был направлен в Центр Неинвазивной Диагностики Кожи с предварительным диагнозом «Плоскоклеточный рак кожи». После осмотра было принято решение провести цитологическое исследование, были обнаружены акантолитические клетки (от 09.10.2025 г). Проведено иммуногистохимическое исследование биопсийного материала (от 10.10.2025 г): отмечается межклеточное свечение IgG и линейное свечение с3с вдоль базальной мембраны. На основании клинической картины и результатов гистологического и цитологического исследования установлен диагноз: эритематозная пузырчатка. Учитывая длительное непрерывно-рецидивирующее течение заболевания, неэффективность ранее проводимых методов лечения рекомендовано проведение комплексного лечения с применением курса системных глюкокортикостероидов (преднизолон 110 мг в сутки, метилпреднизолон 96 мг в сутки) совместно с приемом цитостатических иммуносупрессивных (метотрексат 15 мг 1 раз в неделю) и антибактериальных препаратов (доксициклин, цефтриаксон) принято решение направить пациента на госпитализацию для проведения ВМП в МНЦДК филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». Status localis: на слизистой оболочке полости рта в области мягкого неба в ретромалярной области справа и слева в области нижней челюсти эрозии насыщенно-красного цвета, с грязно-коричневым налетом на поверхности, легко снимающимся шпателем. На коже волосистой части головы, лица, верхних конечностей имеются ярко-красного цвета эрозии, с четкими границами, диаметром до 3,0 см. В области подмышечных и паховых складок эритематозные бляшки с четкими границами, по периферии окаймлены воспалительным ободком и бахромкой отслаивающегося эпидермиса, диаметром до 10 см. Симптом Никольского положительный. На фоне проводимой медикаментозной терапии большинство высыпании разрешилось до очагов поствоспалительной гиперпигментации. На слизистой оболочке полости рта в области мягкого неба, в ретромалярной области элементы разрешились. Свежих высыпаний нет.

Вывод: Эритематозная пузырчатка, осложненная вторичной инфекцией, при своевременной диагностике характеризуется высокой эффективностью лечения. В случае возникновения диагностической неточности, в ранний период возникновения клинических проявлений, возможно присоединение вторичной инфекции, осложняющей тактику лечения.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АКРАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА — СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ 1
Волкова С. Б., Елина В. С.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ 1
Уткин П. С., Ибрагимхалилова Э. Д., Солнцев В. В., Абдаллах Н. С.А., Жукова О. В.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ 2
Шачнев А. С., Жукова О. В., Острецова М. Н.

АНОГЕНИТАЛЬНЫЙ ПСОРИАЗ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ 2
Курдина М. И.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ IL-2 И JAK2 С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 2
Алиев А. Ш., Курбонов О. Ж.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: В ФОКУСЕ ТЕРАПИЯ ЦИКЛОСПОРИНОМ 3
Уткин П. С., Солнцев В. В., Сольнова В. Е., Юнда И. В., Касихина Е. И., Острецова М. Н.

БЕЛКИ ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА В КЛЕТКАХ КОЖИ КАК МАРКЁРЫ ОБОСТРЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 3
Елистратова И. В., Кандалова О. В., Морозов С. Г.

ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ ВНУТРИОЧАГОВЫМ ВВЕДЕНИЕМ ТРИАМЦИНОЛОНА АЦЕТОНИДА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 4
Бородина И. В., Бишарова А. С., Анохина Л. С.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО ИНДЕКСА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ 4
Проценко Т. В., Боряк С. А.

ВЛИЯНИЕ ИНСОЛЯЦИИ И РЕГИОНА ПРОЖИВАНИЯ В ДЕТСТВЕ И ЮНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 5
Васильева К. А., Шипилова Н. А., Сергеева И. Г.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ОБЛАСТИ ГЕНИТАЛИЙ 5
Чернова Т. А., Чернова Н. И., Доля О.В., Задорожная И. С.

ВУЛЬВОДИНИЯ — «ЯЩИК ПАНДОРЫ»: ПРИГОВОР ИЛИ НЕТ? МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ. ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПЕРСОНАЛЬНОГО ПОДХОДА 6
Коваленко О. А.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 6
Хаитов К. Н., Курбанов О. Ж., Алиев А. Ш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 7
Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Корсунская И. М.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИЛИАРНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ПСОРИАЗЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 7
Хворик Д. Ф.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 7
Проценко Т. В., Горбенко А. С., Милус И. Е.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 8
Бузмакова А. И., Геращенко Н. В., Сергеева И. Г.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОГНОЗИРОВАНИИ И МОНИТОРИНГЕ. 8
Байдук Д. В., Камышникова Л. А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА CENTIPEDA MINIMA НА ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ IN VITRO.....9
Волчек И. А., Теряев А. С. Сафонова Л. А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА TRIPTERYGIUM WILFORDII НА ПРОДУКЦИЮ JAK 1–2 ЗАВИСИМЫХ ЦИТОКИНОВ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА 9
Волчек И. А., Теряев А. С. Сафонова Л. А.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ У ЖЕНЩИН.....9
Игнатовский А. В., Хачатурян А. Р.

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЗУДЯЩЕЙ ПУРПУРЫ ЛЕВЕНТАЛЯ 10
Провизион Л. Н., Антощенко В. Н.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА 11
Осташева С. В.

КЛИНИЧЕСКИЕ, СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСОРИАЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН 11
Симакова Н. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ЛИХЕНОИДНОМ ПИТИРИАЗЕ 12
Алхаффар С., Костецкая А. В., Жукова О. В., Касихина Е. И., Острецова М. Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ У ПАЦИЕНТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....12
Якупов И. А., Студеничник Н. Н., Строканова А. Е.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РУПИОИДНОГО ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 13
Карачева Ю. В., Винник Ю. Ю., Здзитовецкая Н. Д., Собакарь Ю. Ю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 13
Острецова М. Н., Касихина Е. И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЯЗНОГО ДЕРМАТОЗА ДУНКАНА.....14
Крюченко И. Л., Винник Ю. Ю. Шапранова И. М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОСТОНСКОЙ ЭКЗАНТЕМЫ НА ПРИЕМЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА И АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА 14
Мамлина Н. К., Шувалова А. Г., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И ФАКТОРОВ РИСКА 15
Горский В. С.

КОЖНЫЕ ПИЛОЛЕЙОМИОМЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РИДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. 15
Варзиева А. В., Бохонович Д. В., Горелова Е. А.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ 16
Сорокина Е. В., Крестиничева Е. Н., Мишина Н. В.

КОЖНАЯ МИГРИРУЮЩАЯ ЛИЧИНКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПУТЕШЕСТВИЙ В ТРОПИЧЕСКИЕ СТРАНЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ 16
Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОТВЕТЕ НА ИНГИБИТОРЫ IL-17A.....17
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А.

КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.....17
Аль Каиси З. Д., Разнатовский К. И., Котрехова Л. П., Ляшко А. К., Цурупа Е. Н.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ...18
Заварина И. В., Березовская Е.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ДЕКАЛЬВИРУЮЩИМ ФОЛЛИКУЛИТОМ 19
Глоба Е. И., Бохонович Д. В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СУБКОРНЕАЛЬНОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ДЕРМАТИТА (БОЛЕЗНИ СНЕДДОНА–УИЛКИНСОНА) У ПАЦИЕНТКИ 76 ЛЕТ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 19
Якупов И. А., Строканова А. Е., Студеничник Н. Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДЕБЮТ ПСОРИАЗА ПОСЛЕ КОЖЕСОХРАННОЙ МАСТЭКТОМИИ 20
Сысоева В. С., Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРИФИКАЦИИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА (БОЛЕЗНИ ГРОВЕРА) 21
Горелова Е. А., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВУЛЬВЫ НА ФОНЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ 21
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Задорожная И. С.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕРМАТОЗОМ И КОГНИТИВНЫМИ ЖАЛОБАМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ДЕБЮТОМ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 22
Чернявский И. И., Мартынова М. Ю.

НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАНДРОГЕНОВ: ГРАНИЦЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГА И ДЕРМАТОЛОГА 22
Леденцова С. С., Куница В. В.

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛИЦА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 23
Гаджибалаева А. Г., Разнатовский К. И., Голдобин В. В., Вашкевич А. А.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА 23
Касихина Е. И., Нада Ахмед Яссер Ахмед Елсаед, Жукова О. В., Острецова М. Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗАХ 24
Катунина О. Р., Бобко С. И.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 25
Пирятинская А. Б., Петунова Я. Г., Бичун Е. А.. Иванов К. А., Сидельникова Ю. Ю.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 25
Музыченко А. П., Качук М. В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ОБРАЗЦАХ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА АНТИТЕЛ К TREPONEMA PALLIDUM МЕТОДОМ ИММУНОХРОМАТОГРАФИИ 26
Акиншина Ю. А., Ротанов С. В., Марданлы С. Г.

О РЕДКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ ПИГМЕНТНОЙ КРАПИВНИЦЫ 26
Провизион Л. Н., Провизион А. Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ 27
Радионов В. Г., Лохматова И. А., Шварёва Т. И., Провизион Л. Н., Хайминов Е. М.

ОПЫТ ОЦЕНКИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ НА ПРИМЕРЕ РОЗАЦЕА С УЧЁТОМ ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ И МИКРОБИОМА 28
Эллинский Д. О., Эллинская К. А.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ У НЕПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ 28
Проценко Т. В., Перцева Е. В., Лагерь О. С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМ НЕКОТОРЫХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 28
Прокопова Е. М., Бородулина К. С., Кашперова О. Г.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВИТИЛИГО: КОНВЕРГЕНТНАЯ ВАЛИДНОСТЬ VITIQOL ПО ОТНОШЕНИЮ К DLQI В РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ 29
Ключникова Д. Е., Ляпон А. О.

ПАХИДЕРМОДАКТИЛИЯ – РЕДКАЯ НОЗОЛОГИЯ, ЯРКИЙ ПАЦИЕНТ 29
Задионченко Е. В.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ 30
Чернова Н. И., Доля О. В., Задорожная И. С., Щукина В. В.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КАК РЕДКО ДИАГНОСТИРУЕМАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 30
Михеева Э. С., Лебедева Е. В., Радионова Е. Е., Денисова Е. В., Жукова О. В., Корсунская И. М.

ПОИСК ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ. 31
Сорокина Е. В., Столпникова В. Н., Мишина Н. В.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ (НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА И СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ) У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ДЕРМАТОЗА. .32
Никитина Ю. И., Корнишева В. Г., Гулордава М. Д.

ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ (УФВ 311) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛИХЕНОИДНЫМ ПИТИРИАЗОМ 32
Бородулина К. С., Алхаффар С., Сороченко Е. В.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЭМОЛЕНТАМ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 33
Коротченко А. К., Боярова Д. Е., Гориславская Т. А., Иванов Е. В., Сергеева И. Г.

РАЗРАБОТКА НОВОГО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА 33
Марданлы С.Г., Ротанов С.В., Гашенко Т.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПУВА-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ 34
Полянская П. А., Заславский Д. В., Садыков А. И., Быхалов В. И., Петрова Е. В., Булина О. В.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРОМИКСЕДЕМЫ АРНДТА — ГОТТРОНА. 34
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Лебедева Е. В., Трофимова М. С., Матвеева С. С.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ. 35
Хайминов Е. М., Радионов В. Г.

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ТРИГГЕРНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. 35
Маликова Н. Н., Маликова С. С.

РОЛЬ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗВИТИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 36
Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н.

РОЛЬ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 364 СЛУЧАЕВ. 36
Борухович Д. Г., Заварзина Н. В., Лесная И. Н.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВЧГ 37
Карпова О. А.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ АКНЕ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ 37
Даровских М. Д., Макеенко О. А., Еремина А. А., Сергеева И. Г.

СОЧЕТАНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА И СКЛЕРОДЕРМИИ: ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ 38
Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Або-Хадиджех М., Невозинская З. А.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В СИСТЕМЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ: АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ 38
Жукова О. В., Новожилова О. Л., Маркова Н. И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ ПЛАЗМЕННЫХ МИКРОРНК У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 39
Турчик Е. В., Винник Ю. Ю., Шестерня П. А.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ПАЦИЕНТКИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ..... 39
Пилявская С.О., Заторская Н.Ф, Иноятова Л. А., Бассе Ф. Б.

СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА 40
Провизион Л. Н., Шатилов А. В.

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ КОЖИ..... 40
Калганова А. Н., Музыченко А. П.

ТОПИЧЕСКАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 41
Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В., Корсунская И. М.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА..... 41
Орлова К. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.

УРТИКАРНАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ЛИНЕЙНОМ IGA-ЗАВИСИМОМ БУЛЛЁЗНОМ ДЕРМАТОЗЕ.....41
Арасланова А. Р., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Нецветаева Е. А.

ФРОНТАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 42
Волкова С. Б. Беленкова А. А.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ 42
Зубрилина А. М., Заславский Д. В., Садыков А. И., Быхалов В. И., Петрова Е. В., Булина О. В.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОНИХОМИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЦР 42
Сергеев Д. А., Еремина А. А., Фоменко Н. В., Часнык А. С., Шипунов М. В., Сергеева И. Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТИВОГРИБКОВОГО ПРЕПАРАТА В ФОРМЕ СПРЕЯ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 43
Рогожникова Е.П., Ротанов С.В., Марданлы С.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОМ И ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 44
Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Жураева М. З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ УФБ-311 НМ, ТАКРОЛИМУСОМ И ГКС У БОЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫМ ВИТИЛИГО 44
Ибрагимов О. Д., Азизов Б. С., Хан А. А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИДРОЛАКА В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗА..... 45
Карпова О. А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОТИВОМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА ТЕРБИНАФИН В ФОРМЕ СПРЕЯ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 45
Рогожникова Е. П., Ротанов С. В., Марданлы С. Г.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) 46
Армашевская О. В., Соколовская Т. А., Брызгалова О. Е.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

ВЫБУХАЮЩАЯ ДЕРМАТОФИБРОСАРКОМА — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 47
Волкова С. Б., Мурышкина А. А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВОГО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ 47
Горелова Е. А., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.

ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗНО КОЖИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ 48
Ямских А. А., Винник Ю. Ю., Шапранова И. М.

СЛУЧАЙ ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГ РАКА ТИПА БОЛЕЗНИ БОУЭНА 48
Фасахова Р. Р., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Терещенко Г. П., Катунина О. Р.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СИФИЛИС ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН 50
Прожерин С. В.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЁМЫ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ 50
Титов И. С., Гущин А. Е., Доброжинская Н. А., Гутиева М. И., Полевщикова С. А., Жукова О. В.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ 51
Титов И.С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭКСПРЕСС ОБСЛЕДОВАНИЕ НА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ 51
Ротанов С. В., Акиншина Ю. А., Марданлы С. Г..

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АНТИБИОТИКОВ 52
Городечная С. С., Бохонович Д. В.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО АЛГОРИТМА ТЕРАПИИ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ 52
Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Эйдельштейн И. А.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА, ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИИХ СЛУЧАЕВ 53
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Графкина К. Ю.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ПО ЛОКУСАМ У ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ 54
Макарова Е. В., Соловьев А. М.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОИНФЕКЦИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 54
Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Плескачева А. Р., Артамонов К. В.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ИППП 55
Колиева Г. Л., Потекаев Н. Н., Кисина В.И, Фриго Н. В., Гущин А. Е.

СОЧЕТАНИЕ СИФИЛИСА И РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ 55
Барсегян А. В., Шульгина И. Г., Яськова И. В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И УРОВНЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ДНК ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ, ПОЛУЧЕННОМ ТРАДИЦИОННО И САМОСТОЯТЕЛЬНО ПАЦИЕНТОМ 56
Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Шарапова Е. Н.

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ МЕР БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 58
Шустова В. Н., Шустов Н. В.

КОСМЕТОЛОГИЯ

3D КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА КОСМЕТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ПРИ ГЕМИСКЛЕРОДЕРМИИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ 58
Беляева Т. В., Серая В. А., Кузина М. Ю., Морадиказеруни Диба, Скакодуб А. А., Осминина М. К.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС И КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ. 58
Раджабова М. М.

ИЗУЧИТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАЗМОЙ. 59
Саидвалиева С. С., Ходжаева Н. Б.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ANTI-AGE СТРАТЕГИИ В КОСМЕТОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ 59
Эллинская К. А., Эллинский Д. О.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 59
Раджабова М. М.

НАВИГАЦИЯ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДОЗИРОВАНИЯ 60
Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Хамраева М.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «NAD⁺ И NMN» В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА 60
Перцева Е. В., Проценко Т. В.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТИРОВАНИЯ 61
Проценко Т. В., Перцева Е. В., Арешидзе А. И.

РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ 61
Безуглый А. П.1, Белков П. А.2, Безуглый Н. А.2.

СОЧЕТАННЫЙ ПОДХОД КОРРЕКЦИИ МАЛЯРНЫХ ПАКЕТОВ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СМАС-ЛИФТИНГА И АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ ДРЕНАЖНОЙ МЕЗОТЕРАПИИ. 62
Мороз О. Н.

ТРИХОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ КАРБОКСИТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. 63
Раджабова М. М.

ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПРИ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРА ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА: ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИЛИ РЕАКЦИЯ НА ПОХУДЕНИЕ? 63
Леденцова С. С., Леденцов А. А., Бондарева Е. Ю.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОГО И ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 64
Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Жураева М. З.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2024: ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. . . . 64
Сафонова Л. А.

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ. 65
Радионова В. В.

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА КОЖИ И ОТРАСТАНИЯ СТЕРЖНЕЙ ВОЛОС У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ 65
Башмалух Н. В., Николаева Т. В., Полякова В. С.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ. 66
Карасев Е. А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ТОФАЦИТИНИБОМ И БАРИЦИТИНИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ **66**
Терещенко Г. П., Ел Хави Чаза, Гаджигороева А. Г., Катунина О. Р.

ФРОНТАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ **66**
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Гилякова Д. Н.

ЭКСПРЕССИЯ СИНДЕКАНА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕННОЙ КОЖИ ПРИ РУБЦОВОЙ И НЕ РУБЦОВОЙ ФОРМАХ АЛОПЕЦИИ **67**
Катунина О. Р., Гаджигороева А. Г.

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ЗУД, КОТОРЫЙ ОБМАНУЛ ВСЕХ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ЧЕСОТКЕ **68**
Толыбекова А. А., Борыбаева А. А.

ЛЮПУС-ПАННИКУЛИТ ПУТЬ К ПРАВИЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ **68**
Морозова Д. Р., Задионченко Е. В.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ **69**
Жукова О. В., Терещенко Г. П., Корнят М. С., Журавлев А. В.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА **69**
Курди М., Жукова О. В., Терещенко Г. П.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕРИФИКАЦИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА. МАСКИ ДЕРМАТОМИОЗИТА. **70**
Шевцова С. Е., Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В., Шалагинова А. В., Гребенникова Е. К.

ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ПУЗЫРЧАТКА, ОСЛОЖНЕННАЯ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ **70**
Исматуллаева С. С., Меликов Г. Ф., Гьямфи К. К.