НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

17 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

СБОРНИК ТРУДОВ

18–20 марта 2024

Москва

Научный редактор Сборника Трудов
17 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 ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города 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

COVID-19 И АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. В ФОКУСЕ — КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологий» Департамента здравоохранения города Москвы. Москва
Михеева Э. С., Жукова О. В.

Введение. COVID-19 является глобальной проблемой. Изучение его роли в патогенезе аутоиммунных и воспалительных заболеваний является актуальным. Рядом работ показано, что тяжелый острый респираторный синдром, вызванный коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), может усугублять аутоиммунные заболевания и индуцировать васкулит. Васкулиты, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (ANCA), представляют собой системные аутоиммунные заболевания, которые могут приводить к полиорганной недостаточности вследствие разрушения кровеносных сосудов малого и среднего калибра. Массивная выработка цитокинов, известная как «цитокиновый шторм», может спровоцировать аутоиммунные реакции. Наибольшее внимание отводится роли IL-6 и IL-1, которые связаны с запуском иммуноопосредованного повреждения сосудов при инфекции SARS-CoV-2. Продемонстрирована связь между тяжелым течением COVID-19, смертельными случаями заболевания и высокими уровнями цитокинов, таких как ФНО-α и IL-6. SARS-CoV-2 приводит к развитию таких заболеваний, как очаговая и тотальная алопеция, ANCA-ассоциированный васкулит, болезнь Крона, системной красной волчанки (СКВ), синдрома Шегрена и анкилозирующего спондилита. Общий риск развития аутоиммунных заболеваний значительно возрастает с увеличением тяжести COVID-19. При этом у привитых от COVID-19 пациентов наблюдаются сниженные риски развития аутоиммунных процессов.
Цель. Изучение эпидемиологических особенностей кожной красной волчанки (ККВ) в периоды подъема и снижения заболеваемости COVID-19.
Материалы и методы. Анализ медицинской документации; клинико-аналитический; текущего наблюдения; статистический, эпидемиологический. Анализ заболеваемости ККВ в московском регионе в период с 2017–2022 гг. проводился на основании статистических данных ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».
Результаты исследования и обсуждение. За период с 2017 по 2022 год первичная заболеваемость ККВ выросла на 42,67%. Прирост первичной заболеваемости за исследуемый период среди взрослого населения составил 40,0%. Уровни заболеваемости ККВ в детской популяции (возрастная категория 0–17 лет) выросли в 3,77 раза за анализируемый период. Рост ККВ, ассоциированной с SARS-CoV-2, — малоизученное явление, требующее специальной диагностической оценки и разработки методов терапии для подавления тяжелого основного воспаления, связанного с ANCA-ассоциированным васкулитом.

АКНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕМНОЙ КОЖЕЙ

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Острецова М. Н., Касихина Е. И.

Актуальность. Этническая дерматология представляет собой относительно новую область исследований, ориентированную на изучение общих дерматологических проявлений, которые по-разному могут проявляться у пациентов со светлой и темной кожей. К этнической, или темной коже, как правило, относят кожу людей с III–VI фототипами по классификации Т. Фитцпатрика. Обычно это пациенты африканского, коренного американского (индейского), азиатского, ближневосточного или латиноамериканского происхождения. В структуре дерматозов вульгарное акне является одним из самых распространенных заболеваний, по поводу которого пациенты с темной кожей обращаются за амбулаторной дерматологической помощью. В зарубежных исследованиях продемонстрирована высокая частота развития заболевания у женщин африканского происхождения с V–VI фототипами и у латиноамериканок со II–IV фототипами кожи. Клинические проявления акне у пациентов с темной кожей имеют свои особенности и могут варьировать в зависимости от фототипа.
Цель: обсудить особенности течения акне и его последствий у пациентов с темной кожей.
Материалы и методы. Проведен анализ актуальных источников научной литературы и собственного клинического опыта, связанных с проблемой акне у пациентов с темной кожей.
Результаты и выводы. Особенности клинической картины акне зависят не только от фототипа кожи, но и от этнической принадлежности пациентов. Так, для кожи азиатов более свойственны воспалительные элементы акне, нежели комедоны. Устья сально-волосяных фолликулов более широкие у темнокожих пациентов. Для пациентов африканского происхождения и латиноамериканцев свойственны проявления стойкой поствоспалительной гиперпигментации (ПВГ), особенно при IV–VI фототипах по классификации Т. Фитцпатрика. Маскируясь за счет темного цвета кожи, явления ПВГ в подавляющем большинстве случаев остаются незамеченными врачами. При этом сами пациенты психологически больше страдают от ПВГ, чем он самого акне. Узловато-кистозные акне чаще встречаются в популяциях европеоидов и латиноамериканцев, чем у африканцев. Склонность к образованию келоидных рубцов как проявлению постакне также выше у пациентов с темной кожей.
Выводы. Особенности клинической картины и течения акне и постакне у пациентов с темной кожей находятся в сфере актуальных интересов международного дерматологического сообщества, что подтверждается ростом количества публикаций, посвященных этой теме, однако в Российской Федерации наблюдается дефицит достоверной информации, отражающей локальное состояние проблемы.

АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЙ СЫВОРОТОЧНОЙ ТРИПТАЗЫ У ДЕТЕЙ С МАСТОЦИТОМАМИ КОЖИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» Москва

Жукова О. В., Касихина Е. И., Оценаева А. К.

Введение. Тучные клетки играют ключевую роль в реакциях приобретенного и врожденного иммунитета благодаря экспрессии широкого спектра рецепторов и высвобождению медиаторов при дегрануляции. К основным компонентам секреторных гранул относят в том числе специфичные для ТК протеазы — химазу, триптазу и карбоксипептидазу. Триптаза представляет собой тетрамерную нейтральную сериновую протеазу с молекулярной массой 134 кДа. Превышение базового уровня сывороточной триптазы, которое в настоящее время в мире клинически определяется как 11,4 нг/мл, характерно для мастоцитоза, гиперэозинофильного синдрома, миелоидных новообразований, хронической болезни почек, эозинофильного эзофагита и ревматоидного артрита. Повышение показателей триптазы, стойко превышающее уровень 20 нг/мл (мкг/л) при отсутствии системных аллергических реакций, является второстепенным диагностическим критерием системного мастоцитоза. В детской практике определение уровня триптазы не включено в диагностику кожного мастоцитоза (КМ). Клиническая оценка степени тяжести КМ и сопоставление ее с результатами лабораторного исследования у детей в РФ производится на основании показателя верхней границы нормального значения триптазы, составляющего 11,0 мкг/л. При интерпретации результатов анализа и в рекомендациях по ведению детей с КМ не учитываются данные зарубежных исследований по изучению базового уровня триптазы в различных возрастных группах. Примечательно, что концентрации триптазы в сыворотке крови у здоровых детей, определенные в этих исследованиях (менее 5,0 мкг/л), были ниже, чем у взрослых. В российской практике исследований уровней триптазы у детей при различных формах кожного мастоцитоза ранее не проводилось.

Цель: провести сравнительный анализ показателей уровней сывороточной триптазы у детей с кожными мастоцитомами и в контрольной группе.

Материал и методы. В исследование включали данные 48 детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с марта 2022 г. по декабрь 2023 г. Среди пациентов с мастоцитомами определяли долю детей с повышенным уровнем триптазы. В контрольную группу вошли 20 детей в возрасте до 10 лет без мастоцитоза. Взятие венозной крови проводилось в течение дня, не ранее чем через 3 часа после приема пищи или утром натощак. Концентрация триптазы в крови определялась методом иммунофлюоресценции на трехмерной пористой твердой фазе (технология ImmunoCAP). Для оценки достоверности результатов исследования применялись непараметрические критерии статистической обработки.

Результаты. В исследование были включены данные 48 детей (28 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 6 месяцев до 10 лет с установленным диагнозом мастоцитома кожи. У 35 (72,9%) детей была диагностирована изолированная мастоцитома, у 13 (27,1%) детей — множественные мастоцитомы. Максимальный уровень триптазы у детей с мастоцитомами составил 16,8 мкг/л, минимальный — 0,6 мкг/л, Me 5,2 [4,7;10,3]. Средний уровень триптазы у пациентов с мастоцитомами составил 6,8±0,5 мкг/л. Число детей, у которых базальный уровень превысил значение более 11,0 мкг/л составило 7 (14,5%). Превышение значения триптазы более 5,0 мкг/л отмечалось у 28 (58,3%) детей. В контрольной группе максимальное значение триптазы составило 4,57 мкг/л, минимальное — 0,8 мкг/л. Таким образом, у всех детей в контрольной группе уровень базальной триптазы не превышал значения 5,0 мкг/л. Средний уровень триптазы у практически здоровых детей составил 2,6±0,23 мкг/л. Различия в уровнях триптазы в анализируемых группах статистически достоверны ($\chi 2=3,84$, $p<0,05$).

Выводы. Анализ значений триптазы у детей должен проводиться с учетом ее нормальных уровней, отличных от референсных значений у взрослых. Контроль значений триптазы у детей, страдающих кожным мастоцитозом, необходим для междисциплинарного взаимодействия в рамках диспансерного наблюдения данных пациентов.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ НОГТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИМЕНЯВШИХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер» Новосибирск

Часнык А. С., Позднякова О. Н., Шипилова Н. А., Пахомова В. В., Губанова Е. Г., Сергеева И. Г.

Введение. Патологии ногтей — частая клиническая ситуация в дерматологической практике, причины которых разнообразны. Нередко пациенты, принимая любые изменения ногтевых пластин за грибковое поражение, самостоятельно используют наружные антимикотические препараты, что выясняется при сборе анамнеза. Для дифференциальной диагностики онихомикоза с ониходистрофиями неинфекционной природы необходимо проведение лабораторных исследований.

Цель. Изучить лабораторные особенности изменений ногтей у пациентов, самостоятельно применявших для лечения наружные противогрибковые средства.

Материал и методы. В исследование включен 41 пациент в возрасте от 33 до 85 лет (средний возраст 61,3±11,3 года), из которых 22 (53,7%) женщины и 19 (46,3%) мужчин. Все пациенты до обращения за дерматологической помощью самостоятельно применяли наружные противогрибковые препараты и имели различные изменения ногтевых пластинок. Протокол обследования включал сбор анамнеза, проведение клинического осмотра с оценкой локального статуса пораженных ногтей, фотофиксацию, определение наличия грибов в материале с ногтевых пластинок методами прямой микроскопии и культуральных исследований на дерматофиты и грибы рода Candida spp. При отсутствии мицелия гриба в результате первичного микроскопического исследования назначали последующие приемы для взятия соскоба (до 3) и проведение повторной микроскопии.

Результаты. Из 37 пациентов, прошедших полное лабораторное обследование, у 78,4% выявлен онихомикоз; у 21,6% выставлен диагноз дистрофии ногтей. Среди больных с микотическим поражением ногтевых пластинок у 51,7% мицелий гриба был обнаружен только при повторных (втором или третьем) микроскопических исследованиях; еще у 13,8% при отрицательных результатах микроскопических исследований выявлен рост колоний грибов на питательных средах. Из 11 проведенных культуральных исследований получили 4 положительных результата: в 1 случае обнаружен Trichophyton rubrum, в 1 случае — Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale, еще в 2 случаях идентифицирован нетипичный возбудитель микоза ногтей Candida krusei (6,9% среди пациентов с онихомикозом).

Выводы. Предшествующее самолечение затрудняет и затягивает лабораторное подтверждение грибкового поражения ногтей и требует сочетанного применения микроскопических и культуральных методов диагностики. В этиологической структуре онихомикозов наблюдается рост нетипичных ранее возбудителей, что требует дальнейших расширенных эпидемиологических исследований на территории РФ.

БАКТЕРИОФАГИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОВ И ДЕРМАТОЗОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» Москва
Чернова Н. И., Задорожная И. С., Проскурина М. И.

Введение. В последние годы отмечается повышение частоты встречаемости дерматитов и дерматозов в области гениталий, осложненных вторичной инфекцией, что значительно снижает качество жизни пациентов и требует обдуманной тактики ведения. Кроме дерматитов и дерматозов к факторам, способствующим снижению бактерицидных свойств эпидермального барьера, относят сахарный диабет, сосудистую патологию, недостаточное поступление белков, витаминов и микроэлементов в организм, наличие тяжелых соматических заболеваний, снижение тонуса сфинктеров ануса и мочевого пузыря, что облегчает контаминацию мочой, фекалиями и фекальными патогенами. Широкий спектр коморбидной патологии побуждает к поиску альтернативных методов лечения и профилактики вторичного инфицирования. В данном аспекте большой интерес представляет применение бактериофагов.
Цель исследования: оценить эффективность фагового препарата на гелевой основе у пациентов с аногенитальными дерматитами и дерматозами.
Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 35 до 80 лет (16 женщин и 4 мужчины) с аногенитальными дерматитами и дерматозами, осложненными вторичной инфекцией: остиофолликулит отмечался у 8 пациентов, везикулопустулез в 5 случаях, папуло-эрозивная стрептодермия у 3 больных, интертригинозная стрептодермия — 2, эктима у 2 человек. Все пациенты неоднократно получали стандартную терапию с незначительным эффектом. Диагноз устанавливался на основании оценки анамнеза, объективных данных, полученных при осмотре больных, результатов бактериологического исследования. Всем пациентам было назначено лечение согласно клиническим рекомендациям «Пиодермии». В комплексной терапии применялся гель Фагогин, содержащий комплекс бактериофагов, отличающихся по морфологической структуре и рецепторной специфичности, активных в отношении подавляющего большинства патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих бактериальные инфекции кожи и слизистых оболочек гениталий. Гель с бактериофагами наносили тонким слоем на зону поражения по 2 дозы 4 раза в сутки в течение 20 дней. Эффективность терапии оценивали на 20-й день лечения.
Результаты. Основными жалобами пациентов были: высыпания в области гениталий, сопровождающиеся зудом и болезненностью. Локальный статус: у всех пациентов процесс носил локализованный характер на коже наружных половых органов. Пустулы отмечались в 13 случаях, эрозии у 5 пациентов, язвы 0,6–0,8 см и 3,3–4,5 см в диаметре с ровными краями у 2 человек: 1 женщины и 1 мужчины. На основании результатов бактериологического исследования установлено, что ведущая роль в развитии вторичной инфекции в области гениталий принадлежит стафилококкам (*Staphylococcus*, наиболее часто *Staphylococcus aureus*). Этот вид идентифицирован в 50% всех исследованных клинических образцов. Вместе с тем у 9 пациентов верифицировались *Pseudomonas aeruginosa*, у 7 — *Streptococcus pyogenes*, у 6 — *Escherichia coli. Enterobacter aerogenes, Bacteroides fragilis, Corynebacterium spp. — Clostridium perfringes* и *Proteus mirabilis* изолированы в 5 случаях. Микробный пейзаж практически всех проанализированных клинических материалов представлен возбудителями нескольких видов. В смешанных популяциях, как правило, идентифицированы от 2 до 5 видов патогенов в различных сочетаниях и в разных количественных соотношениях. При осмотре пациентов через 21± 2 дня отмечалась выраженная положительная динамика у 17 пациентов, жалоб не было, патологический процесс был купирован. В 2 случаях зарегистрировано значительное улучшение, в зоне высыпаний отмечались инфильтрация, поствоспалительная пигментация. У одного пациента с остиофолликулитом в области лобка — удовлетворительный результат.
Выводы. Применение фагового препарата на гелевой основе в комплексной терапии вторично инфицированных аногенитальных дерматитов и дерматозов способствовало купированию инфекционно-воспалительного процесса в 85% случаях. Все пациенты отмечали удобство применения средства: понятное дозирование (наличие помпы, комфортность нанесения), быстрая впитываемость, не оставляет следов, отсутствие запаха.

ВЛИЯНИЕ МИЛИАЦИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

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

Цель. Установить особенности морфофункциональной реорганизации волосяных фолликулов (ВФ) при топическом и пероральном воздействии милиацина в модели андрогенетической алопеции (АГА).
Материалы и методы. Объектом исследования явились 18 самцов мышей линии C57BL/6, разделенных на 3 группы по 6 особей в каждой. Эксперимент длился 28 дней, нулевым днем эксперимента являлся день индукции анагена путем депиляции стержней волос с кожи спины животных. Исследование проводилось с учетом требований этических норм и правил обращения с лабораторными животными. Модель АГА была воспроизведена во II и III опытных группах, животным которых ежедневно наносили гель тестостерона из расчета 5 мг/кг. Животные II группы также получали топически состав, состоящий из кристаллического милиацина, растворенного в полиоксиэтилированном (20) сорбитаноолеате из расчета 30 мг/мл основы. Животным III группы перорально вводился милиацин, растворенный в триацилглицеридах, из расчета 2 мг/кг веса животного через день. Кристаллический милиацин получали по стандартной методике [Павлова М. М. Изучение влияния биологически активного стероида проса (3-β-метокси-Δ18-олеанена) при токсическом поражении печени четыреххлористым углеродом в эксперименте: дис. канд.биол.наук. 03.00.04. Оренбург. 1984. С. 154.]. Животные I группы составили группу контроля. Забор образцов кожи проводился на 28-е сутки. После фиксации в забуференном 10% нейтральном формалине в течение суток, образцы подвергались стандартной гистологической проводке, срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином Майера и эозином. При помощи световой микроскопии оценивали стадии цикла ВФ, проводили расчет соотношения количества ВФ в стадии анагена и ВФ в стадии телогена, определяли плотность ВФ на единицу площади кожи, вариабельность диаметров наружных корневых влагалищ и относительную объемную плотность сальных желез. Количественные данные представлены в виде средней арифметической и стандартной ошибки среднего (M±m). Для сравнения показателей нескольких независимых групп использовали критерий Краскела–Уоллиса, попарные сравнения проводили с помощью критерия Манна–Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p \le 0,05$. Уровень изменчивости морфологических признаков оценивали с помощью коэффициента вариации (Cv).
Результаты. В коже мышей I группы все ВФ находились в стадии телогена. В коже мышей II и III опытных групп, животные которых получали милиацин наружно и внутрь, преобладали ВФ в стадии анагена. При этом соотношение количества ВФ в стадии анагена к их количеству в стадии телогена для II опытной группы составило 3,8±0,52, для III опытной группы — 1,47±0,27. Во II опытной группе удельный вес ВФ был в 1,9 раза больше по сравнению с таковым в III опытной группе. Средний диаметр наружных корневых влагалищ в коже мышей II опытной группы был в 6,2 раза больше по сравнению с таковым в коже животных III опытной группы ($p<0,001$). Плотность ВФ в коже мышей II опытной группы в 1,8 раза выше по сравнению с аналогичным показателем в коже мышей III опытной группы ($p<0,001$).
Выводы. Топическое применение милиацина в модели АГА приводит к увеличению соотношения анаген и телоген, диаметров наружных корневых влагалищ; повышению плотности ВФ на единицу площади кожи при отсутствии влияния на структурные особенности сальных желез и таким образом оказывает более выраженное влияние в сравнении с его пероральным введением.

ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ КОЖИ ВНЕ ОЧАГОВ ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ FLG

Новосибирский государственный университет
Новосибирск
Макеенко О. А., Еремина А. А., Сергеева И. Г.

Введение. Атопический дерматит — мультифакторное воспалительное заболевание кожи, одним из факторов патогенеза которого является мутация в гене филаггрина (FLG). Мутации в гене FLG приводят к нарушению формирования верхних отделов эпидермиса, что может проявляться сухостью кожи. Обычно сканирование кожи проводят на внутренней поверхности локтевого сгиба как типичного места локализации атопического дерматита. В настоящий момент практически нет данных об использовании высокочастотного ультразвукового (ВЧ УЗ) исследования вне очагов дерматозов.
Цель. Определить ультразвуковые параметры кожи у пациентов с дерматозами в сочетании с сухостью кожи и мутацией 2282del4 в гене филаггрина.
Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки были отобраны 333 пациента с дерматозами и ксерозом в возрасте от 2,5 мес. до 91 года (121 мужчина и 212 женщин, возраст 21 [6; 33] лет). ВЧ УЗ исследование кожи проводили с использованием системы DUB® SkinScanner (TPM, Люнебург, Германия) на внутренней поверхности локтевого сгиба в очаге дерматоза и на коже спины вне очага дерматоза с датчиком 75 МГц, глубиной проникновения 4 мм. Определяли толщину эпидермиса (Тэ, мкм) и эхоплотность эпидермиса (Ээ, у.е.).
Результаты. При ВЧ УЗ исследовании кожи спины у пациентов с мутацией 2282del4 в гене FLG, вне очагов дерматозов, Тэ у детей составила 123 [99; 149] мкм, Ээ 98 [78; 107] у.е., у взрослых Тэ 140 [110; 155] мкм, Ээ 101 [93; 102] у.е., на коже внутренней поверхности локтевых сгибов Тэ составила 128 [86; 160] мкм, Ээ 95[74;112] у.е.
Вывод. В области здоровой кожи спины было зарегистрировано утолщение эпидермиса так же, как и в очагах дерматозов на коже внутренней поверхности локтевого сгиба. К изменениям, характерным для условно здоровой кожи спины, относится увеличение толщины эпидермиса у детей в 2 раза по сравнению с возрастной нормой, у взрослых — в 1,5 раза. Данный признак можно расценивать как скрининговый для проведения генетического исследования на мутацию 2282del4 в гене FLG.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА У 11-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Юго-Западный», консультативно-диагностическое отделение
Москва
Валитова И. В., Орлова К. А., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф., Мамлина Н. К., Бобров М. А.

Введение. Герпетиформный дерматит Дюринга (ГДД) — редкое заболевание кожи, встречающееся в любом возрасте. При дебюте в раннем детстве к 12–13 годам наступает клиническая ремиссия или выздоровление. Заболевание характеризуется хроническим течением, истинным полиморфизмом и интенсивным зудом. Провоцирующим фактором является солнечный свет. Впервые дерматоз был описан A. During (1884) и L. Brocq (1888). Частота встречаемости ГДД составляет около 20 случаев на 100 тыс. населения. Этиология и патогенез болезни неизвестны, чаще ГДД связывают с целиакией (глютеновой энтеропатией), когда в крови появляются IgA к тканевой трансглутаминазе и к эндомизию. Основную роль отводят аутоиммунному процессу ГДД, когда значительную патогенетическую роль играет IgA — иммунные комплексы. Для клинической картины ГДД характерны множественные высыпания: эритематозные везикулы, пузыри, папулы, пустулы, эрозии, корки. Локализуются они обычно на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловища, лица, локтевых и коленных суставов и ягодиц. Высыпания склонны к группировке, размеры элементов варьируют от 0,5 см до нескольких см. Покрышки пузырей плотные. В острой фазе может повышаться температура тела до 38 °С, отмечается недомогание. В крови обнаруживаются эозинофилия и умеренный лейкоцитоз. Отмечается также повышение чувствительности к йоду.
Клинический случай. В филиале «Юго-Западный» в ноябре наблюдали пациентку 11 лет с ГДД. Высыпания сопровождались зудом, располагались в области верхних и нижних конечностей, на туловище. Лечение циндолом, гелем фенистил не приносило эффекта. Консультирована врачом-аллергологом-иммунологом и гастроэнтерологом. Назначенное лечение болтушкой, циндолом, кетотифеном, ксизолом, кремами и мазями принесло незначительный кратковременный эффект. Болезнь приняла рецидивирующее течение с появлением элементов, по типу буллезного эпидермолиза. При исследовании клетки Тцанка и эозинофилы не обнаружены. В крови методом ИФА обнаружена IgA к тканевой трансглутаминазе — 279,9. Иммуноблоттинг на аутоиммунные системные заболевания отрицательный. Предполагаемый диагноз герпетиформного дерматита Дюринга был подтвержден, в том числе гистологическим исследованием с последующим проведением иммуногистохимического исследования, по результатам которых картина более всего соответствует ГДД (от 20.12.23). Больной рекомендованы: безглютеновая диета, постоянный базовый уход за кожей, консультации гастроэнтеролога, диспансерное наблюдение у дерматолога.
Заключение. Проведенный нами своевременный диагностический поиск позволил установить правильный диагноз, назначить адекватную терапию и достигнуть стойкой ремиссии.

ГРАНУЛЫ ФОРДАЙСА СЛИЗИСТОЙ ГУБ, ПОЛОСТИ РТА И РЕЧЕВАЯ НАГРУЗКА

Бюджетное учреждение «Больница скорой медицинской помощи»
Чебоксары
Артемьева И. Л., Спиридонова Т. К.

Гранулы Фордайса представляют собой слегка возвышающиеся папулы беложелтого, кремового цвета до 1 мм в диаметре, без признаков воспаления, напоминают манную крупу. Располагаются папулы группами на слизистой ротовой полости, в области красной каймы губ, на половых органах, сосках груди. Fordyce J. A. описал эти изменения сальных желез в 1896 года при локализации на губах и в полости рта. При локализации в ротовой полости ощущается шероховатость при проведении языком. Гранулы Фордайса называют еще себорейными кистами или видимыми сальными железами. Причины изменения сальных желез до сих пор точно не установлены. Согласно гистологическим исследованиям, гранулы Фордайса представляют собой эктопию сальных желез — то есть смещение их к верхнему слою дермы, ближе к эпидермису и аномальное их местоположение — в области каймы губ, слизистой полости рта. Также отмечена гиперплазия выводных протоков сальных желез, ведущая к образованию кист, сужению или обтурации протоков с последующим накоплением секрета в железе. Ребенок рождается уже со смещенными или аномально расположенными сальными железами, в период полового созревания происходит увеличение желез и активное образование секрета, что ведет к их видимому проявлению. Гранулы Фордайса являются вариантом нормы, не причиняют вреда здоровью, не вызывают осложнений, не передаются при половом контакте и являются косметическим недостатком. Увеличиваясь в период полового созревания, они становятся более заметными у взрослых, чаще у мужчин.
Цель нашего наблюдения — изучение зависимости проявления гранул Фордайса на слизистой губ и ротовой полости от речевой нагрузки. Под нашим наблюдением находились 23 пациента с гранулами Фордайса на слизистой губ и ротовой полости. Как показали наши наблюдении, 18 пациентов (78%) изученной группы отмечали повышенную речевую нагрузку в течение дня. Это в основном работники образовательной сферы (преподаватели, учителя), указывавшие длительные выступления, лекции, семинары в своей повседневной жизни. Требуется дальнейшее изучение связи проявления гетеротопии сальных желез с повышенной речевой нагрузкой.

ДЕРМАТОМИОЗИТ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Кутузовский» Москва
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Черкун А. И.

Дерматомиозит (ДМ) — заболевание, поражающее поперечнополосатую и гладкую мускулатуру различных органов, а также кожные покровы, поэтому дерматомиозит входит в группу диффузных болезней соединительной ткани. Ведущее значение в развитии ДМ имеют иммунные механизмы, связанные с образованием аутоантител к коже, мышцам и эндотелию, формированием иммунных комплексов, активацией системы комплемента, развитием васкулопатий, микроангиопатий и атрофии мышечной ткани. Клиническая картина ДМ очень разнообразна. Общие симптомы дерматомиозита: утомляемость, общая слабость, недомогание, лихорадка. В начале заболевания может наблюдаться потеря массы тела. Кожный процесс часто неспецифичен, характеризуется полиморфностью первичных элементов, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. К наиболее частым и узнаваемым кожным проявлениям ДМ относятся: гелиотропный отек (плотный отек верхней трети лица, век, имеющий фиолетовый оттенок), симптом очков; симптом шали (локализация высыпаний на задней поверхности шеи, верхней трети спины, верхних конечностях); симптом кобуры (локализация высыпаний на наружной поверхности бедер); папулы Готтрона (папулезные высыпания на разгибательной поверхности пальцев кистей, в проекции межфаланговых суставов); околоногтевые телеангиоэктазии. Признаками, свидетельствующими о поражении мышц, являются: нарастающая в течение нескольких недель (месяцев) проксимальная мышечная слабость; симптом рубашки (трудность при одевании, причесывании); симптом лестницы (трудность при подъеме по лестнице, с низкой поверхности, при подъеме с постели); утиная походка. О поражении мышц также могут свидетельствовать неожиданные падения, дисфония и дисфагия. В диагностике для ДМ характерно повышение уровней КФК, ЛДГ, АЛТ, АСТ. Вспомогательным методом является мануальное тестирование силы мышц. В качестве методов инструментальной диагностики используются игольчатая электромиография, МРТ, рентгенологическое исследование легких, электрокардиограмма. Следует проводить дифференциальную диагностику с диффузными заболеваниями соединительной ткани (системной красной волчанкой, склеродермией), сетчатой пойкилодермией Якоби, инфекционными миозитами, узелковым периартериитом, панникулитом Вебера–Крисчена. Лечение начинают, как правило, в стационарных условиях. Основное место в комплексе лечебных средств занимают глюкокортикоидные препараты. Их применяют как можно раньше в достаточно больших дозах и продолжают их применение в амбулаторных условиях длительное время. Общая продолжительность терапии 2–3 года. В ряде случаев переходят на прием иммуносупрессивных препаратов.

Приводим собственное наблюдение. Больной Б., 53 года, в ноябре 2023 года обратился в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиал «Кутузовский» с жалобами на высыпания на коже лица, кистей. Считает себя больным около 1 года, когда впервые отметил появление высыпаний. За последний год пациент самостоятельно лечился антибиотиками и эмолиентами — безрезультатно. Осмотр его кожи выявил такие специфические симптомы, как: гелиотропная сыпь, симптом шали и папулы Готтрона. У него наблюдалась проксимальная мышечная слабость, в биохимических показателях отмечалось повышение уровня креатинфосфокиназы 671 МЕ/л (норма <200 МЕ/л). На основании клинических данных установлен предварительный диагноз: дерматомиозит, хроническое течение. Пациент направлен к ревматологу для уточнения диагноза, клинико-лабораторного обследования и лечения. В дальнейшей при скрининге на наличие злокачественных новообразований по результатам КТ легких найден узелок в левой доле, диаметром 3,0 см. Таким образом, дерматомиозит является редким и достаточно малоизученным заболеванием. Однако в последнее время накоплено немало знаний, позволяющих диагностировать и успешно проводить лечение. При своевременной и адекватной терапии, особенно при эпизодическом течении заболевания, прогноз благоприятный.

ДРУГИЕ УТОЧНЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОЖИ. ЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЯ ВАРИАБЕЛЬНАЯ МЕНДЕСА ДА КОСТЫ

ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» Филиал «Пролетарский» Москва
Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С.

Цель и задачи: описание клинического случая *эритрокератодермии вариабельной Мендеса да Косты у женщины 39 лет*.

Эритрокератодермия вариабельная Мендеса да Косты— заболевание, характеризующееся аномалией кератинизации и проявляющееся симметричными, изменяющими свою конфигурацию участками эритемы и очаговым или генерализованным гиперкератозом.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, результаты обследования.

Результаты: больна с двухмесячного возраста, когда впервые появилось пятно на коже ягодичной области красного цвета, которое самостоятельно регрессировало. После вакцинации (наименование препарата указать не может) на коже спины появились красные пятна с последующим распространением процесса по всему кожному покрову. Лечилась самостоятельно мазями и увлажняющими кремами — без положительной динамики. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к врачам-дерматовенерологам Камчатского края, где диагноз не был выставлен. В детском возрасте была консультирована профессором В. Н. Мордовцевым, выставлен диагноз — «Ихтиоз». Диагноз подтвержден по результатам гистологии: «Эритрокеротодермия. Ихтиоз». В период с 1991 по 1994 принимала тигазон (действующее вещество этретинат). При малых дозах — эффекта не отмечала, при увеличении суточной дозировки — отслойка эпидермиса. Патологический процесс на протяжении жизни имеет непрерывное, рецидивирующее течение, вне зависимости от времени года. В 2011 году проходила стационарное лечение в ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РФ, где получала внутрь — неотигазон 25 мг (1 капсула в двое суток), наружно — кератолитические средства, с положительным эффектом. В 2016 проходила лечение в ГБУЗ «МО МОККВД»: получала внутривенно капельно — раствор дексаметозон 8 мг, раствор натрия хлорид; внутримышечно — кальция глюконат; внутривенно струйно — раствор натрия тиосульфат; внутрь — таблетки лоратадин, капсулы аевит; наружно — кератолитические средства, с улучшением. Впервые обратилась в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» 04.05.2023. Направлена в Консультативное отделение «Отдела оказания специализированной медицинской помощи» с предварительным диагнозом: «Ихтиоз?», «Кератодермия?». На основании данных анамнеза заболевания и настоящей клинической картины, был выставлен диагноз — «Эритрокератодемия вариабельная Мендеса да Косты?» и рекомендована консультация врача-генетика. Консультирована врачом-генетиком ГБУЗ «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» 28.09.2023, выставлен диагноз — «Вариабельная прогрессирующая эритрокератодермия, тип 1» (Q82.8). Результаты обследования: общий анализ крови от 05.05.2023, 09.11.2023 — в пределах референсных значений; биохимический анализ крови 05.05.2023, 09.11.2023 — в пределах референсных значений; ИФА: Ат к Tr.pallidum не обнаружено, Ат: к HCV- не обнаружено, HBsAg- не обнаружено, ВИЧ- не обнаружено. Мицелий: с кожи кистей — не обнаружен, с кожи стоп — обнаружен. Консультация Главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессора Н. Н. Потекаева от 30.11.2023: рекомендовано Ацитретин 30мг перорально 1 раз в сутки под клинико-лабораторным контролем врача-дерматовенеролога, в случае невозможности проведения терапии препаратом Ацитретин, назначить Ретинола пальмитат 300 000 МЕ/сут., наружно-эмоленты на постоянной основе, направить пациентку на медико-социальную экспертизу. Получала лечение в дневном стационаре филиала «ООСМП» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» 07.12.2023–20.12.2023: натрия хлорид 250 мл.+кальция глюконат 1000 мг внутривенно капельно, наружно –радевит актив мазь, **с**алициловая кислота, выписана с улучшением.

Выводы: данный случай представляет клинический интерес как редко встречающийся дерматоз с типичными объективными признаками: мигрирующими очагами эритемы, характеризующимися выраженным центробежным ростом, сопровождающимися зудом и жжением, и гиперкератотическими очагами поражения. Также хотелось отметить наличие положительного эффекта на фоне наружной терапии (радевит актив мазь, **с**алициловая кислота), что свидетельствует об успешности назначения препаратов данной группы при патологиях, сопровождающихся нарушениями процессов кератинизации.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»; Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента»
Москва
Маркова Н. И., Воробцова Е. С., Сунятуллина Н. Р.

Введение. Актуальность проблемы хронических дерматозов связана с широким распространением в популяции. По данным ВОЗ, кожными заболеваниями страдают свыше 20% всего населения Земли. Хронические дерматозы, поражая видимые участки кожи, оказывают влияние на многие аспекты жизни пациентов, затрудняют коммуникацию, вызывают психологический дискомфорт и снижают качество жизни в целом.
Цель исследования. Оценить значение показателя качества жизни у пациентов с хроническими дерматозами, состоящих под диспансерным наблюдением, для формирования представления о состоянии пациентов, течении заболевания, своевременного получения информации об ухудшении состояния кожного процесса и помощи врачу в принятии клинических решений.
Материалы и методы. Было проведено исследование качества жизни пациентов трудоспособного возраста с хроническими дерматозами, имеющими распространенный кожный процесс, состоящими под диспансерным наблюдением в филиале «Бабушкинский» Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии, обращающимися в филиал 2 и более раз в течение календарного года. Для оценки использовался опросник «Индекс качества жизни дерматологических больных» (DLQI, Dermatology Life Quality Index). Опросник представляет собой анкету из 11 вопросов, охватывающих различные аспекты жизни пациента и касающихся влияния кожного заболевания на жизнь пациента за предыдущую неделю. Индекс оценивается в баллах, а степень влияния кожного заболевания на качество жизни распределяется следующим образом: 0–1 балл — нет влияния на качество жизни пациента, контроль над болезнью; 2–5 баллов — небольшое влияние; 6–10 баллов — среднее нарушение качества жизни; 11–20 баллов — очень сильное влияние на качество жизни; 21–30 баллов свидетельствует о чрезвычайно сильном влиянии на жизнь пациента. В филиале «Бабушкинский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», по данным на 2023 год, под диспансерным наблюдением состояло 1937 человек 18 лет и старше, из них с диагнозом: псориаз — 690 человек, в том числе артропатический — 58 человек, экзема — 237 человек, атопический дерматит — 537 человек. Из группы пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, была произведена выборка по возрасту 40–57 лет с распространенным течением кожного процесса. Опросник заполнили 90 пациентов трудоспособного возраста от 40 до 57 лет — по 30 пациентов с диагнозами «Экзема», «Атопический дерматит» и «Псориаз», в том числе артропатический. Выборка данных нозологий была проведена в связи с частой встречаемостью на амбулаторном приеме в практике врача-дерматовенеролога. Внутри каждой из указанных групп было проведено равномерное распределение по полу, то есть равное количество мужчин и женщин.
Результаты. При проведенном исследовании средние показатели индекса качества жизни составили 14,6, что свидетельствует о значительном влиянии дерматозов на жизнь пациента в целом, описанном в трактовке результатов опросника как «очень сильное влияние на качество жизни». Максимальные баллы индекса качества жизни дерматологических больных, соответствующее 19 баллам, были выявлены у пациентки с псориазом и пациента с атопическим дерматитом. Данные пациенты в опроснике указали максимальный балл о причинении неудобства из-за имеющегося заболевания. По нозологиям показатели индекса качества жизни распределяются следующим образом: экзема — 13,4, псориаз — 15,6, атопический дерматит — 14,8. Таким образом, при псориазе влияние хронического дерматоза на качество жизни пациента в целом оказалось в незначительной степени более весомым. При анализе зависимости качества жизни от пола пациента значимых отличий не выявлено.
Обсуждение. Индекс качества жизни может использоваться как рабочий инструмент пациента для самостоятельной оценки течения дерматоза и объективизации показателей. Увеличение баллов DIQL может служить объективным критерием для необходимости корректировки терапии и посещения врача. В целях более полной оценки качества жизни данного контингента больных, целесообразным представляется проведение специальных исследований, для которых требуется разработка специального рабочего инструментария, с помощью которого могут проводиться выявление и оценка медицинских, психологических, социальных и иных проблем и потребностей пациентов, решение которых при участии полипрофессиональной команды специалистов будет способствовать своевременному контролю над течением заболевания и поддержанию длительности ремиссии как основе повышения качества их жизни.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ ВОЗВРАЩАЕТСЯ В РЯД РЕАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЗОЛОГИЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Фриго Н. В., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Орлова К. А., Катунина О. Р., Гребенюк В. Н.

Идиопатическая атрофодермия Пазини–Пьерини (ИАПП) как заболевание известна в дерматологии более ста лет. Впервые она была подробно описана Albert (1817) как разновидность склеродермии. Но вскоре A. Pasini (1923) и L. Pierini и D. Vivoli (1936) на основании анализа накопившихся случаев заболевания стали рассматривать ИАПП как самостоятельную нозологическую единицу. В дальнейшем, вплоть до настоящего времени, это заболевание не было предметом тщательного научного изучения. Отношение исследователей к статусу ИАПП приняло двоякий характер: сторонники поддерживали позицию первооткрывателей, а противники безосновательно относили заболевание к варианту склеродермии. В результате истина оказалась размытой. Наши наблюдения в последние 3 года над 23 пациентами и целенаправленное их изучение дали основание привести убедительные аргументы и рассуждения о природе и патоморфологической сущности этого патологического процесса. Следует отметить, что ИАПП встречается на порядок реже, чем ограниченная склеродермия (ОС). Начинается морфеа в любом возрасте, ИАПП — в пред- и пубертатном возрасте или в период менопаузы. Клинически для морфеа характерен морфологический полиморфизм, а при атрофии — мономорфизм (коричневые пятна). При склеродермии основной симптом — очаговое уплотнение кожи, при ИАПП он отсутствует. Локализация элементов ОС — любой участок кожного покрова, а при ИАПП поражается обычно кожа туловища и проксимальных участков тела. Стадийность сыпи — эритема, инфильтрация и атрофия — свойственна ОС, а при атрофодермии пятна без эритемы и индурации. При ОС рецидивы и ремиссии, даже разрешение сыпи обычно наступает после лечения, иногда спонтанное. При ИАПП, как правило, наблюдается многолетнее медленное прогрессирование процесса с последующей его стабилизацией. Прогноз при морфеа — улучшение или излечение, при атрофодермии — редко наступающая положительная динамика пигментных высыпаний. Патоморфологические изменения при морфеа проявляются фиброзно-склеропатическим процессом с вовлечением сосудов, отеком, уплотнением и гиалинозом коллагеновых пучков в дерме; фиброматозом гиподермы с умеренным хроническим воспалением. Для ИАПП характерны на ранних этапах болезни слабая гомогенизация коллагена и плоская инфильтрация в очаге. Увеличение меланина в кератиноцитах базального слоя эпидермиса, истончение соединительной ткани с незначительной периваскулярной инфильтрацией в верхней части дермы. Отмечается слабая атрофия эпидермиса в длительно существующих высыпаниях, уплощение сетевых ножек в более глубоких слоях дермы. Изменения в рассматриваемых 9 параметрах ОС и ИАПП в сравнительном аспекте не могут быть случайными. В литературе целенаправленно не проводилось изучение вопроса о нозологической приверженности ИАПП. Первооткрыватели этой болезни A. Pasini (1923) и L. Pierini (1936) на основании исследования клинического материала рассматривали ее как самостоятельную нозологию. Наши наблюдения не дают основания усомниться в реальности их заключения.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У 13-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Орлова К. А., Сергеева Е. К., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Катунина О.Р

19.12.2023 в филиал «Юго-западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (по направлению из филиала «Клиника имени В. Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ») на консультацию поступил пациент К., 13 лет, с диагнозами Меланиновая гиперпигментация? Склеродермия? Жаловался при поступлении на пятнистые высыпания на коже спины. Появились они 4 мес. назад. Из анамнеза установили, что из перенесенных заболеваний редко наблюдались ОРВИ. Лекарственную непереносимость не отмечал. Наследственность не отягощена. При осмотре — кожный статус имел ограниченный характер, был представлен округлым пятнистым очагом коричневого цвета размером 10х12 см, локализованным в правой поясничной области вдоль позвоночника. Кожный рисунок и пушковые волосы сохранены. Дермографизм красный. Больной был направлен на диагностическое патоморфологическое исследование с предположительным диагнозом невус Беккера и ограниченная склеродермия. После панч-биопсии патологический материал был направлен в патоморфологическую лабораторию ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». При патолого-анатомическом исследовании картина склеродермии не обнаружена, патологические изменения могут наблюдаться при идиопатической атрофодермии Пазини–Пьерини (ИАПП). Рекомендовано динамическое наблюдение и при появлении уплотнения в очаге повторить биопсию из участка с выраженным уплотнением.
ИАПП — редко встречающаяся патология, нередко рассматриваемая как разновидность ограниченной склеродермии. Клинически это заболевание имеет сходство с невусом Беккера, который также именуется меланозом Беккера, что подчеркивает сходство клинической картины с атрофодермией. Интересно их сравнение в дифференциально-диагностическом плане. Невус Беккера при первом описании (1949) предстал как очаговая пятнистая пигментация с гиперкератозом. В дальнейшем был отмечен размер бляшек (10–30 см в диаметре), их локализация на груди, в области лопатки или плеча, на пересечении средней линии, четкие фестончатые очертания сыпи, коричневая окраска пораженной кожи. В первые годы нарастает интенсивность окраски, в дальнейшем обычно оставаясь неизменной. Кожа в очагах имеет слегка бугристую поверхность более чем у половины пациентов и покрывается жесткими волосами. Гистологически невус Беккера характеризуется небольшим акантозом, гиперкератозом, скоплением пигмента в базальном слое. Невусные клетки отсутствуют в структуре болезни, и она, по сути, не является невусом.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У ЖЕНЩИНЫ 56 ЛЕТ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Орлова К. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Бурлака А. А., Гребенюк В. Н., Катунина О. Р.

Идиопатическая атрофодермия (ИАПП) относится к орфанным заболеваниям, встречающимся чаще у детей предпубертатного возраста, чем у взрослых. В связи с этим определенный интерес представляют особенности клинической картины и течения этого заболевания у взрослых. У наблюдавшейся нами пациентки 56 лет высыпание в виде эритематозного пятна появилось в октябре 2021 года в области левой молочной железы на месте укуса клеща. При лабораторном обследовании крови обнаружены антитела к боррелиям (IgM, IgG): от 12.10.21 — IgG 27,9 (>=15 — обнаружены); IgM 19,8 (18 и <22 — серая зона); от 26.10.21 — IgG 54,7; IgM 18,0; от 02.12.22 — IgG < 5,0; IgM 4,9; от 12.01.23 — IgG < 5,0; IgM 2,7. После консультации инфекциониста диагностирован боррелиоз и проведено лечение (цефтриаксон в/м № 14), после которого высыпания полностью регрессировали. Но через месяц возник рецидив болезни: вновь появилось эритематозное пятно в другом месте — в левой паховой области. При повторном обследовании титр антител к боррелиям не повысился. По рекомендации инфекциониста в январе 2022 года проведен повторный курс антибиотикотерапии (доксициклин 0,1 х 2 р/д № 14), но улучшения не наступило. После консультирования дерматовенерологом дополнительно назначены антигистаминные препараты, глюконат кальция в/м и местно бетаметазон крем 0,1% 2 р/д — 14 дней. После этого лечения видимый терапевтический эффект не наступил. В течение последующего полугода патологический процесс на коже активно прогрессировал, что выражалось в увеличении числа и размеров пятнистых очагов. Они распространились на достаточно большие участки кожного покрова. При осмотре: патологический кожный процесс носил распространенный хронический воспалительный характер. Локализован он на коже боковых поверхностей туловища, распространяясь на бедра, паховые складки и сгибательные поверхности плеч. Эффлоресценции множественные в виде розовато-синюшных и буровато-коричневых пятен, округлых очертаний, диаметром от 10 см и более, с гладкой поверхностью, четкими границами. Кожа в очагах не уплотнена. Лиловый венчик по периферии очагов отсутствовал. Субъективных ощущений нет. Из очага пораженной кожи взяты биоптаты. В микроскопическом описании препаратов отмечено, что кусочки кожи с участками легкого истончения эпидермиса, в дерме обширная коллагенизация с вовлечением подкожно-жировой ткани, встречаются единичные волосяные фолликулы и потовые железы, которые окружены коллагеновыми волокнами, обнаруживается умеренно преимущественно периваскулярная лимфоидная инфильтрация, местами рассеянные и небольшие скопления лимфоцитов видны среди волокон коллагена и в жировой клетчатке, некоторые сосуды верхней дермы расширены, а некоторые с утолщенными за счет склероза стенками и узкими просветами. Патологическое заключение: гистологическая картина с учетом клинических данных соответствует локализованной склеродермии. В целом при анализе результатов обследования отмечаются противоречия между клиническими и патоморфологическим заключениями. Оснований для визуальной постановки клинического диагноза локализованной склеродермии нет. Данные визуального и лабораторного обследования полностью укладываются в диагноз идиопатической атрофодермии Пазини–Пьерини. Ее динамика клинических проявлений и течение заболевания у взрослых пациентов и детей имеют большое сходство. Пятнистые эффлоресценции обычно формируются в первые полгода-год и могут существовать годы, в нашем наблюдении — более 5 лет. Выражаются они буровато-коричневыми с синеватым оттенком пятнами в большом количестве, диаметром 10 см и больше, при отсутствии уплотнения, эритемы и лиловой периферической каймы. Проводимая общепринятая при склеродермии терапия оказывалась неэффективной. Пятнистые высыпания, существующие несколько месяцев без тенденции к разрешению.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1790753 ГЕНА ГЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗЫ P1 С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПСОРИАЗУ У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Курский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт генетической и молекулярной эпидемиологии
Курск
Саранюк Р. В., Полоников А. В.

Актуальность. Псориаз представляет собой мультифакториальное заболевание с преимущественным поражением кожи, костно-суставного аппарата и ряда других коморбидных расстройств. На сегодняшний день патогенез псориаза остается не до конца изученным и продолжает активно исследоваться. В ряде исследований отмечается значимая роль нарушений в антиоксидантной системе и ксенобиотиков в развитии и течении заболевания. В данном контексте представляет интерес изучение вклада полиморфных генов ферментов второй фазы биотрансформации ксенобиотиков, в частности глутатион S-трансфераз в детерминацию предрасположенности к псориазу.

Целью настоящего исследования и изучение ассоциации полиморфизма rs1790753 гена глутатион S-трансферазы P1 с предрасположенностью к псориазу у жителей Центральной России.
Материалы и методы. Протокол настоящего исследования был одобрен региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета (протокол № 8 от 13.11.2017). Для проведения данного исследования использовались образцы ДНК и клинические данные 944 неродственных индивидов, включая 474 пациента с диагнозом псориаз и 470 здоровых лиц. Перед участием в исследовании всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие. Пациенты для настоящего исследования проходили обследование на базе ОБУЗ «Медвенская центральная районная больница», ООО «Центр медицинских осмотров и профилактики» (Курск), кожно-венерологического диспансера Курской областной многопрофильной клинической больницы в период с 2018 по 2021 год. Все пациенты были славянского происхождения и уроженцами Центральной России (преимущественно Курской области). Генотипирование rs1790753 полиморфизма гена глутатион S-трансферазы P1 было проведено с помощью лазерной десорбционно/ионизационной времяпролетной масс-спектрометрии на платформе MassArray Analyzer 4. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью онлайн-программы PLINK, которая позволяла оценивать статистическую значимость ассоциаций полиморфизма с псориазом посредством пермутационного теста. Ассоциации считались значимыми при Pperm<0,05.
Результаты. Исследованы частоты аллелей и генотипов полиморфизма rs1790753 гена GSTP1. Частоты генотипов всех исследованных генетических вариантов находились в равновесии Харди–Вайнберга (P>0,05). При сравнении частот аллелей и генотипов GSTP1 групп больных псориазом и контроля не было выявлено статистически значимых различий. Также не было установлено статистически значимых ассоциаций полиморфизма rs1790753 гена GSTP1 с псориазом при стратификации клинических групп по полу (P>0,05).
Выводы. Впервые был проведен анализ ассоциации полиморфизма гена rs1790753 GSTP1 с риском развития псориаза. Однако было установлено, что исследованный полиморфный вариант не связан с предрасположенностью к болезни у жителей Центральной России.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПСОРИАЗЕ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СКВОЗЬ ПРИЗМУ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Москва
Багаева А. М.

Введение. Псориаз является медицинской и социальной проблемой, так как может привести к значительному физическому дискомфорту и психоэмоциональным расстройствам, требующим постоянного мониторинга. Это хроническое заболевание кожи сопровождается зудом, покраснением и шелушением кожи, что негативно влияет на ежедневную активность, самочувствие и общее благополучие пациентов. Последнее является неотъемлемой частью здоровья человека, в соответствии с определением ВОЗ. Псориаз связан с рядом сопутствующих заболеваний, таких как артрит и сердечно-сосудистые заболевания, увеличивающие его медицинскую значимость. Важным аспектом проблемы псориаза является также его влияние на качество жизни (КЖ) пациентов. Псориаз может вызывать стресс, тревогу, депрессию и чувство стыда из-за видимых признаков заболевания и ограничений в повседневной жизни, что влияет на самооценку и социальные отношения пациентов. Они также сталкиваются с предубеждениями и стигматизацией, создающими дополнительные трудности в социальной адаптации. Псориаз может оказывать воздействие на профессиональную деятельность пациентов из-за физических и эмоциональных ограничений, а также на область личной жизни и образ жизни в целом. Все это оказывает негативное влияние на качество жизни (КЖ) людей, страдающих этим заболеванием кожи.
С целью оценки КЖ пациентов чаще всего используются опросники, содержащие доступные для понимания пациентом вопросы. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) является наиболее распространенным методом оценки КЖ в дерматологии, в том числе при псориазе. С помощью этого инструмента можно оценить эффективность терапии и определить индивидуальные потребности пациента.
Цель. Изучить современные подходы к использованию методов оценки КЖ при псориазе и их влияние на предоставление медицинской помощи данной категории пациентов на примере анкеты ДИКЖ в контексте систем мониторинга и оценки заболеваемости как составной части общественного здравоохранения.
Материалы и методы. Был использован метод кабинетного исследования, в ходе которого проводился анализ научной литературы и статистических данных по использованию анкеты ДИКЖ при псориазе в Российской Федерации (РФ) за период 2019–2024 гг. Поиск источников осуществлялся с использованием базы научной литературы Cyberleninka.
Результаты. В исследование было включено 37 статей, в которых описывалось применение анкеты ДИКЖ в РФ. ДИКЖ имеет несколько сфер применения в области здравоохранения: 1. Оценка эффективности лечения путем измерения КЖ пациентов до и после лечения. Следует отметить, что большинство исследований было посвящено оценке эффективности генно-инженерной биологической терапии. 2. Оценка корреляции между тяжестью клинических проявлений псориаза, коморбидными состояниями и КЖ пациентов. 3. Оценка индивидуальных потребностей пациентов/групп пациентов с псориазом с целью выявления приоритетов для улучшения оказания им медицинской помощи. 4. Оценка психологического состояния пациентов с псориазом врачом-дерматовенерологом при обосновании направления на медико-социальную экспертизу, а также дальнейшее использование методов оценки КЖ как инструмента для улучшения оказания медико-социальной помощи. 5. Принятие решений в области здравоохранения, таких как разработка целенаправленных программ поддержки, распределение ресурсов здравоохранения и организация медицинских услуг для этой группы пациентов. 6. Мониторинг и оценка заболеваемости псориазом для более эффективного управления заболеваемостью псориазом. Было описано использование ДИКЖ при ведении регистров пациентов с псориазом и псориатическим артритом, скрининге псориатического артрита среди пациентов с псориазом, а также с целью выявления факторов риска возникновения данного заболевания. Также следует отметить, что методы оценки КЖ используются в педиатрической практике. Стратегия оценки этого показателя строится на анкетировании не только самого ребенка с псориазом, но и его непосредственного окружения.
Заключение и выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о довольно широком использовании метода ДИКЖ в России, прежде всего в рамках научно-исследовательской деятельности. Результаты этих исследований подтверждают положительное влияние использования ДИКЖ на качество оказываемой пациентам медицинской помощи в РФ. Включение оценки КЖ в стандартные медицинские протоколы и статистические показатели может также способствовать лучшему пониманию влияния заболевания на общее благополучие пациентов, что в свою очередь будет способствовать адаптации медицинской и социальной помощи к их потребностям. Таким образом, внедрение методов оценки КЖ в систему мониторинга и оценки заболеваемости псориазом, обучение медицинского персонала методам оценки КЖ, а также расширение информированности населения на основе результатов полученных данных помогут повысить эффективность системы здравоохранения в части оказания медицинской помощи пациентам с данным дерматозом.

КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОТТРОНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Северо-Восточная клиника с детским центром» Москва
Огай Д. В., Солнцев В. В., Юнда И. В., Чепрасова А. В.

Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона — редкое заболевание кожи, которое характеризуется псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса в виде бородавчатых разрастаний и вегетаций, появляющихся на месте длительно существующих очагов хронических дерматозов (КПЛ, хронической экземы, нейродермита, туберкулезной волчанки, бластомикоза и т.д.) или рубцов. Учитывая клиническое и гистологическое сходство очагов поражения при папилломатозе кожи с плоскоклеточным раком, ему дали название «карциноидный папилломатоз кожи Готтрона». Этиология и патогенез забо-

левания изучены мало. В его развитии имеют большое значение механическая травма, хроническое воспаление при длительно существующих дерматозах, а также нарушение кровообращения и акроасфиксия, склонность организма к папилломатозным реакциям, встречается преимущественно у людей среднего и старшего возраста — дебют заболевания в большинстве случаев приходится на возрастной интервал 32–60 лет. Мужчины болеют несколько чаще женщин, поражение кожи обычно симметричное, однако иногда могут наблюдаться и одиночные очаги. Согласно современным представлениям, рассматривается как доброкачественное, характеризующееся псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса. Под нашим наблюдением находился пациент П., 52 лет. Обратился впервые в августе 2023 года в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» ОП «Северо-Восточная клиника с детским центром» с жалобами на отечность и наличие язв на коже нижних конечностей. Проведено обследование: Общий анализ крови — эритроциты 3,86; лейкоциты 5,88; гемоглобин 108 г/л; лимфоциты 17,7% СОЭ 38 мм/ч. Биохимический анализ крови — общий белок 84 г/л, остальные показатели в пределах референсных значений. Микроскопическое исследование на выявление патогенных грибов с ногтевых пластин стоп и кожи нижних конечностей — грибковые элементы не обнаружены. Бактериологическое исследование с раневой поверхности: выявлен рост streptococcus dysgalactiae +++; escherichia coli ++++; alcaligenes faecalis +++. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности. ГБ 2 ст., АГ 1 ст., Риск ССО. Варикозная болезнь вен нижних конечностей в стадии трофических расстройств. ХВН 3 ст. Тромбофлебит обеих нижних конечностей. Со слов пациента, болеет примерно с 25 лет, когда впервые отметил появление мокнущих высыпаний на коже верхней трети голеней, сопровождающихся интенсивным зудом. В дальнейшем очаги медленно, постепенно увеличивались в размере, распространились на нижнюю треть голеней и тыльную поверхность стоп. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечился различными мазями с антибиотиками, названия которых вспомнить затрудняется, с временным положительным эффектом. Отмечалось обострение несколько раз в год. Последние 5 лет отмечает появление язв и «опухолевидных» разрастаний в пределах очагов поражения на коже стоп и голеней. Патологический процесс носит хронический, симметричный характер. На фоне застойной эритемы и инфильтрации глубокие язвенные дефекты кожи с гнойно-некротическим отделяемым, локализованные на коже голеней и тыльной поверхности стоп. В диаметре от 10 до 15 см. Края ран частично покрыты корочками желтого цвета с неприятным запахом. Кожа голеней и стоп отечная, твердая на ощупь. На поверхности стоп вегетации в виде ворсинчатых разрастаний плотноватой консистенции. Визуально правая стопа меньше левой. Ногтевые пластины 1 и 2 пальцев стоп утолщены, желтого цвета. Пациенту назначено лечение: инъекции цефтриаксон 1,0 в/м 1р/с № 10; обработка язв 0,1% водным раствором хлоргексидина; крем 2% сульфатиазол серебра под окклюзионную повязку 14 дней — на кожу вокруг трофических язв; крем бетаметазон+гентамицин 2 раза в день 14 дней. Интерес данного клинического наблюдения состоит в редкости представленного дерматоза. В описанном клиническом случае развитию заболевания предшествовал хронический дерматоз — хроническая экзема кожи голеней и нарушение кровообращения в нижних конечностях. По мнению большинства исследователей, положительной динамики в лечении карциноидного папилломатоза не наблюдается. Приоритетом является своевременное выявление, лечение хронических дерматозов, тщательный осмотр пациентов смежными специалистами и повышение преемственности в работе дерматовенерологов и врачей смежных специальностей.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ КОЖИ И ПРИДАТКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Бишкек
Усубалиев М. Б., Шакирова А. Т.

Цель исследования — анализ клинико-эпидемиологических особенностей микозов кожи и придатков в Кыргызской Республике.

Материалы и методы. Данные заболеваемости микозами в Кыргызской Республике по форме государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых заболеваниях кожи и чесотке» за 1990–2022 годы; клинические особенности изучены по материалам госпитализированных и амбулаторных больных в Республиканский центр дерматовенерологии г. Бишкек.

Результат. Ретроспективный анализ уровней суммарной заболеваемости микозами в Кыргызской Республике показал, что с 1990 по 2022 год показатели инцидентности имеют тенденцию к увеличению со среднегодовым темпом роста Т=4,8%. За этот период количество больных дерматофитией увеличилось в 2,2 раза (с 1436 в 1990 году до 3122 в 2022 году). В развитии эпидемического процесса микозов за период наблюдения отчетливо прослеживаются четыре периода: 1-й период — 1990–1995 гг. — период снижения заболеваемости. Интенсивных показателей (ИП) заболеваемости (1990–1995) с 32,9 до 14,2 на 100000 населения, или в 2,3 раза; 2-й период — 1996–2007 гг. — относительной стабилизации заболеваемости на низком уровне. Зарегистрированы колебания уровня ИП от 13,7 до 28,7; 3-й период — 2008–2012 гг. — подъем заболеваемости, ИП увеличился от 28 до 50,9; 4-й период — 2013–2022 гг. — стабилизация заболеваемости на относительно высоком уровне (ИП – 50,2 за 2022 г.). Клиническая картина зооантропонозной микроспории особо не отличалась от классической микроспории, атипичные формы встретились в 12,1% случаев. Характерной особенностью трихофитии, обусловленной *T. verrucosum,* являлись множественность очагов, наличие сочетанных поражений, большое количество инфильтративно-нагноительных форм при поражении волосистой части головы. У больных, страдающих паховой дерматофитией, превалировала инфильтративно-нагноительная форма. При онихомикозах чаще всего встречались дистально-латеральные и тотальные формы. У 16% пациентов отмечается торпидное к лечению течение.

Вывод. Развитие эпидемического процесса при микозах кожи и придатков в Кыргызской Республике имеет четыре периода: снижения (1990–1995 гг.), относительной стабилизации заболеваемости на низком уровне (1996–2007 гг.), подъема заболеваемости (2008–2012 гг.) и стабилизации процесса на относительно высоком уровне (2013–2022 гг.). Эпидемический процесс напрямую зависит и от социально-экономических событий в обществе, что влияет на уровень лечебно-профилактических мероприятий по организации помощи данному контингенту больных. В клинической картине микозов кроме классических проявлений встречаются атипичные и торпидные к проводимой терапии формы грибковых поражений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫХ ТИПОВ РЕПИГМЕНТАЦИИ У ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С НЕСЕГМЕНТАРНЫМ ВИТИЛИГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ УЗКОПОЛОСНЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ СВЕТОМ (UVB) С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Бородулина К. С., Кашперова О. Г., Прокопова Е. М., Сороченко Е. В.

Витилиго — аутоиммунное заболевание кожи, характеризующееся появлением участков депигментации, возникающее в результате разрушения меланоцитов, заболеваемость которым неуклонно возрастает. Распространенность варьирует от 0,2 до 2% во всем мире. Заболевание актуально для детей и взрослых, т.к. может быть психологически разрушительным и нести серьезные психосоциальные последствия для пациентов с витилиго. Для лечения витилиго применяют как лекарственные, так и аппаратные методы, при воздействии которых могут наблюдаться различные типы восстановления пигмента (репигментации): перифолликулярный, краевой, смешанный, сплошной.

Целью данного исследования явилась клиническая оценка преимущественных типов репигментации, наблюдаемых в процессе терапии узкополосным ультрафиолетовым светом (UVB) с длиной волны 311 нм у пациентов с несегментарной распространенной формой витилиго.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась группа пациентов с диагнозом «Витилиго» в количестве 12 человек. Критерии отбора: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 45 лет, имеющие несегментарную распространенную форму витилиго с локализацией на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей; давность заболевания не превышала 5 лет. Все пациенты получали в виде монотерапии курс общей узкополосной ультрафиолетовой фототерапии 311 нм (UVB) в режиме 2 раза в неделю в соответствии

с протоколами проведения фототерапии, с постепенным наращиванием дозы облучения (Дж/см^2) через процедуру. В процессе лечения при клиническом осмотре наиболее частым типом репигментации был перифолликулярный, наблюдавшийся в большинстве очагов у 7 (58,3%) пациентов. У 3 (25%) пациентов наблюдался краевой тип репигментации. У 2 пациентов (16,7%) в большинстве очагов — преимущественно смешанный тип репигментации. И лишь у 1 пациента, с преимущественно смешанным типом в большинстве беспигментных пятен, в двух очагах наблюдался сплошной тип репигментации. Различий в типах репигментации по гендерному признаку выявлено не было. Вывод. Перифолликулярный тип репигментации у больных с витилиго является наиболее часто встречаемым при лечении узкополосным ультрафиолетовым светом (UVB) с длиной волны 311 нм. Восстановленный пигмент в виде «веснушек» может постепенно увеличиваться в размерах, сливаясь между собой, с возможностью закрыть весь очаг, что существенно улучшает клинический результат проводимого лечения и положительно влияет на общее психологическое состояние пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Ильин Л. А., Романова И. *В.*

Введение. Болезнь Хейли–Хейли (семейная доброкачественная хроническая пузырчатка Гужеро– Хейли–Хейли) — наследственный буллезный дерматоз в области складок тела с хроническим, периодически рецидивирующим течением. Впервые заболевание было описано Х. Гужеро в 1933 году, позднее, в 1939 году, опубликованы исследования двумя братьями Г. Хейли и Х. Хейли. Заболевание имеет аутосомно-доминантный тип наследования. У 2/3 пациентов определяется семейный анамнез. Средний возраст пациентов с болезнью Хейли–Хейли 20–40 лет. Типичная локализация высыпаний — в складках кожи, на участках трения. Возникновение заболевания связано с мутацией в гене ATP2C1, что приводит к дезорганизации функции десмоглеинов и потере клеточной адгезии в эпидермисе. Провоцирующими факторами являются ультрафиолетовое облучение, потоотделение, травматизация, трение, кожные инфекции. Типичная локализация — естественные складки (паховые, бедренные, межъягодичные, подмышечные, складки под молочными железами), а также боковые поверхности шеи, внутренняя поверхность бедер, половые органы. Дифференциальный диагноз следует проводить с вульгарной пузырчаткой, кандидозом кожных складок, инверсным псориазом, микозом кожных складок.
Цель. Рассмотреть клинический случай пациента с болезнью Хейли–Хейли. Охарактеризовать данные больного с болезнью Хейли–Хейли.
Материалы и методы. Объектом исследования явились клинические данные пациента с болезнью Хейли–Хейли, наблюдавшегося в филиале МНПЦДК ДЗМ.
Результаты. На прием обратилась женщина 52 лет с жалобами на появление высыпаний на коже подмышечных впадин, паховых складок, инфрамаммарных областей, сопровождающихся незначительным жжением и зудом. Считает себя больной с 2011 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже паховых складок. Неоднократно обращалась в платные медицинские центры, где был выставлен диагноз «экзема». Проводимая терапия без эффекта. Наследственность не отягощена. При осмотре патологический процесс носит распространенный хронический характер, локализуется на коже подмышечных впадин, паховых складок, инфрамаммарных областей. Представлен эрозивными умеренно инфильтрированными бляшками розово-красного цвета, с четкими границами, диаметром более 10 см, на поверхности подсохшие серозно-геморрагические корочки. Кожа в области подмышечных складок мацерирована, покрыта извилистыми трещинами. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Слизистые свободны от высыпаний. С предварительным диагнозом: хроническая экзема, стадия обострения — направлена в круглосуточный стационар филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. В условиях стационара была проведена диагностическая биопсия. Гистологическая картина: акантолиз — надбазальный и неполный в шиповатом слое, создающий вид «полуразрушенной кирпичной стены», что соответствует изменениям, характерным для болезни Хейли–Хейли. В стационаре пациентка получала дезинтоксикационное лечение, антибактериальную терапию, антигистаминные препараты, топические ГКС, плазмаферез, физиотерапевтическое лечение с положительной динамикой.
Выводы. Болезнь Хейли–Хейли — редкая кожная патология, которую бывает трудно отличить от других интертригинозных заболеваний. Для верификации диагноза необходимо проведение гистологического исследования кожи. Несмотря на редкость данного заболевания, необходимо всегда помнить о болезни Хейли–Хейли. Ранняя диагностика заболевания является критерием успешного лечения. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует отсутствие правильно выставленного диагноза и корректного лечения в течение 10 лет, что значительно сказывалось на качестве жизни пациентки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПСОРИАЗА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Кутузовский»
Москва
Каирова А. Н., Михайленко Н. Ю., Гилякова Д. Н.

Введение. Хроническая инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), становится все более распространенной благодаря появлению антиретровирусной терапии (АРТ), которая позволила снизить смертность и число СПИД-определяющих заболеваний, что значительно улучшило выживаемость. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, к 2023 году число людей, живущих с ВИЧ по всему миру, достигло 38 миллионов. ВИЧ-инфекция ассоциируется с высокой заболеваемостью и повышенной восприимчивостью к различным патологиям, в частности к воспалительным дерматозам. Среди них псориаз представляет собой особую проблему, обусловленную как разнообразием клинических проявлений, так как у ВИЧ-инфицированных пациентов псориаз встречается чаще, имеет атипичные и более яркие клинические проявления, так и ограничениями терапевтических подходов к лечению более тяжелых форм из-за риска фатальной иммуносупрессии, связанной как с классическими иммунодепрессантами, так и с новыми биологическими препаратами. Кроме того, до сих пор не существует специальных рекомендаций по ведению и лечению пациентов с ВИЧ-ассоциированным псориазом.
Цель. Описание клинического случая.
Результаты. В филиал «Кутузовский» обратился мужчина 46 лет с жалобами на высыпания кожи волосистой части головы, передней и задней поверхностей туловища, верхних и нижних конечностей, периодический умеренный зуд. Из анамнеза установлено, что первые проявления заболевания пациент стал отмечать в 2005 году. Дебют кожного процесса пациент связывает со стрессом. Обратился к врачу-дерматовенерологу по месту жительства, был верифицирован «Псориаз», пациент получал курсы фототерапии, наружную терапию топическими глюкокортикостероидными (тГКС) препаратами — без выраженного эффекта. С 2006 года кожный процесс принял хроническое рецидивирующее течение. В сентябре 2018 года пациент обратился к дерматологу в филиал «Кутузовский». Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция с 2003 года, стадия 4А, ремиссия (рецидивирующий кандидоз ротоглотки в анамнезе, находится на АРТ), хронический вирусный гепатит С, ремиссия. Был госпитализирован в дневной стационар ООСМП, где получал системную терапию препаратом Метотрексат в дозировке 10 мг в/м № 2, далее инъекции препарата Метотрексат 10 мг в/м в амбулаторных условиях под контролем дерматолога по месту жительства. Настоящее обострение в течение 3 месяцев с генерализацией кожного процесса на фоне сильного стресса, в связи с чем был госпитализирован в дневной стационар ООСМП. St. localis: на коже волосистой части головы, передней и задней поверхностей туловища, верхних и нижних конечностей множественные воспалительные папулы, сливающиеся в инфильтрированные бляшки ярко-розового цвета до 15 см в диаметре, с трещинами, серебристо-белым шелушением на поверхности; ногтевые пластины кистей и стоп деформированы, симптом «масляного пятна». Индекс PASI 24.8. В составе комплексной терапии проведено лечение: Метотрексат

15 мг в/м 1 раз в 7 дней № 2 (консультирован врачом-инфекционистом, заключение: в настоящее время абсолютных противопоказаний для назначения иммуносупрессивных препаратов (метотрексат) нет, учитывая, что возможная польза превышает риск и отсутствует возможность для назначения других эффективных препаратов для лечения псориаза, под контролем иммунного статуса), десенсибилизирующие, дезинтоксикационные, антигистаминные препараты, гепатопротекторы, наружно тГКС, магнитотерапия на область коленных суставов 10–17–25 Гц, прерывистый режим, по 10 мин на поле, ежедневно, № 10 (консультирован физиотерапевтом: Фототерапия UVB (311 нм) может быть назначена только при условии отмены метотрексата). Выписан с умеренно положительной динамикой (индекс PASI 20.2), рекомендацией продолжить применение препарата метотрексат 15 мг в/м 1 раз в 7 дней под контролем дерматовенеролога и инфекциониста по месту жительства, с учетом сопутствующих патологий, титрованием дозировки в зависимости от клинической картины заболевания и данных лабораторных показателей клинического и биохимического анализов крови.

Выводы. Псориаз представляет собой особую проблему для ВИЧ-инфицированных. Лечение псориаза на фоне ВИЧ является сложной задачей, при которой должны тщательно учитываться риски и преимущества каждого варианта терапии. Клинические проявления заболевания более тяжелые и не поддаются терапии, а новые высокоэффективные биологические препараты противопоказаны в подавляющем большинстве случаев ВИЧ-инфекции из-за значительного риска иммуносупрессии с летальным исходом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАЛЬЦИНОЗА КОЖИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» Москва

Каирова А. Н., Ефрим О. И., Мирошниченко Б. С., Носелидзе А. Р.

В МНПЦДК ДЗМ, филиал «Кутузовский», обратилась пациентка, 30 лет, с жалобами на новообразования кожи на лице. Со слов пациента, наблюдалась у косметолога в коммерческой клинике, где данную проблему пытались решить при помощи чистки лица и пилингов. Предположительный диагноз: закрытые комедоны. Проводимое лечение не дало положительного эффекта. Со слов пациента, эти новообразования существуют у нее более одного года. Были попытки убрать новообразования у нескольких докторов, все было безуспешно, поэтому было принято решение обратиться в МНПЦДК. При осмотре: узелки размером до 0,3–0,4 мм в диаметре, плотные на ощупь, находятся в толще кожи. Было принято решение вскрыть несколько новообразований, для того чтобы убедиться, что это закрытый комедон. Была произведена электрокоагуляция элемента с последующим вылущиванием содержимого. Был выделен шарообразный элемент размером 0,2 мм в диаметре, плотной консистенции, белого цвета, напоминающий кальцинат. Был собран дополнительный анамнез с целью узнать, вводился ли данной пациентке гидроксиапатит кальция. Пациентка связалась со своим косметологом, который отрицал проведение данной процедуры. Было предположено, что кальцинаты образовались в связи с метаболическими нарушениями у пациента. Пациенту была назначена сдача анализов: общий анализ крови, биохимический анализ крови, а также анализы на определение концентрации фосфора, кальция и витамина D в крови. Также пациентке было назначено проведение УЗИ кожи. Патологических изменений в анализах крови не обнаружено, все показатели в пределах нормы. На УЗИ кожи определялись кальцинаты в толще кожного покрова размерами от 0,1 до 0,4 мм. Было принято решение удалять данные новообразования механическим путем при помощи электрокоагуляции, вскрытия элементов и дальнейшего вылущивания данных элементов. Всего было вылущено 8 элементов шарообразной формы, плотной консистенции, размером от 0,1 до 0,4 мм в диаметре. Предположительный диагноз: кальциноз кожи. Этиология неизвестна, однако можно предположить, что периодическая механическая травматизация стала пусковым механизмом данного процесса. Пациентка находится на периодическом наблюдении в МНПЦДК ДЗМ, филиал «Кутузовский».

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОГО И ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОГО ПОДТИПОВ РОЗАЦЕА

Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», клиника GF Estet Екатеринбург

Соколова А. В., Фимочкина Г. Р.

Введение. Для лечения розацеа разрабатывается все более широкий спектр методов косметологической коррекции. Медикаментозная терапия часто используется в комплексе с другими методами, что позволяет повысить эффективность проводимого лечения. Применение ботулинического токсина типа А (БТА) оказывает положительное влияние на выраженность симптомов дерматоза. Помимо способности прерывать передачу нервного импульса в ацетилхолиновых синапсах, БТА влияет и на другие механизмы межклеточного взаимодействия. Установлено, что белковая молекула угнетает высвобождение медиаторов нейрогенного воспаления, а также положительно влияет на процессы заживления ран как за счет противовоспалительного действия, так и за счет влияния на активность фибробластов и стимуляцию ангиогенеза. Отмечено, что ботулинический токсин типа А способен влиять на экзокринные железы, что широко применяется в дерматологической практике.

Клинический случай. Больная А., 44 года. Жалобы на периодические приливы жара к лицу, постоянную фоновую красноту, телеангиэктазии в скуловой области с обеих сторон, периодические высыпания области щек, носа, лба, подбородка по типу «розовых прыщей». Анамнез заболевания: считает себя больной более 10 лет, когда впервые стала беспокоить эритема, периодические высыпания в области лица. Пять лет назад появились стойкие телеангиэктазии области щек, сама связывает их появление со стрессами и генетикой. За лечением ранее не обращалась. Обострение процесса связывает с нарушением диеты, приемом пероральных контрацептивов. Также ухудшение перед менструациями, цикл регулярный. Анамнез жизни: характер питания — нерегулярный, любит горячую и острую пищу. Вредные привычки: периодическое употребление алкоголя. Профессиональные вредности: ношение маски, медсестра. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, АИТ, гипотиреоз. Аллергологический анамнез спокойный. Лекарственная непереносимость: отрицает. Пищевая непереносимость: отрицает. Лимфатические узлы: доступные пальпации — не увеличены, безболезненны. Кожный покров и видимые слизистые оболочки: эритема кожи лица, шеи, декольте. Влажность и эластичность кожи соответствуют норме. Видимые слизистые розового цвета. Желтушного окрашивания склер нет. Тургор кожи сохранен. Волосяной покров развит по женскому типу. Status localis: на коже лица (щек, носа, лба, подбородка) — разлитая эритема ярко-розового цвета без четких границ. В области щек с обеих сторон крупные ветвистые телеангиэктазии, мимические морщины. Субъективно: чувство жара, периодически — приливы. Клинический диагноз: Розацеа, эритематозно-телеангиэктатический, папулопустулезный подтип. Диагноз по МКБ: L71. Рекомендации: комбинированное лечение. 15% гель азелаиновая кислота — один раз в день на кожу лица тонким слоем (утром) в течение 12 недель. 1% крем ивермектин — один раз в день на кожу лица тонким слоем (вечером) в течение 12 недель. Инкоботулотоксин типа А (РУ № ЛСР-004746/08 от 23.06.08) в разведении 1 мл по 100 ед., обычно 10 ед. на щеку в разведении 1:7. Использовалась игла 32-го калибра с введением внутрикожно в третий визит, через восемь недель после начала лечения, в зоны максимальной эритемы (щеки) с интервалом между точками введения 1 см. Через 12 недель терапии отмечалось значительное клиническое улучшение: эритема почти полностью регрессировала, сохранились крупные телеангиэктазии, резко уменьшились приливы и чувство жара на лице в течение дня, пациент также отметила уменьшение количества мелких морщин в области скул. ДИШС до начала лечения — 5 баллов, через 12 недель терапии — 2 балла (редукция ДИШС на 60,0%). IGA до лечения — 2,4 балла, через 12 недель терапии — 1 балл («почти чисто»). ДИКЖ до начала лечения — 2 балла, через 12 недель терапии — 0 баллов (минимальное влияние на качество жизни). Лечение больная перенесла хорошо, не отмечала никаких побочных или нежелательных явлений при применении топической терапии и инъекций инкоботулотоксина. В процессе спектрофотометрического мультиспектрального сканирования с последующей компьютерной обработкой

аппаратом для СИАскопии в дерме визуализировались расширенные сосуды полигональной формы, фолликулярные пробки, поверхностные чешуйки, расширенные устья фолликулов, а также микроскопические пустулы. После лечения интенсивность распределения гемоглобина в тканях уменьшилась, отмечено снижение выраженности эритемы, устья фолликулов стали уже, мелкие кровеносные сосуды и микроскопические пустулы не определяются, однако крупные телеангиэктазии различного калибра, которые визуализировались на поверхности кожи, сохранились.
Таким образом, комбинированный метод топическими средствами азелаиновая кислота 15% гель и ивермектин крем 1% плюс ботулинотерапия уменьшают эритематозный и воспалительный компонент в виде как транзиторной, так и постоянной эритемы, способствует сужению пор, уменьшает количество папул и пустул без очевидного влияния на телеангиэктазии. Комбинированное применение ботулинотерапии и топической терапии азелаиновой кислотой и ивермектином является высокоэффективным и безопасным.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С АМИЛОИДОЗОМ КОЖИ

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Тимирязевский»
Москва
Глоба Е. И., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.

Амилоидоз — это группа заболеваний, отличительным признаком которых является отложение в тканях и органах фибриллярного гликопротеида амилоида. В отличие от других фибриллярных белков стромы, амилоид способен к двойному лучепреломлению, что проявляется свечением в поляризованном свете предварительно окрашенных Конго красным препаратов амилоида с изменением красного цвета конгофильных амилоидных отложений. Амилоидоз кожи является редким состоянием, представляющим собой мезенхимальный диспротеиноз, характеризующийся отложением амилоида в дерме. Единой классификации амилоидоза не существует. Выделяют системный (первичный, вторичный) и локализованный (первичный, вторичный) амилоидоз. Отличительным признаком системного амилоидоза является появление в крови белка-предшественника, который запускает сборку амилоида, и как следствие — возможность поражения любого органа. При локальном амилоидозе синтез белка-предшественника происходит фокально, и он не способен проникнуть в кровоток. Вторичный системный амилоидоз может формироваться вследствие таких заболеваний, как болезнь Шегрена, болезнь Рейтера, системная красная волчанка, системная склеродермия и др. Вторичный амилоидоз кожи может развиваться на фоне таких дерматозов, как атопический дерматит, красный плоский лишай и др. Выделяют три основных клинических варианта амилоидоза кожи: узелковый, пятнистый, узловато-бляшечный. Больная, 61 год, отмечает высыпания на коже правого бедра более 10 лет с постепенным увеличением площади распространения. Впервые в филиал «Тимирязевский» обратилась в августе 2023 г., отмечала увеличение количества высыпаний, зуд. Со слов, самостоятельно наносила препарат для химической деструкции — без эффекта. Из сопутствующих заболеваний: начальная старческая катаракта, хронический холецистит, многоузловой зоб с 2005 г., папиллярная микрокарцинома правой доли щитовидной железы без инвазии в капсулу органа, без признаков экстратиреоидного распространения, без периневральной и эндоваскулярной инвазии (оперирована в феврале 2023 г.). На момент осмотра патологический процесс носил подостровоспалительный, ограниченный характер, локализовался на коже внутренней поверхности нижней трети правого бедра. Был представлен множественными плотными, слегка возвышающимися папулами телесного, телесно розового, розового цвета, близко расположенными друг к другу, но без слияния, местами с гладкой поверхностью, местами покрытыми серо-белыми чешуйками, геморрагическими корочками размерами 0,3–0,5 см. Было проведено гистологическое исследование фрагмента кожи. Микроскопическое описание: эпидермис с компактным ортогиперкератозом, апоптозом отдельных кератиноцитов. В дермальных сосочках скопление гомогенных эозинофильных масс, окрашивающихся красителем Конго красным в кирпично-красный цвет. Заключение: в пределах исследованного материала картина амилоидоза кожи. Пациентке был установлен диагноз: Первичный ограниченный амилоидоз, узелковый тип. Рекомендовано лечение в виде мази Клобетазол 0,05% на очаг 2 раза в день в течение 1 месяца. При повторном обращении отмечалось улучшение в виде исчезновение зуда, уменьшение плотности, уплощения элементов. В дальнейшем был назначен препарат Такролимус в виде 0,1% мази 2 раза в день в течение 1 месяца.
Амилоидоз 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.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОСАРКОМЫ КАПОШИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Останкинский»
Москва
Беленкова А. А., Волкова С. Б.

Введение. Псевдосаркома Капоши (акроангиодерматит) (далее ПСК) — это редкое хроническое сосудистое заболевание нижних конечностей, ассоциированное с наличием врожденных или приобретенных сосудистых нарушений. За последние 30 лет было предоставлено всего несколько десятков подтвержденных случаев по данному диагнозу. Выделяют два подтипа ПСК: акроангиодерматит Мали и синдром Стюарта–Блюфарба. В первом случае основой процесса является хроническая венозная недостаточность, которая приводит к гипоксии и компенсаторному увеличению числа сосудов. Чаще всего процесс развивается у пациентов 40–60 лет, процесс симметричен, основными проявлениями являются пятна, узлы фиолетово-красного цвета в области тыльных поверхностей голеней, стоп. Также на этом фоне могут появляться изъязвления, зуд, жжение, болезненность в очагах поражения. При синдроме Стюарта–Блюфарба процесс развивается вследствие врожденной недостаточности артериовенозных анастомозов. Процесс больше характерен для подросткового возраста, клинически проявляется пятнами, бляшками синюшно-красного оттенка, повышением температуры в пораженной области, пульсацией в очагах поражения. Однако и в том и в другом случае все клинические симптомы являются вторичными по отношению к существующим сосудистым нарушениям. Диагноз ставится на основании клинической картины, анамнеза, ангиографии и гистологического исследования (в основе патоморфологических нарушений лежит сосудистая пролиферация компенсаторного характера, обусловленная гипостазом, высоким венозным давлением). Допплерография и артериография выявляют артериовенозные мальформации.
Клинический случай. Пациентка Н., 48 лет, впервые обратилась в филиал Останкинский в ноябре 2023 года с жалобами на длительно существующие высыпания на коже голеней. Со слов пациентки, считает себя больной около 3 лет, появление высыпаний ни с чем не связывала. До этого неоднократно обращалась к хирургу, но никакой терапии назначено не было. Самостоятельно начала использовать топические глюкокортикостероиды, без выраженного эффекта. На момент обращения к врачу-дерматовенерологу отмечала медленное прогрессирование процесса. При осмотре на тыльной поверхности обеих голеней отмечаются симметричные пятна фиолетово-красного цвета, неправильных очертаний, плотные в основании, с незначительным шелушением на поверхности и западением в центре очагов. После сбора анамнеза, осмотра была заподозрена локализованная склеродермия. Дифференциальный диагноз проводился с застойным дерматитом, васкулитом. Для установления точного диагноза была проведена диагностическая биопсия. По результатам гистологического исследования получено заключение: в пределах доставленного материала признаков склеродермии, васкулита не обнаружено, патологические изменения наиболее соответствуют акроангиодерматиту. На основании клинической картины и гистологического исследования пациентке установлен диагноз: Акроангиодерматит Мали. В связи с тем, что в основе данного заболевания лежит хроническая венозная недостаточность, основное наблюдение пациентки будет осуществлять врач-

флеболог в партнерстве с наблюдением у врача-терапевта и консультациями врача-дерматовенеролога для коррекции наружной терапии.
Заключение. Клинический случай представляет интерес для практикующих врачей как дерматологического, так и хирургического и терапевтического профиля в связи с редкостью заболевания, необходимостью проведения диагностического поиска для своевременного установления диагноза и проведения адекватной терапии хронической венозной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВОЛЧАНКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В., Донченко И. Ю., Радионова Е. Е.

Дискоидная красная волчанка (ДКВ) — заболевание кожи из группы болезней соединительной ткани (коллагенозов), характеризующееся хроническим рецидивирующим течением с периодически наступающими обострениями, преимущественно в весенне-летнее время; в ведении больных требуется индивидуальный подход. При ДКВ образуются аутоантитела к компонентам клеточного ядра и иммунные комплексы, откладывающиеся в стенках мелких сосудов и в базальной мембране. В патогенез ДКВ вовлечены генетические, иммунологические, гормональные факторы и условия среды. Различают две основные формы болезни: дискоидную и системную. Между дискоидной и системной КВ имеется патогенетическая близость; в 2–7% случаев возможен переход из дискоидной в системную КВ.
Под нашим наблюдением находилась пациентка З., 74 года. Беспокоят боли в горле около года. К врачу не обращалась. Лечилась самостоятельно, принимала ципролет 500 мг 1 раз в день 10 дн. В августе 2023 г. обратилась к ЛОР-врачу с результатом КТ гортани от 11.08.23: Преддверие гортани, грушевидный синус слева деформированы в результате фиброзных изменений. Диагноз не верифицирован. Со слов: одышка в течение 5 мес., постепенно усиливается. При осмотре картина больше соответствует гранулематозному воспалению, папилломатозу, однако, учитывая частичную деструкцию надгортанника, показана ФЛСПР и ФЛС: В ротоглотке и гортаноглотке отмечается выраженное утолщение слизистой оболочки, поверхность которой покрыта белесоватым налетом со зловонным запахом. Слизистая оболочка в области обеих глоточно-надгортанных складок неравномерно мелкобугристая, отечная, с сосочковой поверхностью. Описанные изменения распространяются на заднюю стенку ротоглотки в виде стелющего компонента, на бочковидно деформированный, утолщенный лепесток надгортанника и суженный вестибулярный отдел гортани. Просвет голосовой щели не сужен, голосовые складки гладкие, подвижность сохранена. Произведена биопсия, заключение: «Эндоскопическая картина неоднозначная, на фоне выраженного воспалительного процесса в ротоглотке, гортаноглотке и гортани нельзя исключить наличие папилломатоза, опухолевого поражения». Г\И 513003517023_01: 1.1: фрагменты клеточного детрита и грануляционной ткани с обширными участками лимфоцитарной инфильтрации. Опухолевого роста не обнаружено. Заключение: Во фрагментах глоточно-надгортанной складки роста опухоли не обнаружено. Учитывая клиническую картину, данные г/и показано наблюдение ЛОР-врача, консультация в МГСМУ или ЦНИИС и ЧЛХ. Направлена в ФГБОУ ВО МГМСУ им. Евдокимова, центр «ЧЛРВ и ПХ», с диагнозом L10.9 — Пузырчатка. При обследовании от 07.11.2023 со слизистой полости рта акантолитические клетки и эозинофилы не обнаружены. В височной области акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы 23%. Дерматологом по месту жительства направлена на стационарное лечение. Объективно: Локальный статус — процесс носит распространенный хронический воспалительный характер. Локализуется на слизистой полости рта, коже волосистой части головы. На слизистой оболочке ротовой полости отмечаются обширные эрозивные дефекты ярко-красного цвета, занимающие практически всю ротовую полость, отделяемое геморрагического характера, налеты фибрина на поверхности. На коже волосистой части головы отмечаются два эрозивных дефекта на видимо неизмененной коже, размером до 1,5 см в диаметре, отделяемое серозно-геморрагического характера, обрывки эпидермиса. Симптом Никольского отрицательный. Ногтевые пластины интактны. Дермографизм красный. Субъективно: жалобы на высыпания на слизистой полости рта, коже волосистой части головы, болезненность в местах высыпаний, одышку, снижение аппетита, гиперемию склер. С целью верификации диагноза проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование: Фрагмент кожи с явлениями актинического эластоза, периваскулярными и периаднексальными лимфоплазмоцитарными инфильтратами в дерме, обширным эрозивным дефектом, частично покрытым некротизированным эпидермисом. Отмечается отсутствие пилосебацейных комплексов. С учетом выраженности вторичных изменений убедительно судить о нозологическом характере процесса не представляется возможным; нельзя исключить красную волчанку, многоформную эритему, синдром Роуэлла, перифокальный характер изменений; морфологических признаков линейного IgA-дерматоза в пределах биоптата не обнаружено. Таким образом, принимая во внимание жалобы, анамнез заболевания, клиническую картину и гистологическое исследование, установлен предварительный диагноз: Системная красная волчанка. Учитывая жалобы пациентки на удушье, выраженную одышку, пациентка выписана к ревматологу по месту жительства на дообследование и определение дальнейшей тактики лечения в условиях многопрофильного стационара. Рекомендовано: МРТ гортани, мягких тканей шеи по месту жительства. КТ ОГК, АНФ по Нер-2, АНА иммуноблот, ANCA-Антитела, Наблюдение ЛОР-врачом, ЭХО-КГ. Представленный клинический случай демонстрирует важность комплексного анализа всех данных обследования пациента, в том числе сопоставления жалоб, анамнеза, клинической картины, результатов гистологического исследования для выявления редких и тяжелых форм дерматозов, находящихся на стыке смежных специальностей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАСПРОСТРАНЕННАЯ ТРИХОФИТИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Северо-восточная клиника с детским центром»
Москва
Чепрасова А. В., Юнда И. В., Полевщикова С. А., Солнцев В. В., Огай Д. В.

Пациентка Ш., 27.09.2004 г.р., впервые обратилась в Обособленное подразделение «Северо-восточная клиника с детским центром» с жалобами на распространенные высыпания на коже волосистой части головы, ушных раковин, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, поредение волос, ресниц, снижение массы тела более чем на 7 кг. Считает себя больной в течение 1 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже паховой области. Самостоятельно применяла наружно Цинковую мазь, без эффекта. В связи с распространением и обострением кожного процесса обратилась к дерматологу в республике Таджикистан. Предъявляла жалобы на высыпания на коже лица, волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Выставлен предварительный диагноз «Экзема?», «Атопический дерматит?», «Микоз гладкой кожи?». При сдаче микроскопического исследования — нити мицелия не обнаружены. Самостоятельно проводила лечение системными антимикотическими препаратами (таб. Тербинафин, таб. Итраконазол, кап. Флуконазол), наружно крем Тербинафин, без выраженного эффекта. На фоне проводимой терапии отмечала ухудшение и распространение кожного процесса, усиление зуда, поредение волос и ресниц. Проведенное обследование: микроскопическое исследование на патогенные грибы с очагов, бактериологическое исследование на патогенные грибы, определение генетического материала возбудителя грибковой инфекции в материале методом ПЦР. При микроскопическом исследовании — обнаружен мицелий. При бактериологическом исследовании: обнаружен рост — Trichophyton interdigitale. Результат ДНК-исследования методом ПЦР: обнаружен Trichophyton mentagrophytes complex. Патологический кожный процесс носит распространенный характер, локализуется на коже лица, шеи, ушных раковин, волосистой части головы, туловища,

верхних и нижних конечностях, ягодиц, паховой области. Представлен множественными отечными очагами красного цвета с четкими границами со здоровой кожей, округло-овальной формы, с возвышающимся венчиком гиперемии по периферии с наличием фолликулярных узелков, отдельные очаги с просветлением в центре, с сероватым, мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Очаги на ягодицах и нижних конечностях сливаются, с фестончатыми очертаниями. На коже волосистой части головы волосы в очагах поражения обломаны на расстоянии 3–4 мм. Отмечается выраженное поредение ресниц и бровей. Проведенная терапия: до назначения антимикотических препаратов проводилась отслойка рогового слоя эпидермиса (кислота салициловая 12,0 г, кислота молочная, вазелин 100,0 г), наружно на очаги поражения под компресс на 2 суток, затем 2% салициловая мазь, наружно под компресс на 24 часа. После снятия повязки проводилась чистка и эпиляция волос. Получала системное лечение: таб. Итраконазол 200 мг, внутрь, по 1 таб. 1 раз в сутки, после приема пищи, 6 недель. Наружно: крем Изоконазола нитрат 1%, наносить на пораженные участки 2 раза в день, 6 недель. После проведенной терапии пациентка отмечала выраженную положительную динамику кожного процесса в виде разрешения высыпаний до пятен вторичной поствоспалительной гиперпигментации.

ЛИШАЙ ВИДАЛЯ — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Останкинский»
Москва
Волкова С. Б., Некрасова О. Е.

Простой хронический лишай Видаля (далее ПХЛ) — хроническое заболевание кожи, характеризующееся зудом и появлением ограниченных высыпаний — бляшек с четкими границами по отношению к здоровой коже, возникающих в результате повторяющегося расчесывания и травматизации. Особенностью данного заболевания является появление зуда в покое и расположение высыпаний лишь на участках кожных покровов, доступных для механического воздействия руками пациента. Поражения редко занимают большие площади, чаще расположены симметрично. Для ПХЛ характерно развитие хронического порочного круга. Постоянная травматизация, экспрессия провоспалительных медиаторов в эпидермисе приводит к нейрогенному воспалению, которое в свою очередь также вызывает зуд, приводящий к расчесыванию. Само по себе расчесывание вызывает дисфункцию кожного барьера и разрушение эпидермальных нервных волокон, что способствует активации ретроградных сигнальных путей, что также приводит к усилению зуда. Традиционно считается, что первопричиной ПХЛ является механическая травма или предшествующие воспалительные заболевания кожи. При этом психологические факторы, такие как тревога, депрессия и стресс способствуют усилению восприятия зуда и усугубляют цикл зуд-расчесывание. Но зуд и патологические изменения, характерные для данного заболевания, могут возникать первично на неизмененной коже у пациентов, не имеющих в анамнезе острых и хронических дерматозов, на фоне тревожных и депрессивных расстройств, о чем свидетельствуют данные о том, что частота встречаемости ПХЛ выше у пациентов, страдающих психическими заболеваниями. С августа 2023 года под наблюдением в филиале «Останкинский» находится пациентка 77 лет с жалобами на периодический зуд, появляющийся в состоянии покоя. Впервые отметила появление зуда и высыпаний более 2 лет назад. Из анамнеза жизни выявлено, что пациентка страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа (оба состояния медикаментозно компенсированы). На момент обращения патологический процесс носил ограниченный характер. Высыпания на коже в верхней трети передней поверхности грудной клетки, спины в области лопаток, задней поверхности шеи были представлены плотными при пальпации плоскими папулами округлых и линейных форм в диаметре до 2,5 см светло-розового цвета (при диаскопии цвета нормальной кожи) с гиперемией и гиперпигментацией по периферии, четкими границами по отношению к здоровой коже. Дерматоскопически: линейные сосуды, единичные мелкопластинчатые чешуйки. Дермографизм красный. В соскобе с патологических очагов патогенных грибов не выявлено. Для дифференциальной диагностики между рубцовыми состояниями кожи саркоидозом кожи и ПХЛ в целях постановки окончательного диагноза проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании выявлен умеренный акантоз эпидермиса с неравномерным удлинением эпидермальных гребней, выраженный компактный кератоз, зернистый слой дифференцирован, вокруг сосудов поверхностного сплетения слабая лимфогистиоцитарная инфильтрация на фоне выраженного актинического эластолиза, что более соответствует диагнозу Простой хронический лишай. Пациентка сообщила, что после проведения биопсии в течение 2 недель отмечала полное отсутствие зуда, что позволило думать о влиянии психосоматического компонента в данном клиническом случае. В последующем, при проведении двух 14-дневных курсов антигистаминной терапии и наружной терапии мазью клобетазола пропионата 0,05%, клинических улучшений не наблюдалось, в связи с чем рекомендована консультация врача-психиатра. На фоне медикаментозного лечения, назначенного врачом-психиатром, пациентка отмечает отсутствие зуда и частичный регресс высыпаний. Данный клинический случай показывает, что рутинное применение антигистаминных препаратов и топических кортикостероидных мазей не всегда способствует прекращению зуда у больных с ПХЛ. Для благоприятного прогноза данного заболевания главной задачей является «разрыв» порочного круга «зуд-расчесывание», первопричиной которого может служить наличие у пациента психического расстройства, требующего медикаментозной коррекции. Безусловно, целесообразно прибегать к консультации врача-психиатра пациентов дерматологического профиля с наличием клинических проявлений зуда.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Останкинский»
Москва
Волкова С. Б., Герман А. О.

Гангренозная пиодермия (далее ГП) — быстро прогрессирующее редкое хроническое воспалительное заболевание неясной этиологии, с нейтрофильной инфильтрацией дермы и деструкцией ткани. Первые описания гангренозной язвы принадлежат французскому дерматологу Луи Броку в начале XX столетия. Современное представление о нозологии ввели в дерматологию американские специалисты А. Бранстинг, В. Хокерман и П. О. Лейри в 1930 году. ГП встречается преимущественно у женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В детском и подростковом периодах, у людей пожилого возраста встречается редко. Общая частота встречаемости составляет 5–12 случаев на 1 миллион населения в год. Известно, что ГП ассоциирована с иммуновоспалительными заболеваниями кишечника, патологией крови, аутоиммунными и онкологическими заболеваниями, но может быть идиопатическим заболеванием. Болезнь недостаточно известна и находится на стыке нескольких медицинских специальностей, что приводит к поздней постановке диагноза и длительному нерациональному лечению. В патогенезе играет роль аберрантная иммунная реакция, вовлекающая Т-лимфоциты и цитокины. Выявлены дефекты миграции, хемотаксиса и фагоцитоза нейтрофилов, а также случаи развития на фоне иммунодефицитных состояний, генетической предрасположенности. В 2015 году Европейской ассоциацией дерматовенерологов предложены следующие клинические формы гангренозной пиодермии: язвенная (классическая), пустулезная, буллезная, вегетирующая, перистомальная, генитальная, инфантильная и внекожная. Клинические формы различаются в зависимости от преобладания соответствующих морфологических элементов и локализации процесса. Тщательный сбор анамнеза имеет ключевое значение для постановки диагноза, так как гистологически не имеется патогномоничных признаков. Следует особое внимание уделить наличию в анамнезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), артрита, злокачественных новообразований. Язвенные дефекты обычно образуются быстро, часто после незначительной травмы (феномен патергии). Прогноз в значительной мере определяется сопутствующими системными заболеваниями. Течение заболевания хроническое со склонностью к рецидивам. После заживления язв остаются атрофические рубцы.

Пациентка К. 34 лет впервые обратилась к дерматологу в МНПЦДК ДЗМ филиала «Останкинский» в октябре 2023 года с жалобами на появление высыпаний на коже голеней, левого плеча, волосистой части головы, сопровождающихся болезненностью. Больна с сентября 2023 года, когда впервые отметила появление язвенного дефекта на коже левого плеча, недомогание, подъем температуры до 38 градусов С, изменение стула. При обращении к терапевту по месту жительства был назначен пероральный антибактериальный препарат, наружная обработка язвенных дефектов антибактериальной мазью. Заболевание прогрессировало. В октябре 2023 года на коже волосистой части головы, левого плеча, правой и левой голени отмечались глубокие язвы с четкими контурами, округлые и полициклических очертаний, размером 5х8 см, 2х3 см, с приподнятыми краями фиолетового цвета. Дно язв ярко-красного цвета, с гнойно-геморрагическим экссудатом и участками некроза. Вокруг очагов — зона фиолетово-розовой эритемы. Гистологическое исследование: морфологическая картина выраженного слабоактивного воспаления кожи. В посеве с язв рост микроорганизмов не обнаружен. В связи с дивертикулярной болезнью в анамнезе пациентка была направлена к гастроэнтерологу, где диагностировали: «Болезнь Крона, тяжелая атака язвенного колита, тотальное поражение с внекишечными проявлениями». Был назначен биологический препарат Инфликсимаб, глюкокортикостероиды, а также сопутствующая терапия кишечных проявлений, наружная обработка язв анилиновыми красителями с положительным эффектом в виде эпителизации язвенно-некротических дефектов с формированием рубцов. Гангренозная пиодермия является тяжелым системным заболеванием, которое значительно снижает качество жизни пациента и требует индивидуального подхода к ведению пациента с привлечением единой междисциплинарной команды специалистов разного профиля, так как сложность диагностики данного дерматоза обусловлена низкой распространенностью, отсутствием достаточного количества исследований лекарственных препаратов для лечения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АПЛИКАЦИОННОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент
Колдарова Э. В., Сыдиков А. А., Мухамедов И. М., Мухамедов Б. *И.*

Введение. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — полиэтиологическое рецидивирующее заболевание, характеризующееся поражением не только кожных покровов, но и слизистых оболочек, преимущественно полости рта. Тяжелые формы поражения слизистых оболочек при МЭЭ часто обуславливают серьезные осложнения. Точные механизмы МЭЭ до конца не изучены. Известно, что в патогенезе принимают участие иммунологические механизмы. В лечении используют широкий спектр лекарственных средств — нестероидные противовоспалительные, десенсибилизирующие, противовирусные средства, витаминотерапию; при поражении слизистой полости рта — полоскание с отваром трав, антисептики, анальгетики, регенерирующие пасты. В лечении инфекционно-аллергической формы важными являются антибиотики, а при токсико-аллергической — глюкокортикостероиды.
Цель исследования: изучить наиболее эффективную концентрацию комбинированной аппликационной пленки (КАП) in vitro, исходя из количественных и качественных сдвигов в микрофлоре полости рта у пациентов с МЭЭ.
Материалы и методы. КАП представляет собой комбинацию из полимерной подложки-пленкообразователя на основе очищенной натрий-карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ) различной степени замещения и степени полимеризации, подверженную биоразложению с заданной скоростью; в качестве противовирусного и антибактериального вещества (помимо антиоксидантных, противовоспалительных, иммуномодулирующих эффектов) — прополис с концентрацией 5% и 7,5% и синтетический гормон — мометазона фуроата с концентрацией 20 и 80 мг, обладающий противовоспалительным, противоаллергическим, противозудным и сосудосуживающим свойствами. Пленки на основе Na-КМЦ с пролонгированным действием, способные растворяться в гель при контакте со слизистой оболочкой, представляют собой стерильные непрозрачные пленки с ровными краями размером 9х9 см, толщиной 40–80 мкм и массой 3–3,5 г. Время перехода КАП в гелевое состояние составляет 3–4,5 часа. Для диагностики in vitro использовались смывы с полости рта больных с МЭЭ — в объеме 5 мл — 0,9% NaCl. Проводили ряд серийных разведений с последующим засеванием определенного объема на поверхность высокоселективных питательных сред, культивировали в обычных условиях 18–24 часа при температуре 37 °С, а культивирование посевов для выделения анаэробов осуществляли в анаэростате путем использования газогенераторных патронов. По истечении указанных сроков все засеянные чашки вынимали из термостата, производили подсчет выросших колоний микробов, определяли групповую и видовую принадлежность изолированных колоний на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Граму, характера роста на селективных питательных средах и биохимических свойств.
Результаты. Микробиологическое изучение чувствительности микробов, выделенных из полости рта у больных МЭЭ, показало, что лекарственный препарат из гелевой пленки на основе Na-КМЦ сам по себе оказывает антибактериальное воздействие. При этом в основном действует на кокковую флору, однако к ней не чувствительны грамотрицательная флора (Escherichii), грибы рода Candida и лактобактерии. В то же время при добавлении гормона мометазона фуроата в концентрации 20 мг большинство грамположительной флоры (кокки) снизили свою чувствительность, в то время как грамотрицательная флора показала большую чувствительность. Интересно отметить, что при содержании в пленке 7,5% прополиса антибактериальное влияние существенно возросло на все штаммы грамположительной флоры, однако грамотрицательная флора оказалась слабо чувствительной, а лактобактерии и грибы оказались резистентными. Наиболее интересные данные нами были получены при создании КАП — гелевая пленка +5% прополиса + 20 мг и 80 мг гормона мометазона фуроата. Чувствительность всех штаммов грамположительной и грамотрицательной флоры возросла, и только грибы рода Candida и лактобактерии оказались резистентными. Значимых изменений в чувствительности при увеличении концентрации гормона (80 мг) не было отмечено.
Выводы. Разная степень антибактериальной активности испытанных лекарственных препаратов, по-видимому, связана с различием механизмов действия на проницаемость клеточной стенки полученных микробных культур от пациентов с МЭЭ. Среди всех испытанных КАП наиболее эффективную активность показала пленка, состоящая из гелевой пленки + 5% прополис + концентрация мометазона фуроата 20 мг. В связи с этим можно с уверенность рекомендовать данную КАП для лечения больных, страдающих МЭЭ, с поражением слизистой оболочки полости рта.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Донецк
Проценко О. А., Проценко Т. В., Боряк С. А., Провизион А. Н., Милус И. Е.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня общего IgE при различных типах ЛН у больных атопическим дерматитом (АтД).
Материал и методы. Под наблюдением были 97 больных АтД в возрасте от 6 до 48 лет. Диагноз, клиническую форму и степень тяжести дерматоза определяли в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР. Лактозную непереносимость (ЛН) определяли методом полимеразной цепной реакции по полиморфизму 13910 С/Т гена лактазы с выделением трех типов — ЛН С/С, ЛН С/Т, ЛН Т/Т. Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови осуществляли с помощью иммуноферментного метода.
Результаты. Общий IgE был повышен у 52,6% больных АтД, в том числе у 68,6% из них — в 3 раза и более. Обнаружена прямая корреляционная связь ($p<0,01$) между количеством эозинофилов в сыворотке крови и показателем кратности повышения общего IgE. Статистически значимая корреляционная связь между этими показателями была выявлена только у женщин ($p<0,05$),

у мужчин статистической значимости не наблюдали (p>0,05). Определена прямая корреляционная связь (p<0,01) между индексом SCORAD и показателем кратности повышения общего IgE в сыворотке крови у больных АтД. Установлены различия показателей кратности увеличения общего IgE при разных типах ЛН (p>0,05), с максимальным «размахом» значений этих показателей при первичной ЛН.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы с целью оптимизации лечения и долговременного контроля АтД.

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ВЫБОРА ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТИТОВ КРУПНЫХ СКЛАДОК

Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»; Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ Санкт-Петербург

Согомонян Л. М., Чаплыгин А. В., Чаплыгин К. А., Серебрякова И. С.

Актуальность. Вследствие частой встречаемости дерматитов крупных складок актуален вопрос терапии данной патологии. При этом необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности кожи крупных складок, для которой характерна склонность к мацерации и механическому повреждению, что создает условия для формирования особого микробиома. Микробиом кожи складок более вариабелен, чем на гладкой коже, и часто включает условно-патогенные штаммы бактерий и грибы, к которым часто транзиторно присоединяются патогенные штаммы микроорганизмов и грибковые патогены. Важно, что клинические картины интертригинозных дерматитов плохо различимы. На практике это приводит к необходимости применения комбинированной терапии: с одной стороны — эмпирической синдромальной терапии дерматита, с другой — эрадикационной этиотропной терапии. Оптимальным вариантом являются официнальные комбинированные препараты для топической терапии с фиксированной комбинацией лекарственных средств.

Цель исследования: оценить эффективность применения комбинированных топических средств у пациентов с интертригинозными поражениями различной этиологии в области крупных складок. Для исследования был выбран топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата (ТГКС III класса по T. Luger, 2013) и 1% изоконазола нитрата (антимикотик широкого спектра действия, с бактериостатическим эффектом).

Задача исследования: оценить эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема при топической терапии у пациентов с дерматитами в области крупных складок.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 пациента с интертригинозным дерматитом сочетанной этиологии с длительностью заболевания не менее 5 суток (18 женского, 14 мужского пола), в возрасте от 18 до 50 лет, ранее не получавшие топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема. Системная терапия пациентам не проводилась. Клиническая картина характеризовалась наличием эритемы в крупных складках кожи (под молочными железами, паховые, бедренно-мошоночные, межъягодичные складки), с мацерацией, трещинами, эрозиями, шелушением, воспалительными папулами по периферии. Для лечения применялся в виде монотерапии в виде крема топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата, наносимый 2 раза в день утром и вечером на очаги поражения кожи курсом до 2 недель. Оценку результатов лечения проводили через 5, 10 и 15 дней от начала терапии.

Результаты. На 5-е сутки применения крема с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата у всех пациентов отмечалось частичное разрешение высыпаний со снижением интенсивности зуда и жжения (по субъективной шкале с 8,4 балла до 4,1 балла); на 10-е сутки полное разрешение отмечено у 62,5% (20 чел.) пациентов, у оставшихся дальнейшее разрешение высыпаний со снижением индекса зуда до 2,2 балла. На 15-е сутки у 100% отмечалось клиническое выздоровление, частично с исходом во вторичную пигментацию. Через 1 месяц после окончания терапии клинический эффект сохранялся у всех пациентов. Нежелательные явления на всем протяжении терапии отсутствовали.

Выводы. Показана высокая эффективность и безопасность применения топического комбинированного препарата с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема в терапии интертригинозных дерматитов сочетанной этиологии в области крупных складок.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА У ПАЦИЕНТА С РЕФРАКТЕРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА РОУЭЛЛА

Белорусский государственный медицинский университет, Минский городской клинический центр дерматовенерологии Минск

Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Мартинова И. В.

Введение. Синдром Роуэлла (СР) можно рассматривать как гиперреактивный ответ организма на аутоиммунное заболевание, характеризующийся симптомокомплексом, который включает в себя проявление дискоидной или системной формы красной волчанки (КВ) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ). Отличительными иммунологическими характеристиками являются крапчатый тип свечения антинуклеарного фактора, наличие антител к Ro/SSA или La/SSB и позитивность ревматоидного фактора. При классическом варианте МЭЭ не имеет взаимосвязи с какими-либо специфическими серологическими изменениями, обычно наблюдаемыми при аутоиммунных заболеваниях. При отсутствии триггерных факторов сочетание МЭЭ с КВ считается диагностическим критерием СР. Учитывая редкость нозологии, утвержденных схем лечения нет. По данным литературы, в терапии СР применяются глюкокортикостероиды, цитостатические и антималярийные лекарственные препараты.

Клиническое наблюдение. Пациентка Ф., 57 лет, считает себя больной около 8 лет, когда впервые отметила появление симметричных высыпаний на верхних конечностях, сопровождающихся зудом. Пациентка обратилась за медицинской помощью, ей была выполнена биопсия. Морфологическая картина была характерна для пограничного паттерна, который может наблюдаться при диссеминированной форме красной волчанки и многоформной экссудативной эритеме. Пациентке был выставлен диагноз «красная волчанка» и назначены преднизолон и гидроксихлорохин. Заболевание прогрессировало: на коже спины, правой щеки, груди, плеч появились сливающиеся воспалительные пятна, инфильтрированные бляшки овоидной формы с чешуйко-корками по периферии и легкой атрофией в центре очагов. Несмотря на лечение, пациентка отмечала обострения около 3 раз в год, сопровождающиеся госпитализацией (более 20 раз). На основании результатов иммунологического обследования (АТ к SS-A — положительные, АТ к CENP B — положительные, АТ к Scl-70 — пограничные, АТ к PCNA — пограничные) и последней биопсии морфологическая картина была более характерна для синдрома Роуэлла (ввиду пограничного паттерна с дискератозом и сателлитарным клеточным некрозом кератиноцитов, а также выраженных повреждений верхних отделов шиповатого слоя, что обычно не наблюдается при изолированной волчанке) с признаками хронизации процесса. На протяжении всего времени пациентка получала иммуносупрессивную терапию в виде глюкокортикостероидов (преднизолон, метилпреднизолон, бетаметазон), иммунодепрессантов (метотрексат, циклоспорин, азатиоприн), сульфоновых (дапсон) и противомалярийных (гидроксихлорохин) препаратов. В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии, развитием побочных реакций и наличием отчетливой стероидзависимости пациентке был назначен иммунодепрессант антиметаболического типа микофенолата мофетил 1000 мг/сутки на фоне снижения глюкокортикоидов до поддерживающей дозы (6 мг метилпреднизолона) с достижением клинической ремиссии в течение 5 недель терапии.

Заключение. Хорошая переносимость и стероидсберегающий эффект микофенолата мофетила позволяют рассматривать его в качестве альтернативной терапии синдрома Роуэлла с рефрактерным течением.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) С ЛОКАЛЬНЫМ НАНЕСЕНИЕМ ГЕЛЯ-ПЕНЕТРАТОРА СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

1 Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы;
2 Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы Москва
Сучканцев Н. А. 1, Игнатова Е. В. 1, Денисова Е. В. 1, Маляренко Е. Н. 1,2, Жукова О. В. 1,2, Корсунская И. М. 1

Актуальность проблемы совершенствования методов лечения хронических заболеваний кожи связана с ростом заболеваемости дерматозами, склонными к непрерывному рецидивирующему течению и отличающимися торпидностью к стандартным методам лечения, а также их сочетанностью с сопутствующей соматической патологией, ограничивающей спектр «классических» методов физиотерапевтического лечения (ФТЛ). Альтернативой по эффективности и безопасности может быть ФДТ с локальным нанесением фотосенсибилизирующего средства (ФС), в основе которой лежит развитие фотохимической реакции в ткани при активации ФС с помощью источника света с длиной волны, соответствующей максимуму поглощения, используемого ФС. В результате из нетоксичного триплетного кислорода происходит образование синглетного кислорода, который обладает выраженным цитотоксическим свойством и способствует селективному разрушению патологически измененных клеток при максимальном сохранении окружающих здоровых тканей. Целью нашей работы было внедрение данной методики на базе физиотерапевтического отделения «Клиники им. В. Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в клиническую практику лечения резистентных к стандартной терапии хронических заболеваний кожи, таких как склеродермия, склероатрофический лихен, псориаз, экзема, а также оценка переносимости и эффективности метода.

Материалы и методы. Все пациенты получали комплексное лечение в соответствии с Клиническими рекомендациями МЗ РФ по соответствующей нозологии. Для назначения ФДТ отбирались больные с резистентным к проводимой терапии течением заболевания, при этом учитывались как общие противопоказания к ФТЛ, так и к данной методике. Всего данный вид терапии получили 30 пациентов (нами выполнено 89 процедур ФДТ). Возраст больных варьировал от 24 до 73 лет (в среднем — 54,4 года), из них женщин — 21, мужчин- 9. По нозологии пациенты распределились следующим образом: с псориазом (ладонно-подошвенной локализации и торпидными к терапии бляшками) — 8 пациентов, с давностью заболевания от 1 года до 20 лет; с экземой — 1 пациент (с поражением кожи ладоней и подошв) с давностью заболевания более 3 лет; со склеродермией (различной локализации очагов) — 17 пациентов с давностью заболевания от 1 года до 12 лет и со склероатрофическим лихеном — 4 пациента (различной локализации, в т.ч. генитальной — 1 пациент) с давностью заболевания от 1 до 6 лет. Процедуры выполнялись 1–2 раза в нед., общим количеством 2–5. Технология сеанса ФДТ включала в себя 3 последовательных этапа: 1. Наружное нанесение (аппликация) геля-пенетратора светового излучения (0,5% фотодитазина) с заявленной максимальной эффективностью при длине световой волны 662 нм из расчета 1 мл геля на 3–5 см^2 обрабатываемой поверхности под окклюзионную повязку; 2. Экспозиция геля в течение 30 мин., после чего поверхность кожи очищалась ватным тампоном, смоченным дистиллированной водой; 3. Световое облучение очага с помощью светодиодного медицинского аппарата ЛАТУС-Т «Маска» с заявленной производителем длинной волны излучения 660+10 нм, обеспечивающей максимальную эффективность ФС, световым пятном диаметром 20 см с выходной мощности светового излучения от 74 до 106 мВт/см^2 (в зависимости от величины расстояния от поверхности кожи до корпуса излучателя), плотностью энергии 100 Дж/см^2 в течение 10–15 мин. с экранированием глаз специальными защитными очками. Оценка результатов проводилась сразу после каждой процедуры и на протяжении всего курса лечения.

Результаты. В ходе лечения у всех пациентов, получавших ФДТ, достигнуто клинически значимое улучшение к концу курса комплексного лечения (на 10–15 сутки). При этом регресс высыпаний начинался на 3–5 сутки после первой процедуры, а уменьшение интенсивности воспалительной окраски очагов — к концу первых суток. Пациенты хорошо переносили назначенный вид ФТЛ, ни у кого не наблюдалось каких-либо побочных эффектов и осложнений.

Выводы. Таким образом, преимуществом метода перед другими способами фототерапии является его высокая терапевтическая эффективность при минимальном количестве побочных эффектов и относительных противопоказаний к самой методике. Это делает его прекрасной альтернативой «стандартным» методам фототерапии хронических дерматозов кожи, склонных к рецидивирующему течению и отличающихся торпидностью к проводимой терапии, а также отягощенных сопутствующей соматической патологией.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки» Министерства здравоохранения РФ
Луганск
Радионов В. Г., Радионов Д. В.

В 1866 году немецкие терапевт A. Kussmaul (1822–1902) и патологоанатом R. Maier (1824–1888) опубликовали статью, основываясь на истории болезни 27-летнего подмастерья портного, о неизвестном ранее «заболевании артерий — periarteriitis nodosa, протекающем с брайтовой (Ричард Брайт) болезнью почек и быстро прогрессирующим общим мышечным параличом», что и послужило основой эпонимического названия: Куссмауля–Майера болезнь, которая известна уже более 150 лет. После Lindberg, который впервые в 1931–1932 гг. выделил кожную форму в качестве отдельного варианта узелкового периартериита, ряд авторов выражали свое согласие с подобным обособлением этой формы (Miescher, Slinger et Starck и др.). Тем не менее известны случаи, когда некоторые общие симптомы системного васкулита, хотя неярко выраженные, имеются и при «кожной» форме. Еще в 1960 году немецкие ученые Spier и Röckl отмечали, что генерализованные формы узелкового периартериита могут сопровождаться дерматологическими симптомами, но кожная форма этого заболевания «никогда не является предшественником узелкового периартериита». Кожная форма отличается хроническим и относительно доброкачественным течением, без выраженных симптомов поражения внутренних органов. Даже если допустить, что кожная форма periarteriitis nodosa представляет собой заболевание, характеризующееся значительной степенью автономности, то и в этом случае нельзя отрицать возможность перехода ее в поливисцеральный тип узелкового периартериита, и рассматривать ее нужно лишь как одну из условных разновидностей, органически и неразрывно входящих в сложную структуру болезни Kussmaul–Maier (часть I). [Часть II — см. тезисы «Системный васкулит и роль врачей-смежников в диагностике кожной формы узелкового периартериита».] Опытные специалисты, как нам представляется, при наличии соответствующей симптоматики и подозрении на плюривисцеральные поражения, характерные для узелкового периартериита, должны знать и клинико-морфологические особенности, свойственные так называемой «кожной» форме данного заболевания, несмотря на то, что данное сочетание встречается крайне редко. Они заключаются в появлении небольшого количества узелковых или узловатых высыпаний, располагающихся по ходу кровеносных сосудов в собственно коже, в гиподерме, преимущественно на заднебоковой поверхности голеней (в области икроножных мышц), коленных, голеностопных суставов и стоп. Иногда узелки отмечаются в области туловища и верхних конечностей. Узелки размером до и чуть больше горошины, чрезвычайно болезненные при глубокой пальпации, что имеет большое диагностическое значение при их наличии. Кожа над ними чаще нормальной окраски, иногда розово-красная с цианотичным оттенком. Параллельно с узелками могут появляться более выраженные инфильтраты типа узловатой или уплотненной эритемы. В отдельных узлах редко, но возможна едва ощутимая пульсация, что является достоверным признаком заболевания. Высыпания при кожной форме нередко носят приступообразный и полиморфный характер (пурпура, узелки, узлы, язвы с геморрагическим компонентом, корки, рубцы и др.). Для заболевания характерно хроническое ремиттирующее течение при сравнительно удовлетворительном общем состоянии больного.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»
Москва
Алхаффар С., Касихина Е. И., Валитова И. В.

Парапсориаз — полиморфная группа хронических неконтагиозных дерматозов с псевдопсориатическими поверхностными высыпаниями на коже. Современная классификация парапсориаза включает крупно- и мелкобляшечную формы бляшечного парапсориаза, а также парапсориаз лихеноидный и оспенновидный острый, или pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA), и парапсориаз лихеноидный хронический, или pityriasis lichenoides chronica (PLC). PLEVA и PLC являются звеньями непрерывного клинико-патоморфологического процесса, представляя собой два противоположных спектра заболевания, и могут сосуществовать одновременно, включая промежуточные варианты. PLC встречается в 3–6 раз чаще, чем PLEVA. Тяжелый вариант заболевания с язвенным поражением известен как лихеноидный питириаз с язвенно-некротическими изменениями и гипертермией — Pityriasis lichenoides with ulceronecrosis and hyperthermia (PLUH), или язвенно-некротический вариант болезни Мухи–Габермана. Лихеноидный парапсориаз встречается среди всех этнических групп и во всех географических регионах. Среди заболевших преобладают дети и взрослые молодого возраста, что не исключает развития заболевания в любом возрасте.

Цель работы — изучить клинические особенности лихеноидного парапсориаза среди детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в консультативном детском отделении филиала «Юго-Западный» Московского Центра дерматовенерологии и косметологии» в 2019–2023 г.

Результаты. Под нашим наблюдением находились 16 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Средний возраст дебюта составил 9,5 года. Диагноз парапсориаз лихеноидный оспенновидный острый был у 7 детей, из них 5 (71,4%) мальчиков и 2 (28,6%) девочки. С диагнозом хронический лихеноидный парапсориаз наблюдалось 9 человек: 5 (55,6%) мальчиков и 4 (44,4%) девочки. Частота встречаемости заболевания выше среди представителей мужского пола (соотношение от 1,6:1). Следует отметить, что до обращения в консультативное отделение диагноз парапсориаза не был выставлен ни одному пациенту. Дети получали лечение по поводу ветряной оспы, аллергического дерматита, атопического дерматита, ангиита, нумулярной экземы. До лечения высыпания на коже характеризовались появлением плоских папул розового цвета размером до 0,8 см, покрытых чешуйками сероватого цвета, отделяющихся целиком при поскабливании (шелушение по типу «облатки»). У всех мальчиков был непродолжительный субфебрилитет, определялись положительные симптом пурпуры и феномен щипка. У наблюдаемой девочки лихеноидный парапсориаз (по типу PLUSH) дебютировал в 1 год 9 месяцев и был подтвержден гистологически. В течение анализируемого временного периода кожный процесс имел постоянно рецидивирующее течение и отличался устойчивостью к проводимой системной и наружной терапии. Высыпания были представлены папулами розового цвета и пузырьками с центральным геморрагическим некрозом, а также мелкими плоскими лентикулярными папулами с шелушением в центре по типу «облатки». На месте вариолиформных элементов формировались множественные белесоватые атрофические рубчики, часть папул разрешалась с формированием очагов вторичной гиперпигментации. При дерматоскопии дополнительно к вышеописанным признакам определялись атрофические беловатые очаги без структуры нормального кожного рисунка, роста пушковых волос. Всем детям было проведено серологическое обследование с целью исключения вирусоносительства. Положительные титры антител класса IgG к вирусу Эпштейна–Барр — выявлены у 3 пациентов, герпесвируса человека VI типа (ВГЧ VI) — у 4 пациентов, к цитомегаловирусу — у 2 пациентов. У 1 пациента была выявлена гепатоспленомегалия. Таким образом, в течении заболевания, предположительно, существует взаимосвязь между тяжестью и возрастом ребенка. Ранний дебют заболевания обусловливал более агрессивное течение парапсориаза с выраженным рубцеобразованием. У детей в развитии парапсориаза нельзя исключить провоцирующую роль герпесвирусов (Эпштейн–Барр, цитомегаловирус и ВГЧ VI). Острый лихеноидный вариолиформный парапсориаз является относительно редким заболеванием, что является препятствием для его своевременной диагностики. Для постановки диагноза требуется расширенная дифференциальная диагностика с другими папулезно-сквамозными дерматозами, а также с заболеваниями, сопровождающимися везикулезной сыпью.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОТЕРАПИИ АКНЕ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России
Москва
Хатаева Д. И., Демина О. М.

Введение. Акне (acne vulgaris) — воспалительное заболевание сально-волосяного аппарата с хроническим течением, характеризующееся наличием комедонов, воспалительных папул, пустул, узлов, а также рубцов и поствоспалительных пятен. Данный дерматоз способен влиять на качество жизни пациентов, затрагивая их психоэмоциональную составляющую. Актуальным остается вопрос терапии резистентных акне, в связи с чем разрабатывается все больше методов лечения с использованием физиотерапевтических и косметологических методов.

Цель: провести анализ литературных данных по исследованиям безопасности и эффективности лазерной терапии акне.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами был использован ретроспективный метод с анализом данных литературы о лазерной и фототерапии акне за период 2010–2024 гг. по базе данных PubMed.

Результаты. Проанализировано 34 полнотекстовых статьи. Исследования проводились у пациентов с акне обоих полов в возрасте 16–40 лет (медиана — 28 лет) с I–IV фототипом кожи по шкале Фитцпатрика, от легкой до тяжелой степени, наиболее часто (80%) — с легкой и средней степенью тяжести. Исследователями преимущественно применялись лечение интенсивным импульсным светом (IPL), фотодинамическая терапия (ФДТ), сине-красные светодиоды (LED), а также калий-титанилфосфатный лазер (532 нм), неодимовый лазера на иттрий-алюминиевом гранате (1064 нм). Методы фото- и лазерной терапии значительно варьировали по параметрам — длине волны, длительности импульса, размеру пятна, количеству проведенных процедур (от 1 до 12). Кратность процедур составляла от двух в день до одной процедуры в месяц. Эффективность оценивалась по количеству воспалительных и невоспалительных элементов, а также степени акне до, в процессе и после проведенного курса. Сравнивались методики монотерапии и комбинированные методы. В контрольных группах применялись наружные средства (клиндамицин, бензоила пероксид) и плацебо. В 95% случаев во всех исследованиях были получены клинически более эффективные результаты, чем в группах контроля, что наиболее часто (до 85%) выражалось в уменьшении количества папул, пустул и узлов (на 40–90%), а в некоторых случаях отмечалось уменьшение невоспалительных элементов — комедонов — и снижение себопродукции (на 30–40%). Отмечалась хорошая переносимость терапии с незначительными побочными реакциями в виде эритемы, чувства жжения, которые регрессировали самостоятельно в течение 2 часов — 3 суток бесследно. Примечательно, что ФДТ интенсивным импульсным светом (IPL) с длиной волны 420–950 нм с использованием местной 5-аминолевулиновой кислоты (АЛК) и красного света в четыре сеанса с интервалом в 1 неделю продемонстрировала результаты в 1,5 раза лучше, чем в группе с применением IPL без АЛК у пациентов с акне средней степени тяжести. А в другом исследовании в сравнении результатов лечения у пациентов в трех группах, получавших ФДТ, IPL или фототерапию с использованием сине-красных светодиодов LED, клиническое улучшение через 1 месяц наблюдалось у 92%, 58% и 44% соответственно. В источнике, описывающем клинический случай при лечении пациентки с тяжелой степенью акне, резистентной к терапии местными препаратами, было проведено 3 комбинированных сеанса неабляционной лазерной терапии с применением калий-титанилфосфатного лазера (КТР, 532 нм) и неодимового лазера (1064 нм) с интервалом в 2–3 недели при параметрах: 20 Дж см^2, длительность импульса 20 миллисекунд, размер пятна 1 мм

и частота импульсов 2 Гц — уменьшение общего количества воспалительных элементов более чем на 70% наступило через 6 недель от начала терапии. Как видно из результатов проведенного исследования, использование фото- и лазерной терапии демонстрирует хорошие результаты, применение комбинированных методик, а также использование фотосенсибилизаторов способны ускорить процесс клинического улучшения при минимальных побочных эффектах.

Выводы. Анализ данных показал высокую эффективность и безопасность лазерной и фототерапии акне. Последующая систематизация данных и проведение дальнейших исследований могут помочь в разработке методов терапии резистентных форм акне.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОТТРОНА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» Москва

Белова Д. А., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф., Назимкин К. Е.

Карциноидный папилломатоз Готтрона характеризуется псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпителия. Относится к редко встречающимся доброкачественным заболеваниям. Имеет затяжное, протекающее десятилетиями, медленно прогрессирующее течение с отсутствием некротически-язвенных изменений и метастатических поражений. Этиология и патогенез заболевания изучены мало. В его развитии большое значение имеют механическая травматизация, наличие хронических воспалительных процессов при длительно существующих дерматозах, лимфостаз, нарушенное кровообращение, склонность организма к папилломатозным реакциям. Для лечения данного заболевания применяют проспидин, сосудистые препараты, антибиотикотерапия, примочки из растворов фурацилина, перманганата калия, криодеструкцию, лазеротерапию, хирургическое иссечение с последующей пластикой. В представленном клиническом случае карциноидного папилломатоза кожи Готтрона у женщины 60 лет заболевание развивалось и проявлялось классически. Пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже голеней, тыльной поверхности стоп, живота, отечность голеней и стоп, со слабовыраженными болевыми ощущениями. Данные проявления развивались медленно, в течение 8 лет. Длительное время (около 20 лет) женщина страдает некомпенсированным сахарным диабетом 2 типа, избыточной массой тела, артериальной гипертензией, одышкой. В связи с чем женщина спит в вынужденной позе: приподнятый головной конец, опущенные вниз ноги. Передвигается на инвалидной коляске. При осмотре выявлено: патологический кожный процесс носит распространенный, симметричный характер. На коже голеней, стоп, живота на фоне застойной эритемы и слабовыраженной инфильтрации имеются множественные папулы до 1 см в диаметре, узлы до 3 см в диаметре, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к группировке и слиянию, с бугристой поверхностью. На поверхности кожи и в бороздках между вегетациями отмечаются множественные серовато-желтого цвета корочки, липкие и сухие массы с ихорозным запахом. Отмечается отечность обеих голеней, явления застоя и лимфостаза. По результатам осмотра был выставлен диагноз: Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона. Для гистологического подтверждения диагноза была проведена инцизионная панч-биопсия измененного участка кожи. Однако в связи с наличием некомпенсированного СД, склонностью к тромбофлебитам, наличием периферической полиангиопатии и нейропатии биопсия наиболее измененных участков была затруднена и имела высокие риски. Поэтому был выбран участок измененной кожи в пограничной зоне, наименее измененный. Результаты патогистологического заключения биоптата кожи: полиповидный фрагмент кожи, выстланный эпидермисом обычной толщины, без признаков атипии кератиноцитов. В дерме на фоне выраженного интерстициального отека обнаруживаются лимфатические сосуды с резко дилатированными просветами, между фиброзированными пучками коллагена выявляются звездчатые фибробласты. Заключение: Выявленные изменения соответствуют лимфостатическому папилломатозу, признаков злокачественного опухолевого роста в пределах доставленного материала не обнаружено. Дерматологом была назначена и проведена местная терапия: наружно примочки с раствором фурацилина, серно-салициловая мазь, мазь бетаметазон+гентамицин, сосудистые препараты внутрь. Лечение вызвало значительное улучшение: инфильтрация уменьшилась, серовато-желтые корочки отторглись. Направлена на консультацию к врачу-онкологу для назначения специфической системной терапии. Однако наличие некомпенсированного сахарного диабета, артериальной гипертонии не позволило назначить химиотерапию. Таким образом, следует отметить, что, несмотря на специфичную клиническую картину, классическое течение, патоморфологическая верификация карциноидного папилломатоза Готтрона может иметь определенные «технические» затруднения, так же, как и проведение полноценной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ

Ташкентская медицинская академия, Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ташкент

Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Усманалиев С. А., Колдарова Э. В.

Актуальность. На сегодняшний день точно не известно, влияют ли псориаз и препараты для его лечения на риски передачи коронавирусной инфекции или течение COVID-19. Тяжелая форма заболевания обусловлена такими факторами, как более старший возраст, сопутствующие заболевания сердца, легких, почек и метаболические заболевания, такие как диабет и ожирение. Пациенты с псориазом более склонны к развитию этих заболеваний. Псориаз — хроническое иммунозависимое заболевание кожи с ярко выраженной генетической предрасположенностью, характеризующееся резко отграниченными эритематозными бляшками с белесоватыми чешуйками на их поверхности. Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи. Распространенность во всем мире составляет около 2%, но варьирует в зависимости от региона. Вследствие развивающихся гипервоспалительных реакций COVID-19 может быть триггерным фактором манифестации или обострения псориаза у людей, перенесших эту инфекцию.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей течения псориаза у пациентов с COVID-19 инфекцией. Исследование проходило на базе специализированной инфекционной больницы для пациентов с COVID-19 инфекцией (Зангиота-2) с соблюдением морально-этических принципов и подписанием добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с разными степенями тяжести течения псориаза, находившиеся на стационарном лечении. Оценка степени тяжести псориатического процесса определялась с помощью индекса PASI.

Результаты. С апреля 2020 по апрель 2022 г. в отделении специализированной инфекционной больницы для пациентов с COVID-19 (Зангиота-2) мы наблюдали 32 пациента с диагнозом SARS-CoV-2 разной степени тяжести с выраженным обострением псориатического процесса. Из них 18 мужчин (56,2%) и 14 женщин (43,8%). Средний возраст пациентов составил 46,58±4,26 года. Дебют заболевания приходился в среднем на 34,45±2,34 года. При изучении анамнеза до заболевания COVID-19 у всех наблюдаемых пациентов течение псориаза было более благоприятным: в периоды ремиссии у 9 пациентов отмечены проявления в виде дежурных бляшек в области конечностей, у 13 — ограниченные высыпания (индекс PASI не превышал 5 баллов). Обострение псориаза в каждом случае развилось на 2–12-й день коронавирусной инфекции (в среднем на 5,24±2,7 дня). Терапию по поводу обострения псориаза, развившегося во время коронавирусной инфекции, получали в том же лечебном учреждении, применялись гепатопротекторы, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, дезинтоксикационные средства, топические и системные глюкокортикостероиды. При оценке степени тяжести псориатического процесса с помощью индекса PASI определено 12 (37,5%) пациентов с легкой степенью тяжести, у 14 (43,5%) со средней степенью тяжести отмечалось распространение площади высыпаний и значимое увеличение показателя индекса PASI — от 13 до 23 баллов (в среднем 19,24±3,26), и у 8 (25%) пациентов на фоне распространения площади вы-

сыпаний наблюдалось выраженное утолщение бляшек, усиление гиперемии и статистически значимое увеличение индекса PASI от 30 до 35 баллов, что можно расценить как тяжелое течение псориаза в данный период.

Заключение. Влияние коронавирусной инфекции на течение хронических дерматозов продолжает активно изучаться. В наших исследованиях наблюдалась тенденция к ухудшению течения псориатического процесса на фоне COVID-19 инфекции. Некоторые методы лечения псориаза, оказывающие иммуносупрессивное воздействие, в случае инфицирования коронавирусом SARS-CoV-2 могут увеличить риск развития тяжелой формы COVID-19. Вместе с тем, по данным некоторых авторов, применение биологической терапии псориаза у заболевших COVID-19 способствовало менее частой госпитализации этих пациентов. Следовательно, нашей задачей на сегодняшний день является поиск наиболее оптимальной терапии псориатического процесса на фоне течения COVID-19 инфекции.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ

Центр офтальмологии МЕДСИ
Москва
Киселе А. С., Трубилин А. В., Яворовская А. А.

Введение. Акне — широко распространенное воспалительное заболевание кожи с рецидивирующим течением, характеризующееся гиперплазией сальных желез, гиперкератозом и образованием комедонов. Использование системных ретиноидов стало революцией в терапии тяжелых форм акне. Несмотря на то, что опыт клинического применения изотретиноина свидетельствует о его хорошем профиле безопасности и эффективности, выраженные нежелательные явления на фоне приема стандартных доз препарата зачастую заставляют пациентов отказываться от лечения. Ряд побочных эффектов связан с офтальмологическими проявлениями, такими как синдром сухого глаза (ССГ), блефарит, колебания остроты зрения и другие. Учитывая эти данные, офтальмологическое обследование и наблюдение во время приема ретиноидов являются обязательными. Развитие синдрома сухого глаза и блефарита является актуальной проблемой применения системных ретиноидов. Использование препаратов искусственной слезы не всегда является эффективным методом лечения данных осложнений и, как показывает практика, требуется более комплексный подход к данной проблеме.

Цель: представить клиническую картину пациентов с задним блефаритом на фоне системного приема ретиноидов для лечения акне.

Задача: повышение информированности врачей-дерматологов для своевременного направления пациентов к врачу-офтальмологу и дальнейшему междисциплинарному ведению таких пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов (12 женщин и 3 мужчин) со средним сроком применения изотретиноина внутрь 4–6 месяцев (10 пациентов в дозировке 40 мг ежедневно, 3–48 мг, 2–20 мг). Поводом для обращения к офтальмологу послужили жалобы на покраснение глаз и век, жжение и резь в глазах. До начала терапии данных жалоб не испытывали. Всем пациентам была проведена, помимо стандартного офтальмологического обследования, комплексная диагностика состояния передней поверхности глаза на приборе Dixion S350 (MediWorks, Китай), которая включает: оценку контактного и бесконтактного времени разрыва слезной пленки, неинвазивное измерение высоты слезного мениска, измерение толщины липидного слоя слезной пленки, мейбография, детальное фото края века, анализ гиперемии конъюнктивы, снимок роговицы, окрашенной флюоресцеином. Для оценки выраженности субъективных жалоб и отслеживания их в динамике пациентам был предложен тест-опросник OSDI (Ocular Surface Disease Index).

Результаты. У всех пациентов были выявлены признаки ССГ и блефарита, которые включали: «выпадение» мейбомиевых желез (от I до III степени), по данным мейбографии; выраженную гиперемию конъюнктивы глазного яблока и межреберного края век; густой секрет в устьях мейбомиевых желез, локальные закупорки выводных протоков; эпителиопатия роговицы разной степени выраженности (при окрашивании флюоресцеином), баллы по данным тест-опросника OSDI от 38 до 18, соответствующие средней тяжести проявлений синдрома сухого глаза, снижение толщины липидного слоя слезной пленки. С учетом клинической картины пациентам была подобрана консервативная терапия, которая включала: глазные капли фторметалона 0,1% начиная с 4 р/д в течение 7 дней, далее 3 р/д 7 дней, далее 2 р/д 7 дней, далее 1 р/д 7 дней, увлажняющие глазные капли с гиалуроновой кислотой 0,24% и минеральными маслами 3 р/д длительно, репаративный глазной гель с декспантенолом 5% 2–3 р/д 2–3 месяца; проводился массаж век стеклянной палочкой в условиях ЛПУ, терапевтическая гигиена век в домашних условиях ежедневно — тепловые компрессы для глаз (10 минут, температура 40 градусов по Цельсию) с последующим самомассажем век с использованием очищающих серосодержащих гелей. Весь период лечения составлял 4–6 месяцев. За счет применения глюкокортикостероидов удалось снизить активность воспалительной реакции; массаж век позволил эффективно эвакуировать густой секрет из устьев мейбомиевых желез, что привело к постепенному восстановлению нормальной функции желез, а также повысило толщину липидного слоя слезной пленки и ее стабильность, снизило испаряемость слезы, и, как следствие, уменьшилось дальнейшее аутоповреждение передней поверхности глаза на фоне персистирующего воспаления.

Выводы: в связи с доказанным и хорошо известным побочным действием ретиноидов на состояние мейбомиевых желез и возникновением в результате этого ССГ и блефарита пациенты, длительно принимающие системно изотретиноин, должны быть под междисциплинарным наблюдением и своевременно получать терапию для снижения активности жалоб и выраженности клинических проявлений заболевания.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии»
Москва
Ревякина В. А., Мельникова К. С., Кувшинова Е. Д.

Введение. Атопический дерматит — мультифакторное заболевание, среди причин которого пищевая аллергия составляет 40–50% случаев. Терапия АД — длительный и трудоемкий процесс, требующий большого внимания врача и высокой приверженности к лечению у пациента.

Цель: изучить состояние пищевого статуса у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Обследовано 38 детей с АД и подтвержденной пищевой аллергией. Возраст детей 1–6 лет, средний возраст 3,44±1,61. При оценке пищевого статуса использовались: анализ дневника питания; метод 24-часового (суточного) воспроизведения; определение суточных энергозатрат; расчет Z-score с помощью программы Antro и AntroPlus (разработчик WHO); биоимпедансометрия (InBodyS10).

Результаты исследования. Нормальная масса тела отмечалась у 4 (10,52%), дефицит массы тела легкой степени (Z-score <-1 до –2 SD) у 13 (34,21%), дефицит массы тела средней степени тяжести (Z-score <-2 до –3 SD) у 11 (28,94%), тяжелый дефицит массы тела (Z-score <-3 SD) у 3 (7,89%) детей. Избыточная масса тела (Z-score >2 SD до 3 SD) наблюдалась у 7 (18,42%) детей. Анализ показателей композиционного состава тела показал, что среди детей с нормальной массой тела снижение жирового компонента выявлено в 61,5% случаев. У этих детей показатели процентного содержания жира в теле и массе скелетной мускулатуры находились на границе нижних значений. У них отмечалось снижение тощей массы, белков, жиров и минеральных веществ. При этом дефицит белков составил 77,77%, дефицит жиров и дефицит углеводов — в 92,59% и 96,29% случаев соответственно. Отмечена положительная корреляционная связь между тяжестью кожного процесса и снижением показателей всех основных компонентов композиционного состава тела (r=+0,58). При анализе фактического питания у детей с АД в 71,05% случаев (n=27) был отмечен дефицит потребляемых ккал/сут (ниже 1300 ккал/сут). Физиологические нормы потребления энергии у детей этого возраста составляют от 1300 до 1800 ккал/сутки (согласно Методическим рекомендациям МР 2.3.1.0253–21). Отмечено, что при адекватном уровне потребления ккал/сут может выявляться недостаток микронутриентов. Так, дефицит кальция в крови выявлен у 21,05% детей. Потребление кальция с молочными продуктами у этих детей было меньше 50% рекомендуемой возрастной нормы в 2,7 раза. Дефицит фосфора наблюдался у 18,42% детей. Показатели кальций-

креатининового индекса были снижены у 18,42% больных (p=0,0115). Дефицит витамина D, поступающего с пищей, составил в среднем 4,69 мкг и отмечался у 47,36% пациентов.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей с АД и пищевой аллергией наблюдались нарушения в пищевом статусе в виде недостаточности питания по основным макро- и микронутриентам. Факторами риска развития дефицитных состояний у этих детей явились необоснованные и неадекватные элиминационные диеты. Нерациональное питание и длительные (больше 6–12 месяцев) элиминационные диеты влияют на эффективность проводимой фармакотерапии и ухудшают качество жизни этих пациентов. Дети с АД нуждаются в дотации витамина D путем расширения рациона питания продуктами, содержащими большое количество витамина D, с учетом индивидуальной переносимости. В случаях непереносимости определенных продуктов дотация витамина D осуществляется за счет лекарственных средств. Дозы подбираются индивидуально с учетом клинико-анамнестических данных. Своевременная диагностика нарушений пищевого статуса существенно помогает в формировании рекомендаций по питанию, что повышает эффективность лечения и уменьшает медикаментозную нагрузку.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕХНОЛОГИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ИППП

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Жукова О. В., Шарапова Е. Н.

Введение. Эффективность выявления ИППП зависит от ряда факторов, включая адекватную диагностику с применением лабораторных методов, характеризующихся высокой чувствительностью и специфичностью, оценку эффективности лечения ИППП и полноту выявления половых партнеров пациентов с ИППП. В связи с этим использование таких инновационных технологий, как самостоятельное получение биологического материала из органов мочеполовой системы для тестирования на ИППП представляется перспективным методом повышения эффективности выявления ИППП. Также научный интерес представляет и оценка комплаентности пациентов к методике самостоятельного получения образца биоматериала (моча у мужчин и вагинальный экссудат у женщин) для дальнейшего лабораторного исследования на ИППП.

Цель. Провести оценку приверженности пациентов к методу самостоятельного получения биологического материала для лабораторной диагностики на ИППП.

Материалы и методы. Анализу подверглись специально разработанные анкеты 95 пациентов, обратившихся на прием к врачу-дерматовенерологу Отдела оказания специализированной медицинской помощи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с целью обследования на ИППП. Пациентам, наряду с традиционным забором биоматериала врачом, было предложено одновременно применить методику самостоятельного его получения (моча у мужчин и вагинальный экссудат у женщин) с использованием одноразовых стерильных заборников.

Результаты. Для оценки приверженности пациентов к методике самозабора проведен научный анализ 95 анкет 25 женщин и 70 мужчин в возрасте 18–66 лет. Установлено, что 12 (48%) женщин и 17 (24%) мужчин не имели субъективных симптомов и обратились для профилактического обследования. Остальные пациенты имели различные клинические признаки урогенитальных заболеваний, послужившие мотивацией для обращения к врачу. На наличие случайных половых контактов в последние 6 месяцев указали 16 (64%) женщин и 47 (70%) мужчин. Из 95 пациентов только 17 (18%) всегда при половых контактах используют барьерные методы защиты. Рискованное сексуальное поведение (систематические незащищенные половые контакты, в том числе со случайными половыми партнерами) за последние 12 месяцев выявлены у 78 (82%) пациентов, что является факторами риски инфицирования ИППП. Намеревались выполнять предписания врача по лечению в случае выявления ИППП все пациенты, но уведомить своих половых партнеров о необходимости проведения обследования были готовы 19 (76%) женщин и 44 (63%) мужчины. Предполагали явиться на повторное обследование для оценки эффективности проведенного лечения 79 (83%) пациентов. При изучении субъективной оценки отношения пациентов к методике самостоятельного получения биологического материала установлено, что ранее имели подобную информацию лишь 9 (36%) женщин и 24 (34%) мужчины, при этом 79 (83%) анкетируемых указали, что данная процедура достаточно комфортна и безболезненна; 67 (70%) ответили, что процедура допустима к применению в домашних условия; 15 (60%) женщин и 41 (58%) мужчина охарактеризовали самозабор как удобную альтернативу при обследовании на ИППП и готовы использовать данную методику в дальнейшем; 11 (44%) женщин и 33 (47%) мужчины выразили готовность предложить методику самостоятельного получения биологического материала для диагностики ИППП половым партнерам.

Выводы. Результаты проведенного анкетирования позволили выявить низкую информированность пациентов (36% женщин и 34% мужчин) о возможности использования методики самостоятельного получения биологического материала из органов мочеполовой системы для тестирования на ИППП. Приверженность методу самозабора и готовность его использовать при обследовании на ИППП продемонстрировали 60% женщин и 58% мужчин из 95 анкетируемых, принявших участие в оценке технологии самозабора биоматериала. Внедрение технологии самостоятельного получения биологического материала в сочетании с традиционными методами может представлять собой альтернативную стратегию для привлечения различных групп населения для участия в программах скрининга на ИППП.

ОЦЕНКА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ОНИХОМИКОЗОМ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ И МЕТОДЫ ИХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ
Санкт-Петербург
Аль Каиси З. Д., Разнатовский К. И.

Введение. Известно, что онихомикоз ногтевых пластинок стоп развивается на фоне имеющейся патологии сосудов нижних конечностей, таких как облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность, и это характерно для больных женщин в постклимактерическом периоде, поскольку периферическое кровоснабжение в значительной мере нарушено.

Цель работы заключалась в изучении влияния сосудистых нарушений у женщин с онихомикозами в постклимактерическом периоде и разработке комплексной терапии данной патологии. Нами были обследованы 92 женщины в постклимактерическом периоде в возрасте от 55 до 70 лет, страдающие онихомикозом стоп. Всем больным было проведено ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей. В результате проведенных исследований установлено, что из 92 обследуемых с онихомикозом стоп 81 человек (88,0%) имел ту или иную сосудистую патологию, а именно: 23 человека (28,3%) с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, 39 человек (48,1%) с хронической венозной недостаточностью и 19 человек (23,4%) с сочетанной патологией артерий и вен. У большинства больных, имеющих сосудистую патологию, наряду с множественным поражением ногтевых пластинок наблюдалось грибковое поражение кожи подошв. Таким образом, терапию онихомикоза стоп у больных женщин в постклимактерическом периоде необходимо сочетать с коррекцией нарушений регионального кровообращения сосудов нижних конечностей и обязательным назначением в комплексной терапии ангиотропных средств, в зависимости от венозной или артериальной недостаточности.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И УРОВНЯ БИОМАРКЕРОВ (СЫВОРОТОЧНОГО АМИЛОИДА А1, ИРИСИНА, МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-8 И IL-17) У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Корнят М. С., Жукова О. В., Фриго Н. В., Смердова М. А., Лаухтина С. А.

Введение. С целью повышения качества жизни пациентов, страдающих акне, проводится активное изучение патогенетических аспектов заболевания и оценки их влияния на тяжесть течения кожного процесса. Помимо этого, способствовать оптимизации терапии и повышению комплаентности пациентов с акне к назначаемому лечению может изучение коморбидной патологии.
Цель. Изучить частоту и структуру коморбидной патологии у пациентов с акне; определить уровень биомаркеров (сывороточного амилоида А1, ирисина, металлопротеиназы-8 и IL-17) в сыворотке крови пациентов с акне и их возможную связь с коморбидной патологией либо с тяжестью течения заболевания.
Материалы и методы. Проведены исследования 60 пациентов с акне крайне тяжелого, тяжелого и среднетяжелого течения и 30 здоровых добровольцев. Все обследованные были разделены на 3 группы, в том числе: группа 1 (основная, 30 пациентов с акне и коморбидной или сопутствующей кожной патологией), 2 (сравнения, 30 пациентов с акне без коморбидной патологии) и 3 (30 практически здоровых лиц). Проведен статистический анализ результатов исследования методом ИФА проб сыворотки крови всех 90 пациентов по показателям: IL-17, белок амилоид А сывороточной (SAA-1), матриксная металлопротеиназа-8 (MMP-8), ирисин.
Результаты. Установлено, что среди пациентов с акне наиболее часто встречалась эндокринная патология (21,6% от общего числа пациентов с акне), на втором месте была патология желудочно-кишечного тракта (18,3%) и на третьем — сопутствующая кожная патология (15%). Среди патологии эндокринной системы одинаково часто встречались ожирение и нарушение толерантности к глюкозе, белково-энергетическая недостаточность и нетоксический диффузный зоб (23%), реже — сахарный диабет, гипотиреоз, гиперпролактинэмия, патология гипофиза и дефицит витамина D (7,6%); среди патологий ЖКТ одинаково часто наблюдались болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и болезни печени и желчевыводящих путей (54,5%), крайне редко — патология поджелудочной железы (9%). Среди сопутствующих кожных патологий чаще всего у пациентов с акне встречался псориаз (10% от общего числа пациентов с акне), реже атопический дерматит и экзема (5%).
В результате статистического анализа уровней биомаркеров в сыворотке крови было установлено, что показатели концентраций белка амилоида А сывороточного и ирисина существенно не отличались между группами пациентов с акне и коморбидной патологией и пациентов с акне без коморбидной патологии, а также и от группы контроля. Таким образом, данные показатели вряд ли могут быть использованы для оценки степени коморбидной отягощенности пациентов с акне.
Достоверные отличия были получены в концентрациях показателя IL-17: его уровень у пациентов с акне и коморбидной патологией был достоверно выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$); кроме того, определялась тенденция к более высоким значениям данного показателя у пациентов с коморбидной патологией в сравнении с пациентами без такой патологии, хотя отличия не были статистически значимыми, возможно, ввиду малой выборки пациентов. Были также выявлены достоверные отличия со стороны матриксной металлопротеиназы-8: ее концентрация в группе пациентов с акне и коморбидной патологией была достоверно выше в сравнении с концентрацией у пациентов с акне без коморбидной патологии; $p < 0,05$).
Заключение. Наиболее частой коморбидной патологией у пациентов с акне является эндокринная патология. Полученные данные позволяют предположить, что IL-17 и MMP-8 могут являться биохимическими маркерами коморбидной отягощенности пациентов с акне, а также, возможно, активности воспалительного процесса при акне и тяжести течения заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Российский университет дружбы народов, кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии; Ташкентский государственный стоматологический институт
Москва, Ташкент
Ибрагимова Н. С., Ибрагимов О. Д., Совастенко А. Л.

Наиболее часто встречающимся симптомом при кожных заболеваниях является зуд. Каждый второй пациент пожилого и старческого возраста испытывает зуд, часто упорный и тягостный, приводящий к депрессии, бессоннице и даже суицидальным мыслям.
Цель. Сравнительный анализ клинической эффективности комплексной терапии у больных с зудящими дерматозами препаратами системного и наружного применения.
Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 70 больных с диагнозом хроническая экзема — 20 (29%), атопический дерматит (легкой и средней тяжести) — 40 (57%) и старческий зуд — 10 (14%), получавших амбулаторное лечение в 2022–2023 гг. в Республиканской кожно-венерологической клинической больнице г. Ташкента. Возраст больных составил от 10 до 76 лет. Мужчины составили 43,9%, женщины — 56,1%. Давность заболевания составила от 1 до 15 лет. Срок обращения к врачу с момента появления симптомов заболевания последнего обострения составил от 5 дней до месяца. На момент обращения все пациенты предъявляли жалобы на высыпания, зуд, сухость кожи, частое присоединение вторичной инфекции на месте расчесов. Больным 1 группы, состоящей из 30 человек, была назначена базисная терапия, включающая диету, антигистаминные препараты, витаминотерапию, нормализацию функцию внутренних органов, санацию хронических очагов инфекции, ГКС-мази. Вторую группу составили 40 человек, которым к базисному лечению были добавлены эмоленты (Lipikar baume AP+).
Результаты исследования. Анализ результатов лечения в динамике оценивался через 1, 2, 3 недели наблюдения. Отдельные пациенты наблюдались и после 2–3-месячного наблюдения. У 32 пациентов (80%) второй группы к первому осмотру (7 дней) отмечались выраженные улучшения кожно-патологического процесса, проявляющиеся в прекращении появления новых очагов, побледнении цвета высыпаний и заметном снижении субъективных нарушений. У остальных 8 (20%) пациентов данной группы аналогичный эффект достигался чуть позже, на 10-й день лечения. При этом в первой группе больных аналогичный эффект на 7 день лечения, отмечен лишь у 58% больных, при этом у 22,5% отмечалось появление новых очагов поражения. Стоит также отметить, что у лиц, применявших Lipikar baume AP+, присоединение вторичной инфекции наблюдалось значительно реже — 7,6%, тогда как в 1 группе — 36%. Кроме того, субъективные расстройства в виде сухости, зуда у пациентов 2 группы к окончанию месяца наблюдения не отмечались, в 1 же группе больных данные жалобы сохранялись и на 2 месяце наблюдения у 37,5% больных.
Выводы. Таким образом, отмечена важность применения комбинированного лечения больных зудящими дерматозами с включением эмолентов, что способствует более быстрому разрешению КПП, восстановлению кожного барьера и снижает вероятность различных осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА В НОВОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова»; Академия постдипломного образования, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства России; Московский Научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена, филиал Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России
Москва
Сорокина Е. В., Ахматова Э. А., Сенцова Е. Ю., Бишева И. В., Столпникова В. Н., Калиниченко Е. О., Сходова С. А.

Введение. Благодаря экспериментальным моделям псориаза была определена роль врожденных и адаптивных иммунных механизмов, кератиноцитов, воспалительных медиаторов в развитии и поддержании воспаления при псориазе. Создание адекватной и рациональной модели хронического псориазоподобного дерматита с максимально сформированным и выраженным воспалением, а также объективизация данных оценки интенсивности воспаления являются актуальными задачами в сфере доклинических исследований.
Цель исследования. Оценить влияние наружной терапии на воспаление и субпопуляционный состав иммунных клеток кожи в новой экспериментальной модели псориаза.
Материалы и методы. В исследование включены 44 мыши линии C57BL/6, которые были ранжированы путем случайного распределения на 4 группы: группу 1, n=12, составили мыши с хроническим псориазоподобным дерматитом без назначения терапии с помощью индуктора патологии (крема имиквимода 5% (62,5 мг/см^2/сутки/мышь, 7 дней)) [«Способ формирования экспериментальной модели хронического имиквимод-индуцированного псориазоподобного дерматита у мышей», № 2023139323 от 21.07.2023], группу 2, опытную, n=11, составили мыши с хроническим псориазоподобным дерматитом, получившие курс наружной терапии эмолентом на фоне индуктора патологии в течение 7 дней, группу 3, n=11, составили мыши с воспроизведенной моделью хронического псориазоподобного дерматита, получившие курс наружной терапии мазью 1% гидрокортизона на фоне индуктора патологии в течение 7 дней, группу 4, n=10, составили здоровые мыши без лечения. Оценку тяжести воспаления кожи осуществляли по балльной шкале, на 7-й день исследовали биоптаты кожи. Оценку субпопуляционной структуры мононуклеарных клеток (МНК) проводили методом проточной цитометрии с применением моноклональных антител против соответствующих антигенов (CD3, CD4, CD8, CD5, MHC II класса, TCRγδ, CD38, CD80, CD83, CD86, TLR2). Статистическая обработка проведена при помощи программного пакета WINMDI 2.8.
Результаты. Показано, что в наибольшей степени изменялась доля клеток, считающихся одними из основных факторов воспаления при псориазе — γδT-лимфоцитов и клеток Лангерганса (CD207+). Применение терапии мазью гидрокортизона привело к нормализации этих показателей. Группа, получающая местную терапию мазью гидрокортизон, характеризуется снижением признаков воспаления, выраженности акантоза, гиперкератоза, папилломатоза, лимфоцитарной инфильтрации кожи, полным отсутствием микроабсцессов Мунро и уменьшением толщины кожи.
Заключение. Критериями оценки противовоспалительного эффекта в экспериментальной модели псориаза являются снижение содержания γδ Т-клеток и CD207 клеток. Предложенный метод с помощью предложенных критериев позволяет выполнить более точную оценку противовоспалительного эффекта лекарственных препаратов и химических веществ при проведении доклинических исследований.

ПЕРЕСМОТР ТЕРМИНА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗУДА

1 Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы;
2 Компетентный центр по хроническому зуду университетской книги, г. Мюнстер, Германия
Москва; Мюнстер
Бобко С. И.1, Штендер С. 2

Актуальность. На протяжении веков определение зуда оставалось неизменным. С. Хаффенреффер еще в 1660 г. определил, что «зуд — неприятное ощущение, вызывающее желание расчесывать кожу». Однако это не отражает сложность ощущений. В настоящее время определение сенсорных симптомов зуда должно включать также информацию об эмоциональных и других факторах, лежащих в основе этого состояния, которые отсутствуют в нынешнем определении.
Цель: пересмотр определения зуда с учетом появления новых данных о патогенезе
Материалы и методы. В июне 2022 года IDEOM ItchGroup поддержала инициативу по созданию нового определения зуда. С тех пор был начат предварительный процесс Delphi (с июня 2022 г. по сентябрь 2023 г.). В разработке определения по зуду участвовали следующие общества: •IDEOM (International dermatology outcome measures) –международная некоммерческая организация, целью которой является разработка научно обоснованных показателей результатов для оценки воздействия лечения на пациентов с дерматологическими заболеваниями; •Международная японская ассоциация по исследованию боли (IASP — International association for the Study of Pain) — группа по зуду; •Международный форум по изучению зуда (IFSI — International Forum for the Study of Itch); •Рабочая группа по зуду EADV (European Academy of Dermatology and Venereology); •Японское общество по зуду.
Результаты. Членами сообществ было предложено 31 дополнение к определению зуда. Для включения в определение обсуждались следующие слова: актуальный, взаимосвязь, биологический, жжение, комплексный, кожный, желание, эмоциональный, опыт, улучшение, раздражение, зуд, высыпания, механический, нейроиммунологический, боль, потенциальный, психологический, ответ, экскориации, ощущения, чувствительный, кожа, социальный, покалывание, симптом, триггер, неприятный, импульс. Определение 1, 92% консенсус: Зуд — это неприятное ощущение на коже и/или слизистых оболочках, обычно вызывающее желание или рефлекс нанесения расчесов, которое может быть индуцированным, ухудшаться или улучшаться вследствие физических или психологических факторов. Определение 2, 86% консенсус: Зуд — это симптом, который может трансформироваться в болезненное состояние (хронический зуд), которое может сохраняться автономно, по-видимому, независимо от основного заболевания. Хронический зуд определяется персистенцией не менее 6 недель и отрицательно влияет на социальное или профессиональное качество жизни и здоровья. В июне 2022 года со всеми заинтересованными сторонами, включая пациентов, обсуждалось и подвергалось критике нынешнее определение зуда, особенно эмоциональная составляющая, относящаяся к ухудшению качества жизни, которая отмечалась пациентами как значимый недочет определения. Поскольку это актуально для оценки состояния хронического зуда, требуется более точное определение для различного течения зуда (острый, хронический). Кроме того, с хроническим зудом часто путают компульсивные и бредовые расстройства, такие как невротические экскориации и дерматозойный бред, соответственно, поскольку новое и всеобъемлющее определение зуда является глобальной задачей и будет иметь международное значение, в нем заинтересованы все соответствующие ассоциации.
Заключение. Таким образом, на основании проведенного Delphi-консенсуса экспертами из разных стран было предложено 2 определения зуда: 1) Зуд — это неприятное ощущение на коже и/или слизистых оболочках, обычно вызывающее желание или рефлекс нанесения расчесов, которое может быть индуцированным, ухудшаться или улучшаться вследствие физических или психологических факторов; и 2) Зуд — это симптом, который может трансформироваться в болезненное состояние (хронический зуд), которое может сохраняться автономно, по-видимому, независимо от основного заболевания. Хронический зуд определяется персистенцией не менее 6 недель и отрицательно влияет на социальное или профессиональное качество жизни и здоровья. Обсуждение в отношении создания экспертного комплексного определения зуда планируется продолжить в 2024 году.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПРОЦЕССА И ЗУДА ПРИ ПСОРИАЗЕ, АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ, ПРУРИГО

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы Москва

Бобко С. И., Артемьева С. И., Смердова М. А.

Актуальность. Тимический стромальный лимфопоэтин (TSLP) — провоспалительный цитокин, вырабатываемый в эпителии, влияющий на иммунные и неиммунные клетки. Значимость TSLP в патогенезе астмы подчеркивается тем фактом, что FDA недавно одобрило тезепелумаб (Tezspire), человеческое моноклональное антитело, нацеленное на TSLP, для лечения бронхиальной астмы. Недавнее исследование показало, что этот цитокин играет важную роль в патогенезе псориаза волосистой части головы. В недавнем Delphi-опросе международных экспертов по атопическому дерматиту и псориазу, проведенном прогнозировании терапевтического ответа (прогностические биомаркеры) и прогрессировании заболевания (прогностические биомаркеры), биомаркеры считались наиболее важными целями, которые были идентифицированы как прогностические. Биомаркеры развития атопического дерматита включают измененный липидный состав рогового слоя, а также тимус и хемокин, регулируемый активацией (TARC)/лиганд 17 мотива хемокина CC (CCL17) как в кожных полосках, так и в пуповинной крови. Хемокин, регулируемый тимусом и активацией (TARC/CCL17), постоянно экспрессируется в тимусе и продуцируется дендритными клетками, эндотелиальными клетками, кератиноцитами и фибробластами. TARC обозначается как хемокин типа Th2, поскольку он связывается с CCR4. TARC может быть полезным лабораторным маркером для диагностики атопического дерматита, особенно в случаях средней и тяжелой степени, а также для оценки активности атопического дерматита. Уровень TARC положительно влияет на уровень IgE в группе пожилых людей. Катепсин B является одним из катепсинов человека, кодируемый геном CTSB на 8-й хромосоме, цистеиновой протеазой, содержится в лизосомах, образует димеры из легкой и тяжелой цепочек, получаемых из одного белка-прекурсора. Повышенная экспрессия Катепсина B (CTSB) обнаружена при атопическом дерматите. Экспрессия катепсина обнаружена при псориазе.

Цель исследования. Изучить в крови пациентов с псориазом, атопическим дерматитом и пруриго концентрацию биомаркеров — тимического стромального лимфопоэтина (TSLP), хемокина, регулируемого тимусом и активацией (TARC/CCL17), и катепсина B (CTSB) для оценки их роли в патогенезе данных заболеваний.

Материалы и методы. Для оценки роли ряда биомаркеров в патогенезе нейроиммунного воспаления кожи пациентов, страдающих кожным зудом, у пациентов трех групп (атопический дерматит, пруриго, псориаз) методом ИФА была исследована концентрация трех биомаркеров в сыворотке крови: тимического стромального лимфопоэтина (TSLP), хемокина, регулируемого тимусом и активацией (TARC/CCL17), и катепсина B (CTSB).

Результаты. Средний уровень тимусного стромального лимфопоэтина (TSLP) у больных с атопическим дерматитом (1 группа) составил 84,8±28,6 пг/мл (медиана 85,7), у больных с пруриго (2 группа) — 175,8±90,1 пг/мл (медиана 90,1) (максимальный по сравнению с больными с атопическим дерматитом и псориазом), а у больных с псориазом (3 группа) — 169,8±67,8 пг/мл (медиана 158,5). При попарном сравнении групп статистически значимо различались между собой 1 и 2 группы ($p<0,001$, тест Манна–Уитни), 1 и 3 группы ($p<0,001$), между 2 и 3 значимых различий установлено не было ($p=0,929$). Средний уровень хемоксина (TARC) у больных с атопическим дерматитом составил 5,6±1,4 пг/мл (медиана 5,0), у больных с пруриго — 6,0±4,6 пг/мл (медиана 5,0), у больных с псориазом — 5,8±2,5 пг/мл (медиана 5,5). Максимальный показатель наблюдался в группе больных пруриго по сравнению с пациентами с атопическим дерматитом и псориазом, однако эти различия были статистически незначимыми ($p=0,570$). Средний уровень катепсина B у больных с атопическим дерматитом составил 0,71±0,058 пг/мл (медиана 0,053), в группе больных с пуриго 0,104±0,061 пг/мл (медиана 0,112), в группе больных с псориазом 0,128±0,134 пг/мл (медиана 0,091). Попарное сравнение показателей показало значимое различие между показателями 1 и 2 групп ($p=0,041$), а также 1 и 3 групп ($p=0,013$), между 2 и 3 группами статистически значимых различий установлено не было ($p=0,739$).

Заключение. В результате проведенного методом ИФА лабораторного исследования выявлено статистически значимое отличие среднего уровня двух показателей: тимусного стромального лимфопоэтина и катепсина B — между группами пациентов с атопическим дерматитом, пруриго и псориазом. Наиболее высокие значения обоих показателей были выявлены у больных пруриго, менее высокие, но мало отличавшиеся от пациентов с пруриго, — у больных псориазом и статистически значимо более низкие в сравнении с данными двумя группами больных — у пациентов с атопическим дерматитом. Выявленные закономерности свидетельствуют о вероятном участии тимусного стромального лимфопоэтина и катепсина B в патогенезе пруриго и псориаза.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОМОМЕНТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА А В СНИЖЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЭРИТЕМЫ ЛИЦА И ТЕРАПИИ ГИПЕРКИНЕЗА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Клиника профессора Юцковской Москва

Еззет А. Ф., Юцковский А. Д.

Введение. Эритема центральной части лица — это основной диагностический признак розацеа, который оказывает глубокое негативное влияние на качество жизни и самооценку пациентов. В последнее время все больше пациентов с данным заболеванием обращаются в клиники исключительно за проведением косметологических процедур, не уделяя внимание терапии сосудистых изменений в области лица. Подобная тенденция отмечается по причине отсутствия у пациентов мотивации к длительной терапии хронического дерматоза и ввиду отсутствия стойких клинических результатов от ранее проведенной терапии.

Цель. Проанализировать безопасность и эффективность одномоментного применения ботулотоксина А в снижении рефрактерной эритемы лица у пациентов с I подтипом розацеа и в терапии гиперкинеза мимических мышц верхней трети лица.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 55 пациентов «Клиники профессора Юцковской» в возрасте от 35 до 50 лет в период 2023–2024 гг. Пациенты первично обращались в клинику для проведения ботулинотерапии. При проведении первичного осмотра, 3D-фотодиагностики кожи и сбора анамнеза у пациентов отмечались статические заломы в области лба и межбровья, гиперкинез мимической мускулатуры и стойкая эритема в центральной лицевой области. Установлены диагнозы: L71 — Розацеа, I подтип — эритематозно-телеангиэктатической подтип и L90.8 — Другие атрофические изменения кожи. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, перед началом терапии предоставили письменное информированное добровольное согласие на проведение процедур. Были проведены инъекции ботулотоксина А: в форме раствора в стандартной концентрации в область лба и межбровья в количестве от 35 до 50 единиц однократно; в форме раствора в низкой концентрации мультифокально интрадермально в область кончика, крыльев носа, средней трети лица в количестве от 20 до 50 единиц двукратно с интервалом в 2 недели. Клинические показатели розацеа, степень гиперкинеза и глубину статических заломов оценивали в начале лечения, а также через 2, 4, 12 и 16 недель после лечения. Последующий контроль проводился через 2 и 4 недели после повторного лечения. Степень гиперкинеза и глубины статических заломов оценивалась по фоточисловой 5-балльной шкале эстетики Merz. Эритема лица оценивалась с помощью использования стандартизированной системы оценок (0 = отсутствие, 1 = легкая эритема, 2 = умеренная эритема и 3 = сильная эритема) при проведении фотофиксации пациентов, а также — проводился анализ интенсивности сосудистого компонента по данным 3D-фотодиагностики в период начала исследования, через 1, 2 и 3 месяца после лечения. Кроме того, проводился анализ удовлетворенности пациентов по валидированной международной глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS).

Полученные результаты. Через 2 недели после процедуры было отмечено клиническое улучшение внешнего вида пациентов (уменьшение эритемы, глубины статических заломов, гиперкинеза мимических мышц верхней трети лица), а также значительное улучшение качества кожи и индекса качества

жизни (The Dermatology Life Quality Index DLQI): средний балл улучшения >47,73. Однако всем пациентам потребовалась повторная инъекция в мультифокальной технике для терапии I подтипа розацеа. На 28-й день были получены окончательные стойкие клинические результаты. У всех пациентов наблюдалось уменьшение гиперемии. Ни у одного пациента не было побочных эффектов и осложнений от проведенной терапии.

Выводы. Одномоментная процедура ботулинотерапии рефрактерной эритемы лица и гиперкинеза мимической мускулатуры верхней трети лица показала свою эффективность и безопасность. Пациенты отмечают высокую результативность сочетанного подхода в улучшении внешнего вида кожи лица. Стойкий эффект после ботулинотерапии сохраняется на протяжении 4 месяцев.

ПОЛИМОРФИЗМ RS10858082 ГЕНА ГЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗЫ M4 И ПСОРИАЗ: СВЯЗЬ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЕЗНИ

Курский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт генетической и молекулярной эпидемиологии
Курск
Саранюк Р. В., Полоников А. В.

Актуальность. Нарушения в антиоксидантной системе и биотрансформации ксенобиотиков могут иметь патогенетическое значение для развития и клинических проявлений псориаза.

Целью настоящего исследования явилось изучение ассоциации полиморфизма rs10858082 гена глутатион S-трансферазы M4 (GSTM4) с риском развития и клиническими особенностями псориаза у жителей Центральной России.

Материалы и методы. Протокол настоящего исследования был одобрен региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета (протокол № 8 от 13.11.2017). Для проведения данного исследования использовались образцы ДНК и клинические данные 944 неродственных индивидов, включая 474 пациента с диагнозом псориаз и 470 здоровых лиц. В собранных клинических данных учитывалась тяжесть течения заболевания (индекс PASI, тест PEST), анамнез заболевания (возраст манифестации, стаж заболевания, факторы риска развития и обострений заболевания, история взаимодействия с врачом), анамнез жизни (перенесенные заболевания и коморбидные расстройства, особенности питания, наличие/отсутствие вредных привычек). Всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие. Пациенты для настоящего исследования набирались на базе ОБУЗ «Медвенская центральная районная больница», ООО «Центр медицинских осмотров и профилактики» (Курск), кожно-венерологического диспансера Курской областной многопрофильной клинической больницы в период с 2018 по 2021 год. Все пациенты были славянского происхождения и уроженцами Центральной России (преимущественно Курской области). Генотипирование SNPrs10858082 гена GSTM4 было проведено с помощью лазерной десорбционно/ионизационной время-пролетной масс-спектрометрии на платформе MassArray Analyzer 4. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью онлайн-программы PLINK, которая позволяла оценивать значимость ассоциаций посредством пермутационного теста. Ассоциации считались значимыми при Pperm<0,05. Ассоциации rs10858082 полиморфизма с клиническими особенностями псориаза рассчитывались с помощью программы SNPstats.

Результаты. Исследованы частоты аллелей и генотипов полиморфизма rs10858082 гена GSTM4. Частоты генотипов всех исследованных генетических вариантов находились в равновесии Харди–Вайнберга (P>0,05). При сравнении частот аллелей и генотипов GSTM4 групп больных псориазом и контроля не было выявлено статистически значимых различий. Проведен анализ ассоциаций полиморфизма rs10858082 гена GSTM4 с клиническими проявлениями болезни. У носителей генотипа rs10858082-G/A значительно реже выявлялось поражение кожных покровов рук (OR0,58 95% CI 0,36–0,92, P=0,02). В то же время у пациентов с генотипом rs10858082-G/A значительно чаще наблюдались псориатические высыпания на нижней части спины (OR4,95 95% CI 1,65–14,80, P=0,001), а также поражение кожи в области коленных суставов (OR1,62 95% CI 1,09–2,41, P=0,02) и лодыжек (OR1,99 95% CI 1,07–3,68, P=0,03).

Выводы. Впервые был проведен анализ ассоциации полиморфизма rs10858082 гена GSTM4 с риском развития псориаза у жителей Центральной России. Хотя данный полиморфизм не показал статистически значимой ассоциации с риском развития псориаза, он был связан с особенностями псориатического поражения кожи отдельных участков тела — нижней части спины, коленных суставов и лодыжек.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕАНСОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Ковалева М. Н., Маркович К. И., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Корсунская И. М.

Введение. Пузырчатка входит в группу буллезных дерматозов, при которых патогенетическая роль принадлежит циркулирующим аутоантителам, направленным против антигенов системы десмосомального аппарата многослойного плоского эпителия (кожа, слизистые оболочки полости рта, пищевода и других органов). Вульгарная пузырчатка (ВП) — наиболее частая форма заболевания, характеризующаяся наличием пузырей различных размеров с тонкой вялой покрышкой, с серозным содержимым, возникающих на видимо неизмененной коже и/или слизистых оболочках полости рта, носа, глотки, гениталий. В настоящий момент идет тенденция к более раннему началу заболевания. Основной терапией ВП являются кортикостероиды с иммуносупрессивной терапией или без нее. Из-за различий в тяжести, различной реакции на традиционные протоколы лечения и серьезных побочных эффектов дерматологи во всем мире ищут новые методы адъювантной терапии, такие как внутривенные иммуноглобулины и терапевтический плазмаферез, чтобы справиться с растущим числом пациентов с тяжелой формой ВП, которые слабо реагируют на традиционное лечение кортикостероидами в максимально допустимых дозах.

Цель. Показать эффективность плазмафереза как адъювантной терапии в лечении рефрактерной к традиционной терапии вульгарной пузырчатки.

Клиническое наблюдение. Под нашим наблюдением с 2022 года находится женщина 58 лет с диагнозом Вульгарная пузырчатка. Диагноз был подтвержден гистологически. На фоне стандартной терапии преднизолоном 120 мг и азатиоприном 200 мг в сутки отмечалось отсутствие положительной динамики. В нашей клинике имеется возможность проведения сеансов плазмафереза. Учитывая отсутствие абсолютных противопоказаний, была проведена смена цитостатической терапии — отмена Азатиоприна и присоединение туров раствора Метотрексата в инициальной дозировке 20 мг. А также с целью снижения толерантности к базисной медикаментозной терапии, быстрого регресса острых проявлений заболевания и стабилизации патологического процесса проведены сеансы лечебного плазмафереза № 3. На фоне комбинированной терапии (Метотрексат 20 мг, 3 сеанса плазмафереза, преднизолон 120 мг с постепенным снижением до 95 мг) большинство высыпаний разрешилось до очагов поствоспалительной гиперпигментации, отмечались множественные рубцовые изменения. Пациентка была выписана на 62 день госпитализации с улучшением. В период с 2022 по 2024 год у пациентки было 3 плановые госпитализации в филиал МНПЦДК «Клиника им. В. Г. Короленко» с целью коррекции терапии и проведения сеансов плазмафереза. На фоне сеансов плазмафереза получилось отменить туры раствора Метотрексата, снизить дозировку Преднизолона до 15 мг в сутки и добиться стойкой ремиссии Вульгарной пузырчатки на минимально эффективной дозе системных глюкокортикостероидов по настоящий момент.

Обсуждение и выводы. В нашем клиническом наблюдении пациентка не отвечала на стандартную терапию преднизолоном и азатиоприном, однако после курса сеансов плазмафереза и медикаментозной терапии удалось добиться стойкой ремиссии. Большинство клинических случаев и исследований, опубликованных в медицинской литературе, не описывают применение сеансов плазмафереза в лечении рефрактерной формы ВП. Только 3 клинических случая и 1 клиническое исследование за последние 5 лет описывают

применения плазмафереза в лечении данного заболевания. Использование системных кортикостероидов с иммуносупрессией или без нее является основой лечения ВП. Однако все еще есть пациенты, которые принимают максимально допустимые дозы кортикостероидов без видимого эффекта. Комбинированная терапия плазмаферезом и иммунодепрессантами, по-видимому, приводит к стойкой ремиссии и доводит заболевание до уровня, который можно контролировать с помощью кортикостероидов, а также дает возможность снижения дозы кортикостероидов, а, следовательно, и побочных эффектов от них.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Белорусский государственный медицинский университет, Минский городской клинический центр дерматовенерологии
Минск
Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Страпко Е. В.

Введение. Циклоспорин — лекарственный препарат, обладающий иммуносупрессивным и противовоспалительным действием, представляющий собой нейтральный липофильный циклический ундекапептид. Механизм его действия основан на ингибировании транскрипции гена интерлейкина IL-2 после антигенного воздействия. Интерлейкин IL-2 является первичным фактором роста Т-лимфоцитов, следовательно, антиген-стимулированные Т-клетки не подвергаются митозу. Таким образом, циклоспорин предотвращает образование антигенспецифической популяции Т-клеток, способных координировать иммунный ответ. В последние годы его эффективность была признана при лечении различных дерматозов, включая псориаз, экзему, атопический дерматит и других иммуновоспалительных заболеваний.
Клиническое наблюдение. Приводим собственные клинические наблюдения.
Пациент Г., 17 лет, страдает атопическим дерматитом длительно, с раннего детства, с периодическими обострениями. Локально на коже лица, шеи, туловища, конечностей множественные эритематозно-сквамозные очаги, геморрагические корки, экскориации, лихенификация. Пациенту неоднократно проводилось медикаментозное лечение антигистаминными препаратами, топическими глюкокортикостероидами, топическими ингибиторами кальциневрина, однако достичь долгосрочной ремиссии не удавалось. В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии ему был назначен циклоспорин 5,0 мг/кг/сутки. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут в течение 4 недель, после чего доза циклоспорина постепенно снижалась в течение 12 недель до отмены.
Пациентка З., 16 лет, поступила в стационарное отделение с диагнозом «Распространенный псориаз с поражением волосистой части головы, прогрессирующее течение, недифференцированная форма». Пациентка болела длительно, медикаментозное лечение проводилось метотрексатом в дозе 15–20 мг в течение 4 месяцев, ответ PASI составил 50. На фоне приема пациентка предъявляла жалобы на тошноту и рвоту. В качестве второй линии терапии был назначен циклоспорин 4,0 мг/кг/сутки с постепенным снижением дозы до полной отмены. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут, нежелательных реакций от применения препарата не развилось.
Пациент М., 8 лет, предъявлял жалобы на кожу туловища, конечностей. Локально на коже туловища, конечностей, лица пятна и бляшки овальной и округлой формы с петехиями, эритемой, очагами гиперпигментации, шелушением пластинчатыми чешуйками. Был выставлен диагноз «Экзематидоподобная пурпура Дукаса–Капетанакиса. Ограниченный псориаз», проведено медикаментозное лечение десенсибилизирующими препаратами. В связи с неэффективностью проводимой терапии ему был назначен циклоспорин 5,0 мг/кг/сутки с постепенным снижением дозы до полной отмены. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут, длительность непрерывной терапии составила 5 месяцев.
Пациент Р., 5 лет, с диагнозом «Полиморфный дермальный ангиит» обратился в связи с неэффективностью, проводимой на амбулаторном этапе терапии (двукратное внутримышечное введение бетаметазона 1,0). Локально на коже спины, ягодиц округлые эритематозные пятна с просветлением в центре, не бледнеющие при надавливании. Пациенту был назначен циклоспорин 4,0 мг/кг/сутки, после достижения положительной динамики через 3 недели доза циклоспорина снижалась на 1,0 мг/кг/сутки каждые 2 недели до полной отмены (длительность непрерывной терапии составила 15 недель).
Заключение. Таким образом, использование циклоспорина в более низких дозах (до 5 мг/кг/сутки) в течение непродолжительного периода времени оправдано при рефрактерных формах аутоиммунных и воспалительных дерматозов пациентов детского возраста наряду с регулярным наблюдением.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Донецк
Проценко Т. В., Провизион А. Н., Проценко О. А., Боряк С. А.

Цель. Определить риск развития соматической патологии при себорейном кератозе (СбК) на основании выявления клинико-патогенетических особенностей дерматоза у больных с онкопатологией кишечника, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и метаболическими нарушениями (МН).
Материалы и методы. Под наблюдением было 388 больных СбК в возрасте от 26 до 86 лет, разделенных на 4 группы сравнения: 1 группа — 143 больных СбК с дерматологической патологией; 2 группа — 45 больных СбК с ХОБЛ; 3 группа — 40 больных СбК с онкопатологией кишечника; 4 группа — 160 больных СбК без ХОБЛ, дерматологической и онкопатологии. Изучены возраст дебюта и особенности течения СбК в группах сравнения, количество пораженных анатомических зон и число СбК; клинический тип и дерматоскопические особенности СбК, ассоциации полиморфных вариантов генов TGFβ1 и EGFR и метаболические нарушения по результатам исследования глюкозы натощак, инсулина и индекса инсулинорезистентности. По результатам клинических, лабораторных и генетических исследований сформирована база данных и статистическая матрица для последующего построения логистической модели прогнозирования индивидуального течения СбК и риска развития соматической патологии.
Результаты. Выявлено, что у 35 (87,5%) больных СбК с онкопатологией кишечника было поражено 5 и более анатомических зон с преимущественной локализацией в области живота, спины, боковых поверхностей туловища — у 39 (97,5%). У 28 (70%) из них были множественные СбК, средних и крупных размеров, преимущественно гиперкератотического типа; у 29 (62,2%) больных было толчкообразное появление очагов, которое в среднем за 2,1 года предшествовало выявлению онкопатологии кишечника. У 32 (71,1%) больных СбК с ХОБЛ было поражено 5 и более анатомических регионов с преимущественной локализацией в области головы/шеи и груди — у 44 (97,8%). У 29 (64,4%) из них были множественные СбК средних и крупных размеров с преобладанием гиперкератотического типа. У 186 (47,9%) больных выявлены МН, чаще у женщин — 119 (64%), чем у мужчин — 67 (36%). У 183 (98,4%) из них преобладающая локализация — кожа живота, очаги СбК средних и крупных размеров, папулезного и гиперкератотического типа. Генотип Arg/Arg гена TGFB1 выявлен у 56 (88,9%) с множественными СбК, при этом увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышало риск развития СбК в 3,5 раза (ОШ=3,51; 95% ДИ 1,283–9,574). Генетический риск развития СбК был ассоциирован с Т-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR и сопровождался увеличением частоты генотипа T/T и частоты T-аллели. С помощью метода бинарной логистической регрессии на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных признаков разработана математическая модель риска развития соматической патологии у больных СбК, чувствительность модели 74,2%; специфичность 83,1%; прогностическая ценность положительного результата — 67,6%.
Вывод. Выявлены клинические особенности СбК в зависимости от соматических заболеваний. Разработанная с помощью бинарной логистической регрессии математическая модель может быть использована для индивидуального прогноза риска развития соматической патологии у больных СбК и своевременной коррекции лечебно-диагностической тактики.

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Центр вирусной патологии кожи, филиал «Бабушкинский» Москва

Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р.

Целью проведенного исследования явилось изучение влияния перенесенной инфекции COVID-19 у пациентов с простым герпесом на дальнейшее течение герпес-вирусного процесса. Предпосылкой для проведения исследования послужили сообщения о возможном негативном воздействии прошедшей пандемии COVID-19 на течение хронических заболеваний.

Основными задачами исследования были проспективная оценка изменения тяжести проявлений простого герпеса после перенесенной инфекции COVID-19 и возможное ее отдаленное влияние на динамику частоты рецидивирования инфекции, вызванной вирусом простого герпеса.

Материалы и методы. Исследование проводили на основании сравнительной оценки жалоб, клинической картины и динамики тяжести течения простого герпеса до и после перенесенной инфекции COVID-19 у пациентов, находившихся под наблюдением в Центре вирусной патологии кожи (ЦВПК) МНПЦДК ДЗМ. Исследование проводили в два этапа. На первом этапе проведена оценка непосредственного влияния инфекции COVID-19 на течение простого герпеса после перенесенного инфицирования. Второй этап предусматривал динамическое наблюдение за пациентами в течение одного года, для выявления возможного отдаленного влияния перенесенной инфекции COVID-19 на тяжесть и течение простого герпеса. В исследование включено 36 пациентов (22 женщины и 14 мужчин) с различной локализацией простого герпеса: аногенитальная — 20, глютеальная — 9, орофациальная — 7. Рецидивы заболевания ≥6 раз в год отмечали 29 пациентов, 2–4 раз в год — 7 пациентов. Возраст пациентов составил от 18 до 62 лет, медиана 31.

Результаты. Оценка результатов проведенного исследования не выявила влияния инфекции COVID-19 на клиническое течение инфекционного процесса простого герпеса. Область поражения, объем высыпаний, эволюция клинических проявлений простого герпеса, длительность рецидива, а также частота рецидивирования до и после перенесенной инфекции COVID-19 были сопоставимы. Также нами не было отмечено снижения эффективности противовирусной терапии синтетическими ациклическими нуклеозидами. Однако следует отметить общую астенизацию пациентов, что соответствовало симптоматике постковидного синдрома. Также не было выявлено значимых изменений показателей интерферонового статуса у пациентов до и после перенесенной инфекции COVID-19 из числа тех, у которых данные показатели оценивали ранее.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об отсутствии прямого или опосредованного влияния коронавирусной инфекции на течение простого герпеса у пациентов, находившихся под наблюдением в ЦВПК. Что, вероятно, связано с разными механизмами иммунного ответа организма на острую (COVID-19) и хроническую персистирующую инфекцию (вирус простого герпеса).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», кафедра дерматовенерологии; Научно-исследовательский институт медицинской микологии им. И. П. Кашкина Санкт-Петербург

Мирзоян В. Л., Лесная И. Н., Беттихер О. В.

Введение. Атопический дерматит (АД) является полифакториальным хроническим воспалительным заболеванием кожи, в сложном патогенезе которого помимо нарушений иммунологического статуса и кожного барьера особо выделяют роль нарушений деятельности вегетативной нервной системы (ВНС). Несмотря на то, что вегетативные дисфункции признаны значимыми составляющими патогенеза АД, до сих пор остаются малоизученными особенности вегетативной регуляции данного дерматоза. Так как без учета полного спектра механизмов патогенеза невозможно осуществление успешной терапии и контроля АД, изучение особенностей функциональной активности вегетативной нервной системы у данных больных является важным и перспективным научным направлением.

Цель исследования — изучение особенностей состояния вегетативной нервной системы у больных АД на основании разных методик, сравнительная оценка резервных адаптационных возможностей симпатического и парасимпатического звеньев ВНС при АД, выявление корреляции нарушений параметров функциональной активности ВНС со степенью тяжести поражения кожи и длительностью обострений у больных АД для совершенствования терапевтических подходов на основе полученных данных.

Материал и методы. В исследовании в клинике НИИ медицинской микологии им. И. П. Кашкина приняли участие 47 пациентов в стадии обострения АД (29 женщин, 18 мужчин в возрасте от 18 до 53 лет). Для объективного определения степени тяжести кожного процесса использовался метод количественного расчета по интегральной шкале SCORAD-индекс. Для оценки параметров функциональной активности ВНС использовались следующие стандартные методы: вегетативная реактивность (холодовая проба, рефлекс Даньини–Ашнера), вегетативное обеспечение деятельности (клиноортостатическая проба), кожные вегетососудистые показатели (дермографизм, сосудистый рисунок, бледность, сухость кожи и т.д.), а также вегетативные реакции по показателям вегетативного тонуса (расчет вегетативного индекса Кердо, специальные таблицы-опросники).

Результаты. При оценке вегетососудистого статуса кожи и по показателям вегетативного индекса Кердо у большинства больных АД (около 97%) зарегистрировано превалирование симпатического отдела ВНС. У 100% обследованных при оценке вегетативного тонуса зафиксирован синдром вегетативного дисбаланса, интенсивность которого достоверно коррелировала с их возрастом ($p<0,05$) и со степенью тяжести обострения АД по SCORAD-индексу ($p<0,01$). У более чем 95% пациентов АД отмечены вегетативной реактивности (по показателям вегетативного тонуса) и нарушения вегетативного обеспечения (методом клиноортостатической пробы). У 70% пациентов с АД при воспроизведении рефлекса Даньини–Ашнера выявлялась измененная вегетативная реактивность. Использованные в данном исследовании стандартные методы оценки параметров функциональной активности ВНС ни у кого из пациентов АД не зафиксировали состояние эйтонии (равновесия симпатико-вагусного баланса). При сопоставлении результатов исследования отмечена положительная корреляционная зависимость выраженности вегетативных нарушений, степени тяжести и продолжительности обострений АД ($p<0,01$). Применение для коррекции выявленных отклонений ВНС препаратов из группы традиционных вегетокорректоров (атаракса, грандаксина, производных белладонны, комбинированный прием препаратов метацина и прозерина) ожидаемых достоверно положительных эффектов не выявили.

Обсуждение. Полученные в нашем исследовании результаты указывают, что дисфункции ВНС выявляются практически у всех пациентов с АД, а степень выраженности дисфункций ВНС пропорциональна увеличению степени тяжести поражения кожи и продолжительности обострений при АД. Указанные факты обуславливают рациональность дальнейшего поиска в этом направлении успешной стратегии терапевтического воздействия в составе комплексного лечения АД. Вероятно, в перспективе для коррекции вышеописанных вегетативных дисфункций при ведении больных АД необходима разработка более селективных вегетотропных лекарственных препаратов, а также терапевтических методик (в том числе физиотерапевтических, психотерапевтических) в целях повышения эффективности терапии при АД.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ У ПАЦИЕНТА 11 ЛЕТ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ИМПЛАНТАТОМ В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Шеров В. В., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф.

Мальчик Н., 11 лет, обратился в КДО филиала «Юго-западный» с жалобами на высыпания на коже конечностей, кожный зуд. Первые высыпания появились на коже ягодиц в виде плоских папул в возрасте 6 лет. Они имели рецидивирующий характер, периодически возникали без видимой причины, лечение не проводилось. С декабря 2022 г. высыпания стали распространенными. Лечение этого дерматита по месту жительства топическими кортикостероидами в течение 2 недель дало незначительный положительный эффект. В анамнезе: 5 лет назад был установлен металлический имплант в верхнюю челюсть с целью коррекции зубного ряда (дентальная внутрикостная имлантация). Больной наблюдается у стоматолога. В будущем планируется удаление импланта. При обращении в КДО филиала «Юго-западный» заподозрена гипертрофическая форма красного плоского лишая. Проведена диагностическая биопсия кожи. По результатам гистологического заключения — диагноз красного плоского лишая подтвержден. На фоне проводимого лечения — наружно мазь клобетазол 0,05%, нафталановый линимент 10% под окклюзию, внутрь антигистаминные препараты в течение 2 недель — отметился положительный эффект в виде постепенного регресса высыпаний. Однако через 2 месяца на коже правого верхнего века, подмышечных ямок, туловища, верхних и нижних конечностей появились новые высыпания, беспокоил сильный зуд. Учитывая распространенный характер заболевания, пациент получил плановое лечение в дневном стационаре филиала «Юго-западный». Данный клинический случай представляет определенный диагностический интерес, учитывая связь повторных обострений кожного процесса с наличием металлического импланта в верхней челюсти. В медицинской литературе описаны случаи связи данного заболевания с установленными металлическими конструкциями внутри организма человека. Предполагается, что стабилизация кожного процесса в ходе стационарного лечения, экстракция импланта из верхней челюсти, благоприятно отразятся на течении красного плоского лишая.

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Плиева К. Т., Корсунская И. М., Денисова Е. В., Шалагинова А. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В.

Введение. Псориаз остается актуальной и сложной проблемой современной дерматологии, что обусловлено высокой распространенностью в популяции, значительной долей в структуре дерматологических заболеваний и отсутствием единой этиопатогенетической концепции. В последние годы особое внимание врачей приковано к проблеме высокой коморбидности псориаза с рядом заболеваний внутренних органов, в том числе печени. Наблюдается ассоциация псориаза с заболеваниями печени, такими как первичный билиарный цирроз, вирусными заболеваниями печени (гепатит В и С), неалкогольной жировой болезнью печени и др. Кроме того, некоторые системные методы лечения псориаза, в частности метотрексатом, циклоспорином, ацитретином, связаны с потенциальной гепатотоксичностью, вызванной прямым повреждением печени, иммуносупрессией либо сочетанием этих двух факторов. Это значительно отягощает течение псориаза, ухудшает ответ на терапию, в ряде случаев снижает возможность назначения полноценного антипсориатического лечения. В эпоху развития биологической терапии метотрексат играет центральную роль в лечении псориаза во многих странах благодаря своей медицинской и экономической эффективности. Тем не менее гепатотоксичность является основным побочным эффектом, возникающим у 33% пациентов при длительной терапии метотрексатом, и ограничивает его применение у пациентов с псориазом и нарушением функции печени.

Цель: изучить особенности клинического течения псориаза на фоне нарушений гепатобилиарной системы

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 495 медицинских карт пациентов, 471 мужчины, 24 женщин, от 18 до 78 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ МНПЦДК в филиале «Клиника им. В. Г. Короленко» ДЗМ.

Результаты. Из общего числа пациентов 318 человек были с диагнозом «Вульгарный псориаз», 137 пациентов — с диагнозом «Псориаз артропатический». Среди пациентов превалировал «Распространенный псориаз, экссудативная форма», 10 пациентов с диагнозом «Псориатическая эритродермия», 4 пациента с диагнозом «Пустулез ладонно-подошвенный». На момент поступления средний индекс PASI составлял 69–70.

По данным проанализированных карт было выявлено, что среди пациентов с вульгарным псориазом коморбидный фон был отягощен следующими заболеваниями: Вирусный гепатит С — 15 человек (чел.); Вирусный гепатит В — 2 чел. с подтвержденным диагнозом, 1 чел. с предварительным диагнозом; Желчекаменная болезнь — 3 чел.; Хронический некалькулезый холецистит — 15 чел.; Жировая дегенерация печени — 8 чел.; Синдром Жильберта — 3 чел.; Другой неуточненный цирроз — 1 чел.; Постхолецитсэктомический синдром — 1 чел.; Фиброз печени — 1 чел.; Хронический гепатит неуточненный — 1 чел.; Алиментарный цирроз печени — 1 чел. Среди пациентов с псориазом артропатическим были отмечены следующие сопутствующие заболевания: Вирусный гепатит С — 5 чел. (из них 1 чел. с ВИЧ-инфекцией); Вирусный гепатит В — 1 чел.; Желчнокаменная болезнь — 3 чел.; Хронический некалькулезный холецистит — 2 чел.; Жировая дегенерация печени — 6 чел.; Гепатит алиментарной этиологии — 3 чел.; Вторичный билиарный цирроз печени, в исходе алиментарно-токсического генеза хронического гепатита — 1 чел. 53 пациента с диагнозом «Вульгарный псориаз» получали системную терапию: Метотрексат — 43 чел., системные глюкокортикоидные средства (ГКС) — 7 чел., циклоспорин — 3 чел. 41 пациент с диагнозом «Псориаз артропатический» получал: метотрексат — 30 чел., системные ГКС — 9 чел., циклоспорин — 2 чел., антибактериальную терапию — 1 чел. По результатам изучения данной группы пациентов было зафиксировано, что 121 человек с обыкновенным псориазом и 46 человек с псориазом артропатическим не имели установленного диагноза, при этом у них отмечались изменения в гепатобилиарной системе при лабораторном и инструментальном исследованиях.

Отмечено, что у пациентов с различными гепатопатиями, как правило, отмечается среднетяжелая или тяжелая форма псориаза.

Заключение. По итогам анализа полученных результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, соотнесения клинической картины, характера течения патологического процесса у данных пациентов, установлена связь клинической формы псориаза с наличием и тяжестью поражения органов гепатобилиарной системы. Также отмечена немаловажная проблема у пациентов с тяжелыми формами псориаза — лекарственное поражение печени. Проявления подобного поражения варьируют от бессимптомного повышения уровня печеночных трансаминаз до развития цирроза печени в исходе смешанного генеза хронического гепатита и, возможно, обусловлены применением гепатотоксических веществ, таких как метотрексат, циклоспорин.

СВЕТОВЫЕ МЕТОДЫ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Москва
Цыганкова Е. И., Васенова В. Ю.

Введение. Онихомикоз — инфекционное заболевание ногтевых пластин, вызываемое дерматофитами, плесневыми недерматофитами и дрожжеподобными грибами. По оценкам исследователей, онихомикоз поражает 2–10% населения и является наиболее распространенной патологией ногтей, составляющей 18–40% от всех заболеваний ногтевых пластин. В результате чрезмерного роста грибов в ногтевом ложе клинически наблюдается изменение цвета ногтя, утолщение подногтевой области (гиперкератоз), онихолизис. Традиционными вариантами терапии онихомикоза являются наружные и системные противогрибковые препараты. Этиотропная фармакологическая терапия имеет ряд недостатков. При наружном лечении отмечаются поверхностное действие антимикотика и отсутствие эффекта в случае выраженного гиперкератоза. Применение системных антимикотических препаратов ограничено частотой побочных эффектов и противопоказаний. Кроме того, даже при успешном микологическом излечении присутствует риск рецидива или повторного заражения. В качестве альтернативных вариантов лечения в настоящее время предложены лазерная и фотодинамическая терапия. Сообщения о применении лазерных технологий носят противоречивый характер. Наиболее активно изучается возможность использования неодимовых, диодных и Q- Switched лазеров. Согласно принципу селективного фототермолиза, основанному на различиях в теплопроводности, лазерная энергия может преимущественно поглощаться грибковыми патогенами, что приводит к фототермическому и фотомеханическому повреждению мицелия и спор грибов. Эффективность процедуры зависит от параметров излучения и оптимизированных протоколов. Метод фотодинамической терапии (ФДТ) заключается в том, что фотосенсибилизирующее средство проникает в ткани с последующим облучением светом с длиной волны, поглощаемой выбранным фотосенсибилизатором (ФС). В результате химической реакции активации световой энергии разрушаются споры и мицелий грибов, которые оказались к ней чувствительны. В настоящее время активно обсуждается вопрос о наиболее эффективной и оптимальной методике ФДТ (количество процедур и перерывы между ними сильно варьируют в различных исследованиях), а также разрабатываются ФС с глубоким и быстрым проникновением в ткань и лучшей функциональностью. Среди ФС широко используются: 5-аминолевулиновая кислота, метиламинолевулинат, метиленовый и толуидиновый синий, производные хлорина Е 6.
Целью нашего исследования является оценка эффективности лазерной и низкоинтенсивной световой терапии и разработка оптимальной тактики лечения пациентов с онихомикозом.
Результаты. С ноября 2023 года начат набор пациентов старше 18 лет с подтвержденным клинически и микроскопически диагнозом «онихомикоз». Сейчас на лечении на базе ГБУЗ МНЦДК ДЗМ находится 13 человек, у 5 из них наблюдается положительная динамика в виде отрастания на 0,5–1 см здоровой ногтевой пластины.
Выводы. Аппаратные методы лечения могут занять достойное место в комплексном лечении онихомикозов. У больных с частичным поражением ногтевых пластин, а также имеющих противопоказания к назначению системных препаратов лазерная или низкоинтенсивная световая терапия может быть применима в качестве монотерапии. Необходимы дальнейшие исследования с большим количеством пациентов, длительным периодом наблюдения и оценкой эффективности каждого метода.

СИНДРОМ ОЛМСТЕДА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ташкентская медицинская академия, Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент
Алиев А. Ш., Колдарова Э. В., Мухамедов Б. И.

Актуальность. Синдром Олмстеда (СО) — редкий генодерматоз, относящийся к гетерогенной группе ладонно-подошвенных кератодермий с последующим формированием сгибательных деформаций и контрактур пальцев, вплоть до спонтанных ампутаций, а также с гиперкератотическими наслоениями вокруг естественных отверстий (рот, нос, анус и др). Впервые был описан в 1927 году Олмстедом. К 2020 году известно о 106 случаях, описанных в литературных источниках.
Цель — описание клинического случая.
Результаты. Больной Р. 2017 г.р. обратился «Asmo clinic» (Узбекистан, г. Ташкент) в конце октября 2022 г. с направительным диагнозом «Кератодермия». Из анамнеза: Со слов матери, впервые отметила появление высыпаний в раннем младенческом возрасте вокруг ануса — проявления перианального кератоза. Схожие высыпания периодически отмечала также вокруг ротового отверстия, плохой рост волос, изменение ногтей, шелушение на ладонях с 3–4 месяцев. Эти явления нарастали, на ладонях и стопах появлялись трещины, кожа ладоней и свода стоп утолщалась. Четвертый самый младший ребенок в семье — рожденный в срок, от здоровых родителей, не в близкородственном браке. Локально: На коже в области ладоней рук — инфильтративные очаги гиперкератоза в виде «У» полос, дистрофия ногтевых пластин рук, на стопах — массивные роговые наслоения, охватывающие всю поверхность подошвы с серозно-гнойным отделяемым. Отмечался специфический запах. Деформация мизинцев и больших пальцев ног — в виде гиперкератотических колец. В перианальной области — инфильтративный очаг гиперкератоза. На коже волосистой части головы отмечается дистрофия волос — истончение, закручивание, обламывание, наличие гиперкератотических чешуек. По результатам проведенных общеклинических анализов все показатели находились в пределах нормы, учитывая явность клинической картины: ЛПК, периорифициальный кератоз, изменение волос, а также возраст пациента — было решено биопсию не проводить. У пациента была диагностирована редкая форма наследственной кератодермии — синдром Олмстеда. Осложнение: Пиодермия. Матери было предложено сделать генетический анализ, от чего она отказалась. Пациенту с согласия родителей был назначен неотигазон в дозе 0,7 мг/кг в течение 10 дней под наблюдением дерматолога и врача педиатра. Местно: 5% салициловая мазь, мазь левомеколь, гель солкосерил 20%. Через 10 дней лечения наблюдалась положительная динамика в виде уплощения кератотических очагов. Пациенту было рекомендовано дальнейшее применение в той же дозировке 0,7 мг/кг в течение 1 месяца с последующей его коррекцией в зависимости от регресса кожных элементов.
Обсуждение. Данный клинический случай представляет интерес из-за редкости данного генетически обусловленного дерматоза, а также отсутствия целенаправленной и эффективной терапии. Окончательный тип наследования все еще не определен, и были предложены аутосомно-доминантный, Х-сцепленный доминантный и Х-сцепленный рецессивный типы наследования. Заболевание имеет медленное, но прогрессирующее и крайне инвалидизирующее течение. Точный прогноз возможен после секвенирования гена и детализации точечной мутации. Назначение системных ретиноидов (неотигазона) позволяет облегчить качество жизни пациента, что в нашем случае показало положительную динамику даже при таких обширных поражениях, однако в связи с генетической предрасположенностью назначение ретиноидов дает только временный эффект.

СИСТЕМНЫЙ ВАСКУЛИТ И РОЛЬ ВРАЧЕЙ-СМЕЖНИКОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки» Министерства здравоохранения РФ
Луганск
Радионов В. Г., Радионов Д. В.

Нередко кроме указанной выше симптоматики (см. часть I — «Особенности клиники кожной формы узелкового периартериита и ее роль при диагностике системного васкулита»), кожную форму узелкового периартериита сопровождают изменения типа ливедо различной величины и очертаний (синюшный рисунок сосудов кожного покрова вследствие локального нарушения кровообращения). Данные изменения могут быть в виде livedo makularis, reticularis et racemosa (пятнистые, сетчатые и ветвящиеся) с локализацией преимущественно на дистальных отделах нижних конечностей, реже на предплечьях, кистях, туловище, ягодицах. Со временем интенсивность ливедо становится более выраженной, на этом фоне (преимущественно в области лодыжек и тыла стоп) могут возникать мелкие кровоизлияния и изъязвления. У некоторых больных данные клинические разновидности ливедо могут быть единственным и самостоятельным симптомом болезни Kussmaul–Maier, у других — сочетаться с вышеуказанным кожным полиморфизмом узелкового периартериита. Из субъективных ощущений наряду с имеющейся кожной симптоматикой больные ощущают боль, чаще в икроножных мышцах и суставах нижних конечностей, утомляемость, чувство онемения, парестезии. При этом болезнь Рейно и облитерирующий эндартериит исключаются. Большое количество клинических вариантов узелкового периартериита свидетельствует о его полиэтиологичности. Как результат длительного хронического воспаления с выраженными фибриноидно-некротическими изменениями сосудов и окружающих тканей в очагах поражения, чаще в нижней трети голеней и стоп, формируются рубцовые изменения с последующим появлением вторичного амилоидоза и упорно протекающим узелково-язвенным процессом, и явлениями некроза с геморрагичностью. Узелковый периартериит нами трактуется как первично обозначенный в 1866 году авторами A. Kussmaul и R. Maier, а не полиартериит, как он представлен Номенклатурой васкулитов Chapel Hill Consensus Conference (2012). Таким образом, различные формы васкулитов могут ограничиваться только лишь кожей, либо могут быть частью системных первичных или вторичных сосудистых заболеваний. Превращение одной формы аллергического васкулита в другую является не случайным и парадоксальным фактом, а закономерностью, описанной неоднократно, хотя эта трансформация встречается нечасто. Надо учитывать, что течение разных вариантов узелкового периартериита и вообще системных васкулитов отличается большим многообразием, изменчивостью, и существуют смешанные и переходные формы. Ввиду этого необходима исключительная настороженность врача, в первую очередь хирурга, с целью комплексного обследования висцеральных органов больного и дальнейшей его госпитализации в условиях, когда легче принять все профилактические и лечебные меры, так как патологический процесс чаще всего проявляется в органах брюшной полости, и по частоте абдоминальный синдром при узелковом периартериите занимает третье место после поражения почек и сердца.

СКЛЕРОПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии»
Москва
Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Иванова П. К., Катунина О. Р., Трофимова М. С.

В практике врача-дерматовенеролога на приеме в последнее время все чаще встречается ограниченная склеродермия, и потому она является актуальной проблемой. Ограниченная склеродермия — хроническое заболевание соединительной ткани, которое характеризуется проявлением на различных участках тела очагов локального воспаления с последующим формированием в них склероза и атрофии кожи. Дифференциальный диагноз ограниченной склеродермии проводят со склероподобными поражениями кожи. Одним из таких заболеваний является эозинофильный фасциит, характеризующийся преимущественным инфильтративно-фиброзным поражением фасций конечностей, подкожной клетчатки, дермы, подлежащих мышц, сопровождающимся эозинофилией и гипергаммаглобулинемией.

Под нашим наблюдением находилась пациентка Л., 76 лет. Болеет с июня 2023 г., когда впервые появились высыпания на коже туловища. В сентябре 2023 г. отмечает появление зуда кожи, распространение высыпаний на кожу верхних и нижних конечностей. Обратилась к дерматологу по месту жительства, диагностирована «экзема». Лечилась амбулаторно с незначительным положительным эффектом. Во время госпитализации в ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 15 имени Филатова ДЗГМ, в ноябре 2023 г., с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, была консультирована врачом-дерматовенерологом, которым был диагностирован: Аллергический контактный дерматит; Очаговая склеродермия? Для исключения системной патологии (склеродермия, дерматомиозит) проведен анализ антинуклеарных антител к антигенам (иммуноблот отрицательный). Показано дообследование с биопсией кожи. При повторном обращении к дерматологу была направлена на стационарное лечение в МНПЦДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», с предварительным диагнозом: ограниченная склеродермия. Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный воспалительный характер, локализуется на коже туловища, верхних и нижних конечностей (преимущественно проксимальных отделов), кожа в области живота, плеч, предплечий, бедер, голеней гиперемирована, с выраженной отечностью, уплотнена, с трудом собирается в складку, рост пушковых волос отсутствует, кожный рисунок сглажен, слизистые оболочки, ногтевые пластины кистей рук и стоп интактны, наружные половые органы сформированы по женскому типу, специфических высыпаний на половых органах нет, перианальная область свободна от высыпаний. Субъективно: беспокоят интенсивный зуд, ощущение стянутости, отечность верхних и нижних конечностей, ограничение движений в лучезапястных, голеностопных суставах. Из сопутствующих заболеваний: Артериальная гипертония 3 ст., риск 3. ИБС. ПИКС. НК с умеренно сниж. ФВ 50–52% 3 ФК. Атеросклероз в/ч отделов БЦА без гемодинамически значимых стенозов. ЦВБ. Хроническая ишемия головного мозга III ст. Умеренные когнитивные нарушения. Бронхиальная астма средней степени тяжести. Морбидное ожирение 3 ст., ИМТ 50. Нетоксический зоб неуточненный. ХСН 2Б, 3ФК. Апноэ во сне. ХБП. При лабораторном обследовании обращает на себя внимание эозинофилия в крови — 15%, ускоренная СОЭ — 47 мм/час, в биохимии крови — снижение альбумина — 32,7 г/л, повышение С-реактивного белка — 48,8 МЕ/л. С целью верификации диагноза было проведено гистологическое исследование: Эпидермис атрофичен, его слои дифференцированы, рыхлый кератоз, пигментация кератиноцитов базального слоя. Вокруг сосудов дермы обнаруживаются очаговые инфильтраты преимущественно из лимфоцитов, местами клетки инфильтрата распространяются интерстициально. Коллагеновые волокна нижней половины дермы уплотнены, гиалинизированы. Придатковые структуры атрофичны. Таким образом, выявленные изменения не позволяют исключить ограниченную склеродермию, требуется более глубокое исследование в условиях ревматологического отделения. Принимая во внимание молниеносное течение, распространенность кожного процесса, прогрессирующую инфильтрацию преимущественно проксимальных отделов конечностей с незначительным поражением дистальных, с признаками локального воспаления, повышение эозинофилов в крови до 15% — рекомендовано дообследование в рамках эозинофильного фасциита у ревматологов: ЭГДС, КТ ОГК, ЭНМГ стимуляционная, расширенная и глубокая биопсия кожи. Таким образом, склероподобные заболевания, в том числе эозинофильный фасциит, часто протекают под маской склеродермии, и, несмотря на их редкость в практике врача-дерматовенеролога, необходимо помнить о важности комплексного исследования, в том числе о необходимости консультации смежных специалистов, в данном случае ревматолога.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА У ДЕВОЧЕК-БЛИЗНЕЦОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Шеров В. В., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф.

В консультативно-диагностическое отделение КДО филиала «Юго-западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» обратилась пациентка 16 лет с жалобами на высыпания, располагающиеся на коже лица, наружной поверхности плеч, верхней части спины, груди и живота, без субъективных ощущений. Заболела она 2 года назад, когда впервые на коже лица появились высыпания, которые постепенно распространялись на другие участки кожных покровов. Лечение у дерматолога заболевания, расцененного как угри обыкновенные и демодекоз, миноциклином по 50 мг 2 раза в день в течение 6 мес., кремом и гелем с метронидазолом дало выраженный терапевтический эффект — высыпания полностью регрессировали. Ремиссия длилась 1 месяц. При обострившемся процессе применяли только средства ухода за кожей, в частности эмоленты, — без эффекта. Осенью 2022 г. дерматолог назначил раствор клиндамицина 1%, на фоне лечения которым воспаление незначительно уменьшилось. В связи с неэффективностью лечения пациентка была направлена на консультацию в КДО филиала «Юго-западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». При осмотре: на коже лица, верхней части груди и спины локализовались множественные воспаленные папулезные элементы, комедоны, единичные пустулы, пятна застойной гиперемии и телеангиэктазии на коже щек. На коже груди, спины и конечностей располагались фолликулярные конусовидные папулы с роговыми шипиками, пальпаторно определялся симптом «тёрки». С учетом характера высыпаний, их локализации предположен диагноз Розацеа. Проведена диагностическая биопсия кожи. По результатам гистологического исследования биоптата кожи выявлены признаки фолликулярного кератоза. В соскобе с кожи лица обнаружен клещ Demodex folliculorum. Кожный процесс расценен как проявление папуло-пустулезной разновидности розацеа и распространенного фолликулярного кератоза. Лечение системным изотретиноином по 20 мг/сут, наружно назначен крем с метронидазолом в течение 1 месяца. В динамике наблюдения отмечено улучшение. 02.03.2023 на приём с пациенткой обратилась ее сестра-близнец, у которой установлен подобный анамнез заболевания, но в более тяжелой форме розацеа и фолликулярный кератоз. На фоне проведенного лечения изотретиноином по 20 мг/сут, кремом метронидазола также отмечен положительный эффект. В настоящее время обе сестры получают лечение изотретиноином по 20 мг/сут. Интерес данного случая наблюдения заключается в том, что у третьей сестры-близнеца (которая является средней по времени рождения) кожа свободна от высыпаний. У родителей девочек и других родственников кожных заболеваний нет.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА СВИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КРОВИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», дерматовенерологическое отделение
Москва
Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Корсунская И. М., Радионова Е. Е., Бобров М. А., Лебедева Е. В.

Актуальность. Синдром Свита — редкое заболевание из группы нейтрофильных дерматозов, характеризующееся рецидивирующим течением, артралгиями, нейтрофильным лейкоцитозом и кожными высыпаниями в виде болезненных отечных узлов или папул красно-фиолетового цвета. Появлению высыпаний предшествуют лихорадка до 39–40 °С, недомогание. Болеют чаще женщины в возрасте от 30 до 60 лет (80–90% случаев).
Цель — описание клинического случая.
Результаты. Приводится клиническое наблюдение пациентки 66 лет. На момент поступления предъявляла жалобы на распространенные высыпания, сопровождающиеся болью, периодически зудом. Заболела остро, когда на фоне слабости, тошноты, горечи во рту, отсутствия аппетита, диареи (до 4 раз в день, зеленого цвета), повышения температуры тела до 39 °С отметила высыпания на коже верхних конечностей с дальнейшим распространением на кожу туловища, нижних конечностей, головы, лица, сопровождающиеся болью, в связи с чем бригадой СМП госпитализирована в ГБУЗ г. Москвы «ИКБ № 2 ДЗМ», где находилась с диагнозами: Основной — Диарея и гастроэнтерит, предположительно инфекционного происхождения; Энтероколит, предположительно инфекционной этиологии, средней тяжести. Сопутствующие — Миелодиспластический синдром; Рефрактерная нормохромная нормоцитарная анемия тяжелой степени; Гемотрансфузионная зависимость; Гипертоническая болезнь 2 ст.; риск ССО 3; Синдром раздраженного кишечника; Хронический колит; Дивертикулез ободочной кишки. Проводимое лечение (смекта, метоклопрамид, кальция глюконат, хлоропирамин, цефтриаксон 2 г в/в, диклофенак, лактобактерии, преднизолон в/в капельно с 150 мг № 1 с постепенным титрованием, парацетамол, флуконазол) — с незначительным улучшением. Консультирована врачом-дерматовенерологом: Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз? Токсидермия? требуется дообследование пациентки в профильном учреждении: проведение диагностической биопсии очага с последующим гистологическим исследованием. Пациентка госпитализирована в МНПДДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», на момент поступления патологический кожный процесс носил распространенный воспалительный симметричный характер. Локализован на коже волосистой части головы, лица (лоб, периорбитальные и подглазничные области), шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен в виде эритематозных пятен, от розовато-красного до фиолетового цвета, преимущественно округлых очертаний, с четкими границами, сливающихся на коже спины, разгибательной поверхности коленных суставов в очаги размером «до ладони взрослого человека», с обрывками эпидермиса по периферическому краю, местами корочки серозно-геморрагического характера. Симптом Никольского отрицательный. Дермографизм красный. Ногтевые пластины интактны. Пациентка дообследована и консультирована смежными специалистами, с учетом выраженных гематологических изменений (гемоглобин (HGB) 75 г/л, количество эритроцитов (RBC) 2,45 10^12/л, гематокрит (HCT) 22,0%, скорость оседания эритроцитов (по Вестергрену) 70 мм/ч, С-реактивный белок 74,2 МЕ/л) рекомендовано лечение и дальнейшее наблюдение у онкогематолога по месту жительства после получения результатов диагностической биопсии кожи, ранее пациентке неоднократно проводились сеансы гемотрансфузий. Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала: эпидермис с слоистым ортогиперкератозом, колониями кокковых микроорганизмов в роговом слое, незначительным акантозом, фокусами спонгиоза. В дерме актинический эластоз, отек, периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью большого количества нейтрофилов инфильтраты, явления лейкоцитоклазии. Заключение: в пределах исследованного материала морфологическая картина острого фебрильного нейтрофильного дерматоза с присоединением вторичной бактериальной инфекции. На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, учитывая сопутствующее онкологическое заболевание крови, результат диагностической биопсии кожи, выставлен диагноз — Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз (Синдром Свита).
Заключение. Учитывая явления токсидермии, следует помнить о таком заболевании, как синдром Свита, несмотря на редкую встречаемость нозологии, помимо других дерматозов, сопровождающихся распространенными островоспалительными элементами сыпи. Сопутствующее гематологическое заболевание помогает ограничить диагностический поиск, что существенно влияет на своевременно подобранное лечение, повышая качество жизни пациентов.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ (ГИДРАДЕНИТА СУППУРАТИВНОГО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» Луганской Народной Республики
Русина Е. Н., Шатилов А. В., Анохина В. А.

Актуальность. Инверсные акне (гидраденит суппуративный) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи и подкожно-жировой клетчатки, которое, наряду с конглобатными акне, абсцедирующим и подрывающим фолликулитом Гоффмана, пилонидальной кистой, относят к группе заболеваний, сопровождающихся фолликулярной окклюзией. При инверсных акне наблюдается гиперкератоз в волосяных фолликулах с развитием воспаления в перифолликулярных сальных железах, а апокринные железы вовлекаются в процесс вторично. Инверсные акне диагностируются чаще у женщин в период от полового созревания до наступления менопаузы. Триггерные факторы — генетическая предрасположенность, ожирение, микротравмы, повышенная температура окружающей среды, употребление алкоголя и никотина. Высыпания представлены узлами, псевдокомедонами в местах скопления апокринных потовых желез (подмышечные впадины, паховые складки, перианальная область, молочные железы), формирующиеся абсцессы вскрываются с образованием свищевых ходов с гнойным отделяемым, с последующим формированием рубцов. Характерно многолетнее рецидивирующее течение.
Цель работы: описание клинического случая инверсных акне.
Материалы и методы. При описании клинического случая использовались данные анамнеза, клинической картины, лабораторных методов обследования.
Результаты. На прием к дерматовенерологу обратилась пациентка 32 лет с жалобами на болезненные узлы в подмышечных впадинах, паховых складках и на внутренних поверхностях бедер, сопровождающиеся отделяемым с неприятным запахом. Считает себя больной в течение 9 лет, причину заболевания связывает с резким увеличением массы тела после родов. Ежегодно в летнее время возникает 1–2 рецидива заболевания. Неоднократно лечилась у хирургов по поводу рецидивирующего фурункулеза, абсцесса верхней трети левого бедра, осложненного свищевым ходом по направлению к влагалищу. К дерматовенерологам ранее не обращалась. Наследственный и аллергологический анамнезы не отягощены. Сопутствующие заболевания: ожирение 3-й степени; остеохондроз, деформирующий спондилит, спондилоартроз грудного отдела позвоночника. Результаты общеклинических и биохимических лабораторных исследований в пределах нормы. Патологический процесс локализуется в области подмышечных впадин, паховых складок, верхней трети внутренней поверхности бедер. Представлен узлами округлой и продолговатой формы, красного и синюшно-красного цвета, размерами от горошины до 3 см в диаметре, часть которых сливается в спаянные между собой конгломераты различных очертаний. При пальпации узлы болезненные, мягкой консистенции, в центре некоторых из них определяется флюктуация, на поверхности двух узлов имеются свищевые отверстия с гнойным отделяемым желтого цвета. Визуализируются также втянутые рубцы бледно-розовой и красно-синюшной окраски, неправильной формы. При бактериологическом исследовании отделяемого из свищевых ходов получен рост культуры Staphylococcus aureus.
Установлен диагноз: инверсные акне (гидраденит суппуративный), тяжелая степень тяжести. Лечение пациентки состояло из двух этапов: на первом этапе, с учетом выраженности воспаления и результатов бактериологического исследования, проводилась терапия доксициклином в течение 13 дней, а также местное лечение в виде промывания свищевых ходов раствором хлоргексидина, аппликаций ихтиола на узлы с флюктуацией. После купирования островоспалительных явлений на втором этапе был назначен изотретиноин (Акнекутан) в дозе 0,4 мг/кг в сутки до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг. Проведенное лечение обеспечило ремиссию заболевания.
Заключение. Представленный клинический случай свидетельствует о том, что врачи недостаточно информированы об особенностях клиники и лечения инверсных акне, что приводит к несвоевременной их диагностике и ошибкам в тактике ведения таких больных.

СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА У ПАЦИЕНТКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ АРТИФИЦИАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Тимирязевский»
Москва
Бохонович Д. В., Горелова Е. А., Пашкова Е. С.

Токсокароз — зоонозный гельминтоз, имеет фекально-оральный путь передачи, развивающийся у человека в форме тканевого паразитирования. Это так называемый «биологический тупик» (личиночная стадия паразита), проявляющийся в виде токсико-аллергических реакций и полиорганной недостаточности в зависимости от количества и локализации паразитов. Склонен к длительному рецидивирующему течению. Клинические проявления токсокароза не имеют специфичных симптомов, а проявляются в виде различных симптомокомплексов. Проявления со стороны кожи сопровождаются высыпаниями по типу крапивницы различной интенсивности и локализации. Длительно может сохраняться интенсивный зуд кожи. По данным Курносовой О. А. и соавт., токсокароз у собак и кошек является самым распространенным гельминтозом в г. Москва, и показатель инвазии достигает 18% у домашних собак и 55% у бродячих. Уровень серопозитивности населения токсокарозом в г. Москва около 17%. И данные показатели имеют тенденцию к росту в связи с длительным сохранением яиц гельминтов в почве. Под нашим наблюдением находилась пациентка Л., 51 год, которая считает себя больной на протяжении трех лет, когда появились интенсивный зуд и высыпания на коже спины. В филиал «Тимирязевский» впервые обратилась в 2023 году. При осмотре на коже туловища, конечностей, лица — множество инфильтрированных очагов неправильных очертаний с линейными экскориациями, геморрагическими корками, пятна вторичной гиперпигментации, множественные рубцы. Поставлен диагноз: Артифициальный дерматит. Пруриго? Пациентка была обследована в ОАК — Hb 93 г/л, анизоцитоз, эозинофилы — 1; IgE — 173,9 МЕ/мл; ОАМ, биохимический анализ крови — в пределах референсных значений. Проконсультирована терапевтом, эндокринологом, неврологом, аллергологом — патологии не выявлено. Рекомендации в проведении консультации психиатра пациентка категорически отвергала. При общении и сборе анамнеза эмоционально лабильна, конфликтно настроена к медицинскому персоналу, указывает на неэффективность проводимого лечения. Получала лечение антигистаминными и седативными препаратами, наружными комбинированными кортикостероидными препаратами — с временным положительным эффектом. По рекомендации дерматолога коммерческого центра проводила лечение дексаметазоном внутримышечно — также с временным эффектом. После консультации в КО МНПЦДК ДЗМ в декабре 2023 г. диагноз: Пруриго? Артифициальный дерматит? Рекомендовано проведение гистологического исследования кожи. В филиале «Тимирязевский» была проведена биопсия с участков воспаления от 21.12.23: умеренный акантоз эпидермиса с неравномерным удлинением эпидермальных гребней, гиперкератоз, зернистый слой дифференцирован, вокруг сосудов поверхностного сплетения умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Заключение: нельзя исключить изменения, характерные при пруриго. Пациентке, согласно клиническим рекомендациям «Пруриго», было рекомендовано проведение консультации психиатра и исследования для исключения глистных инвазий. При серологическом исследовании от 18.01.24 обнаружены положительные титры IgG к Toxocara canis 1:100 (антитела к описторхам, трихинеллам, эхинококкам, аскаридам, лямблиям не выявлены). Дополнительно выяснено, что у пациентки есть собака, и она часто контактирует с другими животными. Направлена для лечения к инфекционисту. На фоне специфической терапии отметила уменьшение зуда кожи, за счет исключения повреждений кожи — разрешение высыпаний. Данный случай демонстрирует необходимость комплексного подхода при ведении пациентов с зудящими дерматозами.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АКНЕ, РОЗАЦЕА И ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

ООО «Клиника профессора Юцковской»
Москва
Ковалюк А. И., Юцковский А. Д.

Введение. Дерматологическая практика подразумевает высокую «насмотренность» врача и знание клинических проявлений тех или иных нозологий. Но на сегодняшний день встречаются случаи, когда опытный доктор может сомневаться в постановке диагноза. В верификации заболевания могут помочь современные технологии 3D-визуализации кожи.
Цель. Повысить качество оказания медицинской помощи и назначения лечения дерматологических пациентов.
Материалы и методы. В «Клинике профессора Юцковской» за период с 2021 по 2023 год было обследовано свыше 5000 тысяч пациентов с диагнозами акне, розацеа и периоральный дерматит. У 35% от общего числа пациентов диагноз был верифицирован с помощью 3D-системы обследования кожи, помимо проведения стандартных обследований.
Результаты и обсуждение. Современные 3D-системы для диагностики кожи лица и тела позволяют заглянуть глубже, чем физикальный осмотр. Мы видим такие показатели, как расширенные сосуды и пигментные образования даже на тех участках кожи, которые при визуальном осмотре не показались патологическими. Также можем оценить количественное изменение содержания меланина, выраженность микроциркуляторного русла и воспалительных элементов до и после лечения. И, конечно, подтвердить или опровергнуть диагноз, в котором возникли сомнения при визуальной оценке и стандартных клинических тестах. 3D-диагностика обеспечивает помощь в установке точного диагноза акне, розацеа и периорального дерматита, а также позволяет оценить состояние кожи лица в целом и назначить таргетное лечение.
Выводы. Проведенное исследование позволяет рекомендовать использование 3D-систем на приеме врача-дерматолога для вынесения корректного диагноза, определения тактики лечения и отслеживания динамики кожного процесса.

СОВРЕМЕННОЕ СРЕДСТВО С КАЛЬЦИПОТРИОЛОМ И ДИКАЛИЙ ГЛИЦИРРИЗИНАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА КОЖИ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Медицинский центр «Интервал»
Барнаул
Карпова О. А.

В патогенезе такого частого дерматоза, как псориаз, отмечаются гиперпролиферация кератиноцитов, нарушение их дифференцировки, иммунные реакции в дерме, дисбаланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, хемокинов. Распространенность и заболеваемость псориазом детей в возрасте 15–17 лет в РФ больше, чем среди взрослых, и значительно выше, чем у детей до 14 лет, и в 2022 г. составила 305,2 и 93,0 на 100 000 населения. У 50–80% пациентов наблюдается поражение кожи ВЧГ. Существенная роль в терапии псориаза принадлежит топическим средствам. Международный опыт терапии псориаза уделяет большое внимание средствам на основе кальципотриола. Активные компоненты российской линейки для лечения псориаза –Кальципотриол 0,005% и Дикалий глицирризинат. Кальципотриол является аналогом активного метаболита витамина D3 и имеет патогенетическое действие при псориазе. Селективно замедляет процессы деления клеток кожи путем связывания со специфическими рецепторами витамина D в эпидермоцитах и запуска транскрипции ряда генов. Тем самым угнетает пролиферацию кератиноцитов, что приводит к уменьшению и устранению инфильтрации, шелушения, эритемы. Дикалий глицирризинат получен из солодки и обладает выраженной противовоспалительной активностью, сравнимой по силе с эффективностью кортизола, но при этом нет риска развития побочных эффектов тГКС. Обеспечивает антиоксидантный эффект, предотвращает УФО повреждения. Обладая таким комбинированным действием, средства с 0,005% кальципотриолом и дикалий глицирризинатом способны уменьшать потребность в тГКС, что очень важно в детском возрасте и позволяет применять их с 0+. Практическое применение средств с 0,005% кальципотриолом и дикалий глицирризинатом позволяет индивидуально подобрать схему терапии для каждого больного: возможна монотерапия, а также комбинированная терапия с параллельным или последовательным применением тГКС, системным лечением и фототерапией, в соответствии с клиническими проявлениями и стадией течения псориаза.
Цель исследования: определить эффективность и безопасность «Депсориол» крема и лосьона в лечении вульгарного псориаза кожи и волосистой части головы.
Материалы и методы. В клиническом исследовании на базе МЦ «Интервал» г. Барнаул участвовали 12 детей (8 мальчиков и 4 девочки) в возрасте 5–17 лет (12,8±7,4 года) с длительностью течения псориаза от 1 до 13 лет. Критерии исключения: гиперчувствительность к кальципотриолу и вспомогательным компонентам крема и лосьона, заболевания, сопровождающиеся нарушением метаболизма кальция, применение вместе с препаратами для местного применения, содержащими салициловую кислоту. Высыпания на волосистой части головы были у 12 (100%), у 3 (25%) в процесс также была вовлечена кожа локтевых и коленных суставов. Прогрессирующая стадия диагностирована у 41,7% пациентов, стационарная стадия — у 58,3%. Зуд беспокоил 8 (66,7%) пациентов, ощущение сухости, стянутости кожи — 6 пациентов (50%), обильное шелушение кожи ВЧГ — 4 пациентов (33,3%.) На момент начала исследования пациенты никакую терапию не получали. Все пациенты применяли лосьон с 0,005% кальципотриолом и дикалий глицирризинатом на кожу ВЧГ, а 3 пациентов — еще и крем с 0,005% кальципотриолом и дикалий глицирризинатом на локтевые и коленные области до 4 недель 2 раза в день. Длительность курса основной топической терапии составила 7±1 недель. В дальнейшем в ремиссию 2 раза в неделю. Клиническое наблюдение с определением индекса PASI в динамике терапии за пациентами продолжалось до 6 мес.
Результаты. Индекс PASI у обследованных детей варьировал от 5,1 до 11,1 балла, в среднем PASI составил 8,9±0,3 балла. Через 1 нед. терапии отмечена положительная динамика — уменьшение зуда у 75,0% пациентов, гиперемии и шелушения у 83,3% больных, снижение индекса PASI на 12,9%. К окончанию курса терапии отмечено достоверное снижение индекса PASI на 59,9% у 9 (75%) пациентов, у 3 (25%) пациентов отмечено клиническое выздоровление. Побочных явлений не наблюдалось. Во время наблюдения пациентов в течение 6 мес. состояние ремиссии сохранялось.
Заключение. Топическая терапия больных псориазом с поражением кожи как ВЧГ, так и локтевой и коленной областей комбинированным средством в форме лосьона и крема, содержащим кальципотриол 0,005% и дикалия глицирризинат, характеризуется высокой клинической эффективностью, безопасностью, комплаентностью и доступна к применению в амбулаторных условиях.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Волнухин В. А., Петров В. А.

Цель исследования. Провести анализ существующих методических подходов к применению методов ультрафиолетовой терапии в лечении витилиго.
Материалы и методы. Проанализированы результаты собственных исследований и литературных данных, опубликованных за последние 5 лет.
Результаты и обсуждение. Проведенный анализ позволил уточнить основные особенности существующих подходов к ультрафиолетовой терапии пациентов с витилиго. В настоящее время наиболее эффективными методами ультрафиолетовой терапии витилиго являются узкополосная УФВ-терапия (311 нм) и терапия ультрафиолетовым эксимерным излучением с длиной волны 308 нм. Данные методы являются относительно безопасными, обладают небольшим количеством побочных эффектов и могут применяться у детей и беременных женщин. Основные цели фототерапии — стабилизация

кожного процесса, восстановление пигментации кожи в очагах поражения и повышение качества жизни пациентов. У больных с распространенным и/или прогрессирующим витилиго методом 1-й линии терапии является узкополосная УФВ-терапия (311 нм). Лечение ультрафиолетовым эксимерным излучением (308 нм) проводится главным образом при ограниченных формах витилиго с облучением отдельных очагов поражения. ПУВА-терапия в настоящее время применяется значительно реже и только у взрослых пациентов, в основном в случаях отсутствия эффекта от других терапевтических средств. При отборе пациентов для проведения фототерапии следует учитывать активность и длительность заболевания, локализацию очагов поражения, наличие в них участков резидуальной пигментации или лейкотрихии. Облучения осуществляют с режимом 2–3 раза в неделю; курс лечения обычно составляет 50–100 сеансов, в отдельных случаях — до 200 сеансов (при хорошей эффективности и переносимости лечения). Однако максимально допустимое количество процедур на курс окончательно не установлено. Эффективность фототерапии зависит от локализации очагов поражения, общего количества процедур и кумулятивной дозы облучения, полученных больным за курс, и не зависит от режима проведения облучений. С целью достижения максимального эффекта, особенно у пациентов с сегментарным типом витилиго, лечение следует назначать как можно раньше. Комбинирование фототерапии с медикаментозными средствами (кортикостероидами, топическими ингибиторами кальциневрина, синтетическими аналогами витамина D, антиоксидантами, витаминами, микроэлементами и др.) может повысить эффективность лечения заболевания, однако в части опубликованных работ доказательная база недостаточно велика, а результаты исследований имеют противоречивый характер. В связи с чем для уточнения вопроса о целесообразности применения комбинированных методов фототерапии необходимы дополнительные, более масштабные исследования.

Выводы. До настоящего времени не разработано идеального метода лечения витилиго, позволяющего остановить прогрессирование заболевания и достичь полной репигментации кожи в очагах поражения. Методы ультрафиолетовой терапии являются одними из наиболее эффективных методов лечения витилиго. Накопленный опыт позволяет оптимизировать существующие подходы к применению фототерапии. Перспективным направлением является разработка и обоснование эффективности использования фототерапии в комбинации с другими лечебными средствами.

СОЗДАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ КОЛ-ЦЕНТРА В ГБУЗ «СОКВД»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной кожно-венерологический диспансер» Самара

Ихтиаров Р. И., Пряжкина В. В.

Введение. Современный мир информатизации предъявляет высокие требования к цифровизации совершенно разных отраслей экономики, том числе и к медицинской сфере. Процесс информатизации сферы здравоохранения в России идет медленно в силу низкого уровня использования средств IT в медицинских учреждениях на региональных уровнях, также наблюдается отставание в использовании и внедрении сервисов для улучшения качества медицинских услуг.

Цель нашей работы: повышение качества оказываемых цифровых услуг в сфере здравоохранения.

Материалы и методы. Проведен анализ существующей региональной информационной системы, а также работы кол-центра ГБУЗ «СОКВД», наметили пути качественного улучшения системы цифровизации в рамках ГБУЗ «СОКВД».

Результаты. Одной из важнейших медицинских услуг является запись на прием к врачу. Именно данная услуга обеспечивает повышение доступности медицинской помощи населению. В России региональные системы записи к врачу развиваются с 2010 г. и являются первым успешным шагом к цифровой трансформации здравоохранения. С внедрением системы онлайн-технологий запись к врачу стала быстрее, проще и доступнее. Начиная с 2010 до 2017 гг. региональные системы записи к врачу прошли этап количественного роста. Сейчас требуется их качественное развитие, для которого необходима эталонная система цифрового измерения «эталонный метр». ГБУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер» (ГБУЗ «СОКВД») оказывает амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь взрослому и детскому населению по профилю «Дерматовенерология». С 1 февраля 2023 г. по решению главного врача ГБУЗ «СОКВД» И. Г. Шакурова разработан и открыт кол-центр на базе консультативно-диагностического отделения № 3 в соответствии с требованиями ФЗ от 21.11.11 г. N323-ФЗ; ФЗ от 02.05.2006 г. N59-ФЗ; Приказа Минздрава России от 24.12.2018 N911н. Анализ деятельности кол-центра показал, что его создание послужило обеспечению предварительной записи пациентов на прием к врачу-дерматовенерологу, вызова на дом врача-специалиста, отработки обращений граждан по вопросам организации и оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Для кол-центра был выделен отдельный кабинет, подготовлено 6 рабочих мест, установлены ЭВМ, подключены к сети Интернет. На компьютеры установлены программное обеспечение «Единая медицинская информационно-аналитическая система» (ЕМИАС) и программное обеспечение для IP-телефонии. Телефонные звонки напрямую поступают на компьютер, регистратор отвечает, используя гарнитуру с шумоподавлением. Штат сотрудников с сентября 2023 г. составляет 6 регистраторов.

В результате анализа эффективности функционирования кол-центра были получены статистические данные с 01.03.23 по 31.12.23: количество вызовов всего 114207, из них принятые — 83970 вызовов, что составило 73,8% от общего числа поступивших звонков; пропущенные — 30237 вызовов (26,2% от поступивших вызовов); отработанные вызовы из числа пропущенных (обратный перезвон) — 24629 вызовов (21,6% от поступивших вызовов); не удалось перезвонить из числа пропущенных — 5608 абонентам (4,9% от поступивших вызовов).

Проведенный анализ эффективности внедрения и функционирования кол-центра позволил наметить пути качественного улучшения системы цифровизации в рамках ГБУЗ «СОКВД». Так, в частности, количество неотработанных вызовов из числа поступивших вызовов составило менее 5%, что укладывается в допустимые отклонения. При анализе причин, по которым не удалось отработать 100% пропущенных вызовов, выяснилось, что на это повлиял кадровый дефицит кол-центра в первые месяцы работы (штат состоял всего из 3 регистраторов); большинство пациентов не отвечали на вызовы с незнакомого номера, т.к. принимали их за мошенников и рекламу.

Заключение. Проведенная нами работа позволяет наметить интеграцию входящих вызовов в ЕМИАС, что позволит осуществлять поиск пациента в базе данных по номеру телефона. Таким образом, наша работа способствует развитию сферы здравоохранения в рамках применения и внедрения цифровых технологий. Информационно-аналитические системы обеспечивают доступность и качество услуг без увеличения финансовых расходов государства в сфере здравоохранения. Внедрение кол-центра в ГБУЗ «СОКВД» вносит существенный вклад в повышение производительности труда регистраторов при записи пациентов на прием. Данная мера позволяет сосредоточить сотрудников регистратуры отделений на выполнении их непосредственных обязанностей, тем самым повысив эффективность и качество выполняемых ими функций.

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы Москва

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

Актуальность. Псориаз, являясь хроническим иммуновоспалительным заболеванием, в силу своей распространенности может наблюдаться среди пациентов, страдающих различными серьезными инфекционными заболеваниями, такими как вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция и сифилитическая инфекция. Распространенность дерматоза среди таких больных принципиально не отличается от таковой в общей популяции. Наиболее эффективным и безопасным на сегодняшний день методом лечения пациентов с тяжелыми формами псориаза является генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ). Однако существует мало современных обзоров, четких алгоритмов и рекомендаций по применению ГИБТ у пациентов с сопутствующими хроническими инфекциями.

Цель. Определение тактики ведения пациентов, получающих ГИБТ при псориазе в случае наличия сопутствующего инфекционного заболевания.
Материалы и методы. Под наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» находятся 15 пациентов с псориазом и сопутствующими хроническими инфекционными заболеваниями, из них 4 пациента с ВИЧ-инфекцией; 5 пациентов с анамнезом сифилитической инфекции (из них 3 с ВИЧ-инфекцией; 1 — с вирусным гепатитом С); с гепатитом С — 10 (из них 2 — с ВИЧ); с гепатитом В — 2. Данные пациенты получают различные препараты ГИБТ по поводу псориатического процесса (препараты инфликсимаб (n=3), нетакимаб (n=7), секукинумаб (n=2), устекинумаб (n=3)). Проанализированы клинические данные, характеризующие эффективность проводимой ГИБТ (согласно основным индексам оценки тяжести псориаза PASI, BSA, DLQI), данные лабораторных методов обследования, направленных на уточнение активности инфекционного процесса, с оценкой в динамике на фоне проводимой ГИБТ, проведенные консультации врача-инфекциониста.
Результаты. Согласно полученным в ходе ведения пациентов данным, на сегодняшний день в группе наблюдаемых нами больных не отмечено случаев реактивации инфекционного заболевания. Определен оптимальный алгоритм первичного скрининга и обследования перед инициацией ГИБТ, а также наблюдения и ведения больных, получающих поддерживающий курс ГИБТ. Рекомендуется проведение лабораторного мониторинга активности инфекции первично перед началом терапии, консультация врача-инфекциониста с интерпретацией полученных данных, в случае ВИЧ-инфекции — оценка эффективности антиретровирусной терапией (АРВТ), в случае анамнеза сифилитической инфекции необходим точный сбор данных о проведенном лечении, дополнительное проведение диагностической люмбальной пункции с целью исключения нейросифилиса. Представляется важным соблюдение алгоритма обследования таких пациентов, необходимость тесного междисциплинарного взаимодействия с врачом-инфекционистом с целью своевременного выявления рисков и остановки ГИБТ в случае активной инфекции.
Выводы. Вопрос о применении ГИБТ у пациентов с ВИЧ, хроническим вирусным гепатитом В и С, анамнезом сифилитической инфекции должен решаться лечащим врачом индивидуально с учетом понимания соотношения риска и пользы для конкретного пациента, совместно с врачом-инфекционистом, с отслеживанием динамики лабораторных методов диагностики с целью исключения возможности реактивации инфекции.

СТОЙКАЯ ДИСХРОМИЧЕСКАЯ ЭРИТЕМА РАМИРЕСА У 13-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-западный»
Москва
Фасахова Р. Р., Орлова К. А., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф., Катунина О. Р.

Стойкая дисхромическая эритема — относительно редкое заболевание, впервые описанное в 1957 г. Рамиресом (Ramirez) в Сан-Сальвадоре под названием Los cenicientos — пепельный дерматоз. У наблюдавшегося нами 13-летнего пациента такое заболевание существовало более 5 лет. Впервые он обратился в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», филиал «Тимирязевский», в 2023 г. Высыпания появились у него на коже спины. Лечение не проводилось. Наследственность с отягощенностью по кожной патологии выражалась у отца и у младшей сестры на коже спины и лица пятнами коричневого цвета, по поводу которых к врачам не обращались. Из анамнеза установлена сенсибилизация к орехам. При их употреблении в пищу возникали зуд и першение в горле. Status localis при обращении в филиал «Юго-Западный»: патологический процесс носил хронический распространенный характер. Локализация эффлоресценции на коже туловища, боковых поверхностей спины и живота. Они были представлены пятнами коричневого цвета, округлых очертаний, местами, сливающимися между собой, размеры очагов были в пределах 5–20 см в диаметре, с четкими контурами, западениями в центре отдельных элементов, пальпаторно плотность и болезненность не определялась. Дермографизм смешанный. Ногтевые пластины не изменены. При визуальной оценке поражения кожи был предположен диагноз пепельного дерматита и ограниченной склеродермии. С целью верификации диагноза проведено патологоанатомическое исследование биопсийного материала (биоптат из кожи боковой поверхности туловища). Описание патоморфологии: фрагмент кожи без подкожно-жировой клетчатки, эпидермис обычной толщины с пигментацией кератиноцитов базального слоя, слабым рыхлым кератозом. Вокруг сосудов сосочкового слоя дермы скудные скопления гистиоцитов и лимфоцитов с примесью макрофагов, нагруженных пигментом. Коллагеновые волокна дермы без признаков уплотнения и гиалиноза. В сетчатом слое дермы присутствуют фрагменты волосяных фолликулов и потовых желез обычного гистологического строения. Заключение: в пределах исследуемого материала признаков склеродермии не обнаружено. Патологические изменения носят характер меланодермии, могут наблюдаться при поствоспалительной гиперпигментации, стойкой дисхромической эритеме или фиксированной эритеме. На консилиуме на основании данных клинического и патоморфологического обследования установлен заключительный диагноз: L81.8 — пепельный дерматоз Рамиреса. В круг дифференциального диагноза следует также включить атрофодермию Пазини–Пьерини, при которой отмечаются некоторые особенности: локализация (преимущественно на туловище вдоль позвоночного столба), пятна имеют большую интенсивность окраски (коричневую с синюшным оттенком), отсутствие эритемы. Больному рекомендована консультация генетика для генетической расшифровки патологии. Локальные аппликации мометазона фуроат 0,1% 2 раза в день в течение 2 недель. Наблюдение дерматолога.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ И ТЯЖЕЛОМ ПСОРИАЗЕ

1 Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета; 2 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ
Санкт-Петербург
Аликбаев Т. З. 1,2, Разнатовский К. И. 2, Гулордава М. Д. 2, Ракаб Х. Э.И. 2

Введение. Псориаз — хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи мультифакториальной природы, сопровождающееся постепенным вовлечением в патологический процесс не только кожных покровов и слизистых оболочек, но и сердечно-сосудистой, костно-мышечной систем, органов пищеварения, нервной и мочевыделительной систем. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала псориаз серьезным неинфекционным заболеванием, требующим многосторонних усилий по борьбе с ним. В последние годы особо актуальна концепция «псориатического марша» как результата циркуляции в крови пациентов с псориазом маркеров воспаления с последующим развитием метаболического синдрома и артериальной гипертензии. Необходимо отметить, что при тяжелом течении псориаза или начале заболевания в молодом возрасте, по сравнению с населением в целом, отмечается более высокий риск кардиометаболических сопутствующих заболеваний. Аналогично распространенности у лиц с гиперлипидемией коронарных атеросклеротических бляшек (38%), у пациентов с псориазом выявлен высокий риск распространенности данной сопутствующей патологии (34%), а также высокая частота встречаемости кальцификации коронарных артерий. Тяжелое течение псориаза связано с повышенным риском возникновения и неблагоприятного сердечно-сосудистого исхода инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смертности. Псориаз также предрасполагает к развитию некоторых системных расстройств: диабет, сердечная недостаточность, ожирение.
Цель исследования. Провести клинико-статистический анализ структуры сопутствующих и коморбидных заболеваний при среднетяжелом и тяжелом псориазе.
Материалы и методы. Профиль коморбидности пациентов с псориазом оценивался путем сбора сведений из первичной медицинской документации (Медицинская карта стационарного больного — форма № 003/д; приказ МЗ СССР от 04.10.80 № 1030) 1381 пациента с псориазом, находившихся на лечении в Микологической клинике за 2013–2017 гг., и включал следующие учетные признаки: общие сведения (пол, дата рождения), клинический диагноз (с кодами МКБ-10; сопутствующие и коморбидные заболевания —

в карты выкопировки вносились данные о распространенности сопутствующей и коморбидной патологии, кодировка заболеваний осуществлялась в соответствии с МКБ-10).

Результаты. Оценка структуры нозологических форм коморбидной патологии показала, что среди заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладали гипертоническая болезнь (78%) и ишемическая болезнь сердца (18%), более чем у 20% пациентов отмечено сочетание этих патологий. Структура заболеваний органов пищеварения представлена воспалительными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта: гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (43%). Более чем у трети (36%) пациентов наблюдалась патология желчного пузыря и желчевыводящих путей. Среди других патологий в 10% случаев отмечены поражение печени, вирусные гепатиты, поражение кишечника (в том числе неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани преимущественно представлены псориатическим артритом (87%). Другими заболеваниями (13%) костно-мышечной системы и соединительной ткани являлись остеохондроз, артриты и артрозы. Болезни мочеполовой системы установлены в 6% медицинских карт. Чаще всего пациенты страдали хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью. Сахарным диабетом 2-го типа страдали 8% пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза, что необходимо учитывать при назначении терапии, т.к., по данным литературы, у данных пациентов возникает резистентность к инсулину и уменьшается активность инсулиновых рецепторов в связи с увеличением количества Т-хелперов 1 и 17 типов, происходит высвобождение воспалительных цитокинов, которые и вызывают развитие псориаза. Болезни нервной системы у исследуемой когорты пациентов представлены энцефалопатией, поражением отдельных нервов сосудистого генеза, нервных корешков и сплетений, полинейропатией.

Выводы. В профиле коморбидности у пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом лидирующее место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы (46%), органов пищеварения (32%), костно-мышечной системы (25%), эндокринной и нервной систем (8% и 6% соответственно).

СУБЪЕКТИВНЫЙ ШУМ В УШАХ НА ФОНЕ ПРИЕМА НИЗКИХ ДОЗ ИЗОТРЕТИНОИНА

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет
Новосибирск
Колерова А. В.

Клинический случай. Мужчина, 31 год, предъявлял жалобы на высыпания на коже спины и лица, которые присутствовали более 10 лет. На основании осмотра в августе 2023 года был выставлен диагноз «папуло-пустулезные акне средней степени тяжести». Около 1 года назад пациент получал лечение системным изотретиноином в суточной дозе 0,5 мг/кг/сут, но в связи с выраженным ксерозом пациент отменил терапию самостоятельно спустя 2 месяца после начала лечения. Было принято решение инициировать терапию изотретиноином в режиме 0,1 мг/кг/сут для улучшения комплаентности пациента с перспективой дальнейшего повышения дозировки до 0,5 мг/кг/сут. Целевая кумулятивная доза — 12300 мг. Через 2 месяца (кумулятивная доза — 480 мг) при осмотре определялись единичные воспалительные фолликулярные папулы. В связи с отсутствием новых жалоб, было принято решение повысить суточную дозу до 0,3 мг/кг/сут. При осмотре через 1 неделю выявлялось мелкопластинчатое шелушение кожи щек, подбородка, лба, крупнопластинчатое шелушение кожи красной каймы губ. На коже тыльных поверхностей кистей были выявлены буровато-красные бляшки с четкими, неровными краями. Высыпания пациента были расценены как проявления ретиноевого дерматита. Также пациент предъявлял жалобы на появление звенящего, выраженного шума в ушах. Травм головы в анамнезе нет, инфекционных заболеваний, эпизодов лихорадки не было в течение более 8 месяцев. Шум в ушах затруднял выполнение рабочих обязанностей пациентом, значительно нарушал качество жизни. Пациент консультирован оториноларингологом, неврологом, проведена аудиометрия — патологических отклонений не выявлено, МРТ головного мозга — без особенностей. Выставлен диагноз «Шум в ушах (субъективный)». На основании данных литературы о единичных случаях проявления ототоксичности системного изотретиноина, а также жалоб пациента было принято решение отменить прием препарата. Со слов пациента, интенсивность тиннитуса начала снижаться спустя 2,5 недели после отмены препарата. Далее шум стал прерывистым, разрешался на несколько часов. Указанная динамика сохранялось в течение 1 месяца. В конце декабря 2023 года шум в ушах полностью прекратился.

Обсуждение. Нарушение слуха на фоне приема изотретиноина выявлено у 2% пациентов [Kapala et al., 2022]. Установлено, что прием препарата сопровождается субклиническим снижением кровотока внутреннего уха на 9% спустя 3 недели после начала терапии [Karabulut H. и соавт., 2011]. Опубликованы случаи обратимой потери слуха, вызванной приемом системных ретиноидов, с улучшением состояния на фоне снижения дозировки [Mahasitthiwat V. и соавт, 2005], а также развития субъективного шума в ушах, который разрешился после отмены терапии [Boer J. и соавт., 2011; Rosende и соавт., 2011]. Можно предположить, что нарушение синаптической передачи, а также нарушение проводимости волокон слухового нерва являются причиной указанных проявлений. Другой возможной причиной нарушений слуха является развитие гиперлипидемии, что приводит к снижению васкуляризации внутреннего уха [Kemeriz и соавт., 2021].

Заключение. Наше наблюдение показало возможность развития нежелательных явлений со стороны органа слуха не только при ведении пациента на стандартных суточных дозах 0,5–1 мг/кг/сут, но и при приеме низких доз препарата.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ НА ФОНЕ ПСОРИАЗА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Ставропольский государственный медицинский университет
Ставрополь
Быков Ю. В., Беккер Р. А.

Введение. Кожа и нервная система человека в раннем эмбриональном периоде развиваются из одного и того же наружного, так называемого нейроэктодермального, листка зародышевой ткани. Во всех последующих периодах онтогенеза центральная нервная система (ЦНС) продолжает поддерживать тесную связь с кожей — более тесную, чем со многими другими органами и системами. Также накапливаются данные о том, что кожа — это не пассивный барьерный орган, а самостоятельный и весьма важный орган нейро-эндокринно-иммунной системы. В частности, в коже имеется локальный полнофункциональный аналог «стрессовой» оси «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (ГГН) и др. Показано, что состав кожной микробиоты может оказывать влияние не только на состояние кожи, но и на психический статус, причем не меньшее, чем состав микробиоты кишечника.

Цель. Обосновать целесообразность мультидисциплинарного подхода к лечению дерматологических пациентов с коморбидными психическими нарушениями.

Материал и методы. Представлено описание 33-летнего пациента, с подросткового возраста, страдающего тяжелой, распространенной формой псориаза. С 25 лет присоединились псориатический артрит и поражения ногтей. Пациент неоднократно обращался к дерматологам, получал назначения солидола, дегтярной мази, местных глюкокортикоидных средств (ГКС), ультрафиолетового облучения кожи (УФО), инъекции витаминов, рекомендации по диете. Эффект от лечения всегда был кратковременным и нестойким. Приверженность к использованию мазей была низкой в связи с косметическими проблемами («плохо пахнет», «пачкает одежду») и большим их расходом на такую площадь поражения. О возможности системного лечения псориаза и о целесообразности такого лечения при тяжелых его формах пациент осведомлен не был. На фоне переживаний, связанных со стигматизацией в обществе и с неосведомленностью людей о незаразности псориаза, у пациента развилась тревожная депрессия. Пациент ранее обращался к психиатрам, получал назначения пароксетина, эсциталопрама — без эффекта. Пациенту было назначено: венлафаксин с миртазапином до 225 и 45 мг/сут. После консультаций с профильными специалистами пациенту были назначены метотрексат 15 мг каждую субботу, фолацин 5 мг каждый день кроме субботы, лосьон с пробиотиком, пробиотики внутрь. При обострениях псориаза было рекомендовано применение местных ГКС. С учетом избыточной массы тела и сдвигов в липидном профиле крови, а также литературных данных об улучшении течения псориаза под влиянием метформина и статинов, пациенту были назначены метформин 2000 мг/сут и аторвастатин 20 мг/сут. Проводилась также психотерапия по поводу принятия своего тела. Следует

отметить, что федеральную квоту на применение моноклональных антител пациент получить не смог. Проводимое лечение привело к становлению у пациента клинической ремиссии как по линии дерматологического заболевания, так и по линии депрессии и тревоги. В настоящее время психотропных лекарств пациент не получает.
Результаты. Мультидисциплинарный подход к лечению психодерматологических пациентов, при котором на достижение ремиссии работают совместные усилия не только психиатра и дерматолога, но также и эндокринолога, иммунолога, гастроэнтеролога — весьма эффективен в преодолении резистентности.
Выводы. Необходимо более широкое применение мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Жукова О. В., Васильцова М. Ю., Урпин М. В.

Актуальность. Склеротический лихен вульвы (СЛ) — хронический Т-клеточно-опосредованный воспалительный дерматоз со склонностью к поражению кожи вульвы. Спектр клинико-патологических проявлений СЛ представлен разнообразными формами, из которых эрозивно-язвенная встречается наиболее редко, что вызывает проблемы с установлением диагноза у практикующих специалистов. Клиническая картина эрозивно-язвенной формы СЛ представлена кровоточащими болезненными эрозиями или язвенными дефектами на фоне гиперемии и атрофии кожи половых органов без предшествующего образования пузырей. В многочисленных исследованиях эрозии и язвы рассматриваются как маркеры тяжести заболевания. До настоящего времени не определено, является ли их образование следствием цикла восстановления-повреждения эпителия, свойственного лихеноидному дерматиту, или следствием травмы в результате трения и расчесывания.
Цель. Продемонстрировать проблемы ведения пациентки с СЛ вульвы и возможности повышения эффективности терапии.
Материалы и методы. Амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических и лабораторных данных.
Клинический случай. Пациентка В, 49 лет, обратилась в декабре 2023 г. в филиал МНПЦДК с жалобами на высыпания, зуд, боль в аногенитальной области, выделения, сопровождающиеся неприятным запахом. Данные симптомы беспокоили пациентку около 1 года, она связывала начало заболевания с перенесенной ОРВИ. Пациентка обращалась к гинекологам по месту жительства, ей был выставлен диагноз Острый вагинит, назначены свечи неомицин+нистатин+преднизалон+тернидазол интравагинально 1 р/д 10 дней — без эффекта. Также назначали свечи с клотримазолом интравагинально 1 р/д 8 дней — без эффекта. Был взят мазок на цитологию: цитограмма воспаления. Цитограмма соответствует цервициту. Интраэпителиальное поражение и злокачественные процессы отсутствуют. Сопутствующие хронические заболевания: Интрамуральная миома матки. Цистоцеле. Железодефицитная анемия 1 ст. Бронхиальная астма. Аллергоанамнез не отягощен. Локальный статус: процесс локализованный, хронический. На коже наружных половых губ в области вульвы с переходом на перианальную зону представлен белыми бляшками с выраженной инфильтрацией, чешуйками на поверхности, эрозиями и язвами 0,5–0,7 см в диаметре с неровным краем. Малые половые губы и клиторальный комплекс частично редуцированы. Кожа в очагах уплотнена. Была выполнена диагностическая биопсия кожи вульвы: эпидермис несколько утолщен, гиперкератоз, отмечается формирование субэпидермальных щелей. Отек и уплотнение коллагеновых волокон в верхней трети дермы. Вокруг сосудов, локализованных на границе между сосочковым и сетчатым слоями дермы, умеренная гистиолимфоцитарная инфильтрация. Заключение: патологические изменения соответствуют склероатрофическому лихену. Микроскопическое исследование на патогенные грибы — не обнаружено. При обследовании на ИППП: обнаружен ВПЧ — 51 тип. Лечение: крем мометазона фуроат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее крем клобетазола пропионат 0,05%, 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня эмоленты, через 40 мин после тГКС, 1 раз в день. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика: значительное снижение субъективных и объективных симптомов.
Заключение. В настоящее время по-прежнему отмечаются сложности с установлением диагноза склероатрофический лишай. В большинстве случаев среднее время от появления симптомов до установления диагноза занимает 3–5 лет, в течение которых больные получают некорректное, неэффективное лечение, а симптомы прогрессируют. В литературе редко встречается описание эрозивно-язвенной формы склероатрофического лихена. Данным клиническим случаем мы хотели напомнить о разнообразии клинического проявления склероатрофического лихена и важности своевременной постановки диагноза.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АУТОИММУННЫХ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Жукова О. В., Хамаганова И. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Шалагинова А. В., Гурдуз В. В.

Введение. В настоящее время рассматривают такие виды аутоиммунной пузырчатки, как: обыкновенная пузырчатка, листовидная, эритематозная, вегетирующая, IgA-пузырчатки и паранеопластическая пузырчатка. Вне зависимости от формы заболевания требуется длительная системная иммуносупрессивная терапия, однако от формы болезни зависит первоначальная доза глюкокортикостероидов и необходимость назначения адъювантной терапии. Данная терапия назначается на длительное время с целью купирования патологического состояния, что нередко приводит к разнообразным осложнениям (желудочно-кишечные кровотечения, угнетение функции надпочечников, синдром Иценко–Кушинга, стероидный диабет, аритмия, миелодепрессия, также клинически значимы остеопороз и снижение устойчивости к инфекциям). По нашим наблюдениям, за последнее время среди пациентов ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В. Г. Короленко» участились случаи патоморфоза аутоиммунных буллезных дерматозов.
В ряде случаев необходимы расширенные исследования для постановки корректного диагноза и подбора соответствующей терапии, что впоследствии повлияет на качество жизни пациента. Принимая во внимание неоднозначность клинической картины заболевания и отсутствие её четкой корреляции с лабораторными данными, а также схожесть картины гистологического и иммуногистохимического исследований при различных формах аутоиммунных буллезных дерматозов, мы все чаще сталкиваемся с необходимостью проведения дополнительной лабораторной диагностики, а именно ИФА, с целью определения циркулирующих аутоантител к белкам десмосомального комплекса. Данный метод исследования не исключает необходимости проведения гистологического и иммуногистохимического исследования, а информативно дополняет их.
Клинический случай. Приводим клинический случай из практики, отражающий вышеизложенное. Пациентка 24 лет была госпитализирована в наше отделение с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, повышение температуры. С ее слов, летом 2023 года первые высыпания отметила в умбиликальной зоне в виде поверхностной эрозии, со временем высыпания распространились на кожу декольте и спины. Обратилась к дерматологу, выставлен диагноз «Стрептодермия», применялись анилиновые красители, без эффекта. В декабре на фоне инсоляции (во время пребывания в Таиланде) отметила распространение высыпаний в виде буллезных элементов с вялой покрышкой и серозным содержимым на кожу лица, волосистой части головы, туловища и верхних конечностей. На момент осмотра при поступлении на коже волосистой

части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей отмечались высыпания в виде слабо инфильтрированных эритематозных очагов размером до 8 см в диаметре, с четкими границами, на поверхности которых отмечаются единичные везикулы, эрозии, покрытые серозно-гнойно-геморрагическими корочками. Часть высыпаний представлена буллезными элементами до 1 см в диаметре, с серозным содержимым, с вялой покрышкой. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Дермографизм смешанный. Симптомы Никольского и Асбо–Ганзена отрицательные. На протяжении всего периода госпитализации отмечалась субфебрильная температура. При исследовании мазка-отпечатка и анализа пузырной жидкости: акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы — 1%. Другие лабораторные показатели без патологических изменений. Проводилось два гистологических исследования, были выявлены морфологические признаки IgA-пузырчатки и паранеопластической пузырчатки: Эпидермис с акантолизом в верхних отделах шиповатого слоя с образованием эрозивных дефектов. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью нейтрофилов инфильтраты. Иммуногистохимическое исследование показало, что иммуноморфологическая картина может наблюдаться при IgA-пузырчатке либо паранеопластической пузырчатке (межклеточное свечение IgG, IgA). При иммуноферментном анализе крови на антитела к десмоглеинам 1 и 3, IgA, энвоплакинам отмечалось повышение IgA. На основании клинических данных и результатов гистологического, иммуногистохимического, иммуноферментного исследования выставлен диагноз: IgA-пузырчатка. Начата терапия системными глюкокортикостероидами совместно с терапией сопровождения, а также цитостатическими препаратами. На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение.

Заключение. Полученные нами данные показали необходимость проведения иммуноферментного анализа биоматериала пациентов при подобных патологиях.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой»
Москва
Дацина А. В., Егорова О. Н.

Введение. Проблемы в диагностике септального панникулита (СПн) связаны с многообразием клинических и патоморфологических форм и отсутствием специфических маркеров заболевания. Ярким представителем СПн является узловатая эритема (УЭ).

Цель: определить клинико-лабораторные особенности УЭ у пациентов, направленных в ревматологический центр.

Методы. Обследовано 536 пациентов (м – 79, ж — 488) в возрасте от 16 до 75 лет, обратившихся в ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой с направительными диагнозами «узловатая эритема» или «панникулит» в 2015–2023 гг. Все больные обследованы по единому алгоритму: детальный опрос, тщательное физикальное обследование, лабораторные (включая определение уровней амилазы, липазы, α-1-антитрипсина, креатинфосфокиназы, С-РБ, анти-ДНК, антител к вирусам гепатитов В/С, иерсиниям, АСЛ-О и т.д.), инструментальные (КТ органов грудной клетки, УЗДГ сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов) и внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты. По данным проведенного обследования, в 396 (74%) случаях верифицирован СПн, представленный УЭ. В 168 (42%) случаях УЭ ассоциировалась с Streptococcus, иерсиниозом (5), гепатитом В (4), гепатитом С (1) и туберкулезом (2). У 157 (40%) больных верифицирован синдромом Лефгрена. У 22 (5,5%) пациентов с УЭ подтверждено ревматологическое заболевание: 11 — болезнь Бехчета, 6 — системная красная волчанка, 3 — реактивный артрит и у 2 — ревматоидный артрит. У 4 (1%) больных УЭ была обусловлена онкопатологией. В 5 (1,2%) случаях выявлен кожный узелковый полиартериит. УЭ зафиксирована у 28 (7%) беременных, преимущественно в I (триместре) (78,5%). В зависимости от основного заболевания, УЭ различалась по локализации, распространенности, размерам и ВАШ. Периферическая активность СПн отражала ведущую болезнь.

Заключение: выявленные особенности УЭ способствуют своевременной диагностике значимой патологии и назначению адекватной терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Симакова Н. А., Винник Ю. Ю.

Введение. Псориаз — одно из самых распространенных кожных заболеваний с окончательно неизвестными этиопатогенетическими механизмами. Последние годы исследователи все чаще говорят о псориазе как о системном заболевании, поражающем не только кожу, но и внутренние органы. Заболевание значимо ухудшает качество жизни больных, снижает их самооценку, социальную и сексуальную активность.

Цель. Выявить особенности антропометрических и биоимпедансометрических показателей у пациентов мужского пола первого зрелого возрастного периода (22–35 лет) в зависимости от тяжести течения псориаза.

Материалы и методы. В период 2021–2022 гг. на базе КГБУЗ КККВД № 1 обследовано 93 мужчины зрелого возрастного периода с установленным диагнозом вульгарный псориаз без диагностированной сопутствующей патологии. Всем пациентам проведены исследования: антропометрическое (измерения роста, веса, окружности талии, бедер, запястья), биоимпедансометрическое исследование (определялись параметры компонентного состава тела — жировая масса, безжировая масса, общая, внеклеточная и внутриклеточная жидкости, активное и реактивное клеточные сопротивления, фазовый угол). Всем пациентам рассчитан PASI (Psoriasis Area and Severity Index), демонстрирующий тяжесть течения и распространенность кожного процесса.

Результаты. Пациенты с тяжелым течением псориаза имели наибольшие показатели индекса массы тела 29,8±2,4, абсолютного и относительного содержания жировой массы 24,33±3,46 кг и 32,58±4,12 кг соответственно, общей жидкости 39,95±7,61 л. Кроме того, у пациентов этой группы определялся наименьший показатель фазового угла. У пациентов с легким и среднетяжелым течением псориаза ИМТ был в пределах референса — 22,3±2,8 и 23,1±3,3 соответственно, безжировая масса составила 52,62±5,19 кг и 56,20±5,97 кг соответственно. Наибольший показатель фазового угла 5,1±0,21 град выявлен у пациентов с легким течением псориаза.

Выводы. Несмотря на молодой возраст, у пациентов всех групп выявлен дисбаланс компонентного состава тела, причем наиболее выраженные отклонения выявлены у мужчин с тяжелым течением псориаза. Повышение жировой массы свидетельствует не только об избыточном питании и малоактивном образе жизни, но и о высокой вероятности метаболических нарушений, таких как нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет, дислипидемия, наличие которых повышает риск сердечно-сосудистых катастроф. Повышение содержания внеклеточной жидкости говорит о наличии отеков. Низкий показатель фазового угла, характерный для пациентов всех групп исследования, говорит о снижении метаболических процессов, низкой тренированности организма и выносливости, что особенно выражено у пациентов с тяжелым течением псориаза. Учитывая результаты исследования, пациенты с псориазом и отклонениями компонентного состава тела по результатам биоимпедансометрического исследования должны быть дообследованы врачами-терапевтами на предмет метаболических расстройств.

ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ЗУД И ТЯЖЕЛАЯ ДЕПРЕССИЯ У БЕРЕМЕННОЙ

Ставропольский государственный медицинский университет
Ставрополь
Быков Ю. В., Беккер Р. А.

Цель: представить описание клинического случая беременной с внутрипеченочным холестазом (ВХБ), сопровождавшимся сильным кожным зудом и развитием тяжелой депрессии. Описать особенности тактики ее совместного ведения психиатром, акушером-гинекологом, дерматологом, гепатологом и эндокринологом.

Материал и методы. Под наблюдением находилась 30-летняя первородящая, у которой с 25-й недели начали развиваться ВХБ с сильным зудом, бессонница, тревога и депрессия. Акушером-гинекологом были назначены гепатопротекторы (урсодезоксихолевая кислота, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды, комплекс витаминов группы В). Психиатром были назначены обладающие сильными Н1, 5-НТ2А/С и 5-НТ3 блокирующими свойствами и противозудной активностью миртазапин (30 мг на ночь) и оланзапин (5 мг на ночь). Эндокринолог, в свете диабета беременных, добавил метформин 2000 мг/сут, а затем также глибенкламид 5 мг утром. Это привело к значительному улучшению, однако на 30-й неделе сильный кожный зуд возобновился. В связи с чем, согласно консультации дерматолога и гепатолога, рекомендовано добавить дексаметазон (4 мг утром), фенобарбитал 30 мг/сут в качестве индуктора глюкуронизации билирубина, налтрексон 50 мг/сут для уменьшения холестатического кожного зуда, а также рассмотрение вопроса об ускорении родоразрешения, поскольку лекарственная схема становится все более сложной, а чрезмерная медикаментозная нагрузка на мать и плод нежелательна. **Результаты.** Данное комплексное лечение позволило довести беременность, несмотря на все трудности, до 35-й недели, предотвратить тяжелые последствия ВХБ для плода и добиться рождения здоровой слегка недоношенной девочки весом 2380 г. После года девочка догнала в развитии доношенных сверстников.

Выводы. На сегодняшний день чрезвычайно важным является мультидисциплинарное ведение пациенток с ВХБ и депрессией, с участием психиатра, акушера-гинеколога, дерматолога, гепатолога, эндокринолога, терапевта.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»
Москва
Сысоева В. С., Сунятуллина Н. Р., Маркова Н. И.

Актуальность. Псориаз — хронический рецидивирующий дерматоз, имеющий генетическую предрасположенность к развитию. Клинически классическая форма заболевания характеризуется появлением на коже четко ограниченных эритематозных бляшек с выраженным серебристо-белым шелушением. Но несмотря на то, что псориаз — преимущественно кожное заболевание, в настоящее время известно, что поражение кожи и ногтей — не единственное проявление псориатической болезни. Все чаще в современной литературе появляются сообщения о наличии коморбидной патологии, основанной на общих патогенетических механизмах.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов с псориазом, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-дерматовенеролога.

Материалы и методы. В исследование было включено 317 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с диагнозом «Псориаз обыкновенный», среди которых 151 (47,6%) женщина и 166 (52,4%) мужчин в возрасте от 40 до 75 лет. Анализ данных о соматической патологии был проведен на основании медицинской документации Единой медицинской информационно-аналитической системы.

Результаты. При анализе медицинских данных коморбидная патология была выявлена у 285 (89,9%) пациентов. Наиболее часто встречающейся жалобой стала болезненность суставов, которую отмечают 183 пациента (57,7%). При этом диагноз «Псориатический артрит» был подтвержден лишь у 18 пациентов (5,7%) и «Ревматоидный артрит» у 2 (0,6%). Вторыми по частоте встречаемости стали заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность) — 165 пациентов (52,1%). Патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит и синдром раздраженного кишечника) была найдена у 63 пациентов (19,9%). Сахарный диабет и болезни щитовидной железы (гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, токсический узловой зоб) диагностированы у 49 (15,5%) и 39 (12,3%) пациентов соответственно. О нарушении обмена жиров в виде сопутствующего ожирения, атеросклероза, гиперхолистеринемии и жирового гепатоза сообщается у 38 больных (12%). 30 (9,5%) наблюдаются с заболеваниями дыхательной системы (смешанная астма, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких). Под наблюдением врача-оториноларинголога с хроническими тонзиллитом, фарингитом, ларингитом и ринитом состоят 19 (6%) человек. Мочекаменная болезнь беспокоит 27 (8,5%) пациентов, а о наличии хронического нефрита и хронической болезни почек осведомлены 12 (3,8%) больных. Патология гепатобилиарной системы (желчнокаменная болезнь, синдром Жильбера, хронические холецистит и панкреатит) встретилась у 17 (5,4%) исследуемых. Что касается нервной системы, у 5 (1,6%) диагностирована эпилепсия, а у 18 (5,7%) — расстройства вегетативной нервной системы. Сопутствующей кожной патологии не было выявлено ни у одного из пациентов. Все пациенты находятся под наблюдением и получают соответствующее лечение у врачей смежных специальностей (терапевтов, кардиологов, эндокринологов и других).

Выводы. Как показывает исследование, у большинства больных псориаз сочетается с различными недерматологическими заболеваниями: скелетно-мышечными, кардиометаболическими, желудочно-кишечными и другими. Приведенные данные подчеркивают необходимость своевременной диагностики и мониторинга заболеваний, сопутствующих псориазу. Крайне важно продолжить изучение общих звеньев патогенеза и причин возникновения различных коморбидностей для назначения наиболее эффективного лечения и обеспечения оптимального ухода за пациентами.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ В ВИДЕ ЭРИТЕМЫ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ 311НМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФИЗИОТЕРАПЕВТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Пролетарский»
Москва
Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С.

Введение. Локальная узкополосная фототерапия 311нм — это метод физиотерапии, при котором очаг кожного патологического процесса облучается узким спектром излучения длиной волны 311нм, который избирательно действует на структуры кожи, что дает противовоспалительный, антипролиферативный и иммуносупрессивный эффект.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости побочных реакций в виде эритемы различной степени выраженности при локальной узкополосной фототерапии 311нм на аппарате «Ультрамиг-311р» в практике врача — физиотерапевта дневного стационара дерматовенерологического профиля.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 пациента дневного стационара дерматологического профиля в возрасте от 18 до 70 лет (17 мужчин и 15 женщин) с хроническими кожными заболеваниями, с фототипом кожи I–IV по Фитцпатрику, которым была назначена комплексная терапия (десенсибилизирующая терапия, антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды и физиотерапевтическое лечение — локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (UVB) на аппарате «Ультрамиг-311р»). Физиотерапевтическое лечение проводилось ежедневно, в течение 9 дней, начиная с 20 секунд воздействия на очаг, постепенно увеличивая время экспозиции на 20 секунд в зависимости от переносимости фототерапии. У 2 пациентов из 32 отмечена побочная реакция в виде умеренной эритемы, которая разрешилась самостоятельно в течении 3 дней после временной отмены фототерапии.

Результаты. Появление умеренной эритемы — это редкая побочная реакция, которая имеет место быть при проведении фототерапии.

Заключение. Безопасность применения фототерапии зависит от многих факторов, таких как определение фототипа кожи, контроля за дозой ультрафиолетового излучения, методики лечения, контроля интенсивности

излучения ультрафиолетовых ламп в аппаратах для фототерапии. Минимальную (начальную) дозу облучения определяют исходя из индивидуальной чувствительности пациента к ультрафиолетовому излучению в зависимости от фототипа кожи (по классификации Т. Б. Фитцпатрика). Задача врача физиотерапевта информировать пациента перед началом фототерапии о методике планируемого лечения, необходимости строгого соблюдения предписаний врача, а также о возможных побочных эффектах.

ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА HSF1 И HSF2 В КЛЕТКАХ КОЖИ МУЖЧИН С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федеральное государственное казенное учреждение здравоохранения «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»
Балашиха
Кандалова О. В., Елистратова И. В., Ляпон А. О.

Введение. Атопический дерматит (АД) — это хроническое воспалительное заболевание кожи, в патогенезе играет роль в том числе стресс. Белки теплового шока (Heat Shock Proteins, HSP) — это молекулярные посредники в проведении сигналов стресса в клетках, они участвуют в патогенезе АД [Елистратова И. В. и др., 2016]. Транскрипция HSP регулируется факторами HSFs, у человека их 6. HSF1 экспрессируется в клетках постоянно и отвечает за транскрипцию генов, содержащих «элемент теплового шока» (HSE). HSF2 экспрессируется в зависимости от стадии развития клетки и наличия патологических сигналов, участвует в регуляции аутофагии. При стрессе активируется HSF1, который повышает уровень HSP в клетке и поддерживает интеграцию протеома. Фосфорилирование по Ser326 — это важный момент транскрипционной активности HSF1. Активация HSF1 требует его локализации в ядре, тримеризации, фосфорилирования и связывания ДНК.
Цель работы — изучение экспрессии факторов теплового шока HSF1 и HSF2 в клетках эпидермиса кожи взрослых мужчин при обострении АД.
Материалы и методы. Биологический материал получен от 66 мужчин (18–36 лет) с АД и 24 доноров. Работа выполнена по международным правилам работы с биологическим материалом людей. Все участники подписывали форму информированного согласия. Критерии исключения из исследования: острые вирусные и бактериальные инфекции, системные, аллергические, воспалительные и онкологические заболевания. Для получения клеток кожи мы применили метод [Кандалова О. В. и др., Патогенез, 2012], основанный на получении соскоба эпидермиса кожи с помощью рабера в месте неповрежденной кожи рук после ее дезинфекции. Образцы гомогенизировали в полной среде RPMI-1640, фильтровали, отмывали в фосфатном буфере (PBS), клетки фиксировали в 4% параформальдегиде на PBS. Для определения экспрессии внутриклеточных белков клетки отмывали в PBS, доводили до концентрации $0{,}5x10^6$ степени клеток в 50 мкл и окрашивали моноклональными антителами к факторам транскрипции HSF1, HSF2, а также к фосфорилированному фактору (p)-HSF1 (все Invitrogen). Экспрессию белков анализировали на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson, США) по программе SimulSet. Результаты статистически обрабатывали по программе ANOVA, Сравнение между двумя группами проводили по критерию Стьюдента, данные представлены как M+\-m. Для анализа групп с малой выборкой использовали метод непараметрического анализа Ньюмена–Кейлса, при котором статистически значимые различия между группами даны как P<0,05.
Результаты. Определяли экспрессию факторов HSF1 и HSF2 по интенсивности флуоресценции в клетках кожи больных АД в зависимости от степени тяжести процесса. Было установлено, что у больных с легким течением АД (SCORAD<20) интенсивность флуоресценции (mean) HSF1 составляла 158+\-3 у.е., что достоверно выше, чем его уровень экспрессии у доноров (102+\-6 у.е.) (P<0,05). При более выраженной степени тяжести АД (SCORAD20–40 и SCORAD>40) интенсивность флуоресценции HSF1 составляла, соответственно, 164+\-7 у.е. и 175+\-6 у.е., то есть имелась тенденция к увеличению экспрессии HSF1 по мере возрастания степени тяжести АД, но статистически недостоверная (P>0,05). Для фактора HSF2 также было установлено достоверное увеличение уровня его экспрессии при АД легкой степени (SCORAD<20) по сравнению с показателями доноров (соответственно, 127+\-4 у.е. и 91+\-4 у.е., P<0,05). При средней степени тяжести АД (SCORAD20–40) mean флуоресценции HSF2–135+\-6 у.е., при SCORAD>40–148+\-5 у.е. (P>0,05 для этих двух групп и P<0,05 по сравнению с легким течением АД). Экспрессия активированной (фосфорилированной) формы (p)-HSF1 при АД легкой степени (SCORAD<20) составила 164+\-6 у.е., что достоверно выше показателей доноров (128+\-4 у.е., P<0,05). При более тяжелом течении АД уровень экспрессии (p)-HSF1 достоверно (P<0,05) повышался (186+\-4 у.е. и 203+\-5 у.е. соответственно при SCORAD20–40 и SCORAD>40). Таким образом, нами показано, что обострение АД у взрослых сопровождается выраженным повышением экспрессии факторов транскрипции HSF1 и HSF2 в клетках кожи по сравнению с донорами. Экспрессия активированной формы (p)-HSF1 повышается по мере прогрессирования тяжести течения АД, что отражает уровень стресса при АД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКОГО МИНОКСИДИЛА ПРИ ТРИХОРИНОФАЛАНГЕАЛЬНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава РФ, филиал «Российская детская клиническая больница»
Москва
Боткина А. С., Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Лазутина Е. В.

Трихоринофалангеальный синдром 1 типа представляет собой редкое генетическое заболевание, передающееся по аутосомно-доминантному типу, характеризующееся специфическими черепно-лицевыми и скелетными аномалиями, а также признаками эктодермальной дисплазии. В основе синдрома лежит мутация в гене TRPS1, являющемся одним из важных регуляторов активности роста костей и хрящей, а также посредством влияния на сигнальный путь Wnt, определяющий морфогенез волос и количество волосяных фолликулов. В результате снижения способности белка подавлять активность генов, регулирующих рост костей и хрящей, у людей с мутациями гена TRPS1 развиваются аномальные кости пальцев рук и ног, аномалии суставов, отличительные черты лица и гипотрихоз. Эффективных способов лечения трихоринофалангеального синдрома 1 типа в настоящее время не существует, все методы являются симптоматическими и направлены в первую очередь на коррекцию скелетных проявлений, советы по уходу за волосами и использование париков.
Цель: поиск новых методов лечения.
Методы: клинический результат оценивали с помощью ежемесячного осмотра, фотодокументации и трихоскопии. Побочные эффекты отслеживались на протяжении всего лечения.
Результаты. Под нашим наблюдением находится 1 ребенок 9 лет с клинически верифицированным, а затем подтвержденным молекулярно-генетическим исследованием трихоринофалангеальным синдромом 1 типа. Из анамнеза известно, что с рождения у ребенка наблюдался медленный рост и истончение волос. За все годы жизни волосы выросли на 4–6 см, в последние 7 лет она не стриглась. Гиперемии, зуда, болевых ощущений за все годы отмечено не было. Тщательно собранный генеалогический анамнез выявил аналогичные проявления у бабушки пробанда по материнской линии. Ребенок длительное время наблюдался по месту жительства с диагнозом Гнездная алопеция, получал курсами топические глюкокортикостероиды, витаминные препараты, физиолечение без выраженного клинического эффекта — густота и качество волос оставались неизменными. При клиническом осмотре были обнаружены тонкие слабо пигментированные волосы с максимальным симметричным поредением в лобно-височных областях. Симптом потягивания был отрицательным. При проведении трихоскопии определялись тонкие монохромно окрашенные волосы без признаков аномалии стержня, эритемы, чешуек и корок на коже головы. При проведении микроскопии определялись миниатюризированные волосяные луковицы. Также осмотр выявил низкий рост (менее 10 перцентиля), брахидактилию с клинодактилией, а также характерные фенотипические особенности. Интеллект ребенка соответствовал возрасту и образованию. При проведении рентгенологического исследования кистей были выявлены характерные для трихоринофалангеального синдрома конусообразные изменения эпифизов. Выявленные изменения побудили направить ребенка на консультацию к генетику и проведение генетического

тестирования, которое выявило в экзоне 6 гетерозиготный патогенный вариант c.2761C>T (p.R921*) в TRPS1, соответствующий аутосомно-доминантному трихоринофалангеальному синдрому типа 1. Ребенок был консультирован эндокринологом, от терапии гормоном роста было решено воздержаться. Для коррекции гипотрихоза мы назначили топический миноксидил в виде 2% раствора один раз в день 4 дня в неделю. После 5 месяцев лечения густота и длина волос значительно улучшились по всей коже головы. На всем протяжении лечения побочные эффекты не отмечались, признаков гипертрихоза на соседних или отдаленных участках обнаружено не было, изменений в лабораторных показателях также не отмечено.

Выводы. Таким образом, наружное применение миноксидила является многообещающим способом терапии пациентов с данным редким генотрихозом. Топический миноксидил усиливает кровообращение в области волосистой части головы, подавляет воспалительную активность, а также активирует сигнальный путь Wnt/beta-catenin, влияющий на дифференцировку стволовых клеток в фолликулярные кератиноциты, развитие волосяных фолликулов и увеличение длительности анагеновой фазы. Все это увеличивает рост и толщину волос, а также стимулирует покоящиеся волосяные фолликулы. Кроме того, редкость побочных эффектов топических форм миноксидила и удобство применения делают его приемлемым для педиатрической аудитории.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИД-ИНФЕКЦИИ

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет», Ростов-на- Дону
Гребенников ВА, Гребенникова СВ

Актуальность. Разработка средств терапии дерматологических аспектов, возникающих у пациентов после перенесенного ковид-19, значима. Выраженное выпадение волос, поражение кожи и ногтей при этой патологии связано, по-видимому, как с влиянием самого вируса, так и с побочным действием интенсивной лекарственной терапии.

Цель и задачи. Проанализировать изменение состояния волос, кожи и ногтей у пациентов. Разработать методику лечения выпадения волос у лиц, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы. Наблюдали 20 пациентов с ковид-19, из них 10 в стационаре и 10 амбулаторно. Мужчин было 10 и женщин 10 молодого и зрелого возраста. Оценивали состояние волос, кожи и ногтей. Определяли сроки начала поражения волос, в том числе их состояние в отдаленный период после завершения лечения поражения волос, связанного с перенесенным ковид-19 (через 6 месяцев). Анализировали проводившееся лечение, в том числе поражение волос, кожи и ногтей. Средства терапии: витаминно-минеральный комплекс лостерин по 2 капсулы 2 раза в день 3 месяца в сочетании с местным препаратом — миноксидил 2% — наносить 1 мл раствора 2 раза в день 3 месяца на волосистую часть кожи головы, также пациенты применяли шампунь лостерин 3 раза в неделю 3 месяца. Комплексное лечение дает видимый результат, восстанавливая структуру и рост волос. Состояние кожи и ногтей также нормализовалось после 3-х месяцев.

Основные результаты. Выделено два различных варианта поражения волос при ковид-19, первый ранний, связанный, по-видимому, с патогенным действием вируса, и второй более тяжелого течения отсроченный, обусловленный, вероятно, негативным действием лекарственной терапии ковид-19. Описана методика, примененная для лечения поражения волос, кожи и ногтей после перенесенного ковид-19. Повторно наблюдали данных пациентов через 6 месяцев — состояние волос, кожи и ногтей нормализовалось.

Заключение. Разработана методика лечения выпадения волос у лиц, перенесших ковид 19. Комплексное лечение дает видимый результат, восстанавливая структуру и рост волос, состояние кожи и ногтей.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России
Луганск
Радионов В. Г., Радионов Д. В., Хайминов Е. М., Невидомая А. А.

Одной из наиболее часто встречающихся (до 80%) форм рака кожи (РК) является базалиома. Злокачественные новообразования кожи в Российской Федерации занимают первое место среди всех опухолей и составляют более 12% в общей популяции онкобольных. На современном этапе оказания онкологической помощи больным РК, как в нашей республике, так и за рубежом используется достаточный арсенал инновационных, чаще радикальных методов лечения. Выбор метода лечения зависит от характера опухоли, её клинико-морфологических характеристик, количества очагов, их локализации, размеров, возраста пациента и его соматического состояния, а также от уровня профессиональной подготовки онкодерматолога. Цель исследования — представить собственный опыт использования криодеструкции в лечении базоцеллюлярной эпителиомы и обобщить результаты проведенных клинических исследований. Материалы и методы Одним из эффективных современных методов лечения больных новообразованиями кожи является криодеструкция — наиболее распространенный метод лечения в условиях амбулатории и дневного стационара. Под нашим наблюдением находилось 198 пациентов, которым на базе Луганского республиканского дерматовенерологического диспансера и первой в республике клинике онкодерматологии и косметологии ООО «Молекулярная диагностика плюс», была проведена криодеструкция базалиом различных локализаций, преимущественно в области головы и шеи. Среди них было 132 женщины (66,7%) и 66 мужчин (33,3%) в возрасте от 33 до 80 лет. Средний возраст в общей популяции составил 64,8 года. У большей части пациентов — 158 (79,8%) была установлена I стадия заболевания (T 1N0M0), а у 40 (20,2%) человек была установлена II стадия (T 2N0M0). Диагноз во всех случаях был подтвержден морфологически, после проведения инцизионной биопсии новообразования. Всем наблюдаемым проводилась аэрозольная криодеструкция при помощи криогенной системы «Cry-Ac Tracer», которая производителем оснащена комплектом наконечников, ограничивающих зону воздействия и расположенным над резервуаром криодеструктора инфракрасным датчиком контроля температуры охлаждения ткани непосредственно в очаге воздействия криоагента, которая при проведении процедуры составляла не менее 25–30ºС, в противном случае, при других параметрах воздействия наблюдались рецидивы опухоли. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о положительном эффекте и отсутствии рецидивов базалиомы у 96% наблюдаемых пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВУСА САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им.И.И. Мечникова; Санкт-Петербургский Медико-Социальный Институт
Санкт-Петербург
Белова Е. А., Левина Ю. В., Беленькова Ю. Б.

Актуальность. Невус сальных желез — эпидермальный невус, обусловленный пролиферацией и мальформациией в первую очередь сальных желез, а также других компонентов кожи (эпителиальных клеток, волосяных фолликулов, соединительной ткани, апокринных желез). Описан A. H. Mehregan и H. Pinkus в 1965 г. Является результатом дифференцировки полипотентных клеток в сторону зрелых сальных и апокринных структур. Именно полипотентной природой этих клеток объясняют развитие на его фоне других опухолей придатков кожи. Считается, что среди большинства опухолей и пороков развития эпидермиса и придатков кожи невус сальных желез (НСЖ) занимает третье место после папилломатозных пороков развития и трихоэпителиомы. По данным литературы частота перерождения невуса в злокачественные опухоли составляет 1,6–3,2%. **Материалы и методы.** За два года на кафедру дерматовенерологии СЗГМУ им.И.И.Мечникова и кафедру дерматовенерологии СПбМСИ обратились за медицинской помощью 39 пациентов с диагнозом невус сальных желез. Из них 19 человек уже обращались по поводу образований на коже в другие профильные клиники, при этом диагноз поставлен не был или устанавливались следующие диагнозы: вульгарные бородавки, папилломы, родимые пятна. 14 пациентов обратились на кафедру первично. Всем пациентам была проведена дерматоскопия (признаков атипии не выявлено), части пациентов было сделано гистологическое исследование кожи, подтвердившее диагноз (обнаружены акантоз, папилломатоз, гиперплазия сальных желез, недоразвитие волосяных фолликулов, значительное развитие апокринных желез); злокачественного перерождения выявлено не было. В большинстве случаев клиническая картина была типичной: на коже волосистой части головы или лица выявлялись солитарные мягкие, эластичные, блестящие бляшки овальной или линейной формы диаметром от 0,8 до 6 см. В ряде случаев процесс был представлен мелкими полушаровидными узелками розовато-желтого, оранжевого или песочного цвета с желобоватой или несколько папилломатозной поверхностью, лишенной волос. Иногда на поверхности имелись гиперкератотические массы. Большая часть пациентов (25 человек) обратились за помощью с целью избавления от косметического дефекта. 11 пациентов заметили, что очаги на коже увеличились в размерах и приобрели неровную поверхность, в связи с чем и было проявлено беспокойство. В этой группе 7 человек отметили, что подобные изменения появились после чрезмерной инсоляции, 3 человека сообщили, что изменения появились после травматизации очагов при травматизации расческой и 1 пациент указал на занятость на профессионально-вредном производстве. 35 пациентам проведено удаление образований на коже. **Результаты.** Невус сальных желез является часто встречающейся формой порока развития эпидермиса и придатков кожи. Отсутствие выявления случаев злокачественного перерождения НСЖ совпадает с данными литературы. Однако чрезмерная инсоляция, механические травмы, контакт с различными веществами на производстве могут спровоцировать выраженные морфологические изменения очагов, в связи с чем рекомендовано удаление НСЖ особенно, если он находится на открытых участках кожи или местах её травмирования. Вывод. Наблюдается высокая частота ошибок диагностики невуса сальных желез, в связи с чем необходимо улучшить информированность врачей амбулаторного звена (дерматологов, дерматокосметологов) о данной нозологической форме. Несмотря на редкую малигнизацию, ранняя диагностика и своевременное лечение является успешной основой профилактики онкологических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ С МЕТАСТАЗАМИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Останкинский»
Москва
Волкова С. Б., Герман А. О.

Меланома кожи — злокачественное новообразование, происходящее из клеток меланоцитарной системы, характеризуется агрессивным кли-

ническим течением, значительным метастатическим потенциалом, неблагоприятным прогнозом. Чаще это новообразование располагается на поверхности кожи, но может поражать слизистые оболочки и некоторые органы, например, глаза и кишечник. Меланома впервые выделена как отдельная нозологическая форма известным французским ученым Лаэннеком в 1826 году, изобретателем стетоскопа. Лаэннек описал несколько случаев так называемой черной опухоли и ввел для ее обозначения термин «lesmelanoses». Меланома обладает наибольшим показателем летальности среди всех онкологических заболеваний. В России меланома кожи почти в 1,5 раза чаще была диагностирована у женщин, чем у мужчин. Встречаются следующие разновидности меланомы: 1) поверхностно-распространяющаяся меланома, 70% случаев: как правило развивается у женщин, характеризуется горизонтальным ростом и в общем имеет благоприятный прогноз; 2) узловая меланома (нодулярная), 15%: чаще у мужчин, детей и подростков, характеризуется ростом в толщу кожи, считается самым неблагоприятным в плане прогноза типом; 3) акролентигинозная меланома 10%: известна и как подногтевая меланома, растёт также на кончиках пальцев, ладонях, встречается чаще всего у темнокожих лиц; 4) лентигинозная меланома 5%, развивается на фоне пигментного пятна (родинки), как правило на лице, главным образом у женщин, она характеризуется горизонтальным, медленным ростом и имеет наиболее благоприятный прогноз; 5) ахроматическая меланома встречается очень редко. Меланома характеризуется большим разнообразием клинической картины. Как в отношении расположения и размеров опухоли, так и в отношении ее консистенции и окраски. Меланома обладает способностью метастазировать практически в любой орган или ткань, что обусловлено способностью метастатических клеток обходить защитные механизмы организма, стимулировать ангиогенез и лимфангиогенез. Диагностика меланомы основывается на данных анамнеза, дерматоскопического исследования, а также прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала. К сожалению, даже при современном уровне развития медицины каждый третий случай меланомы заканчивается быстрым летальным исходом. Примерно половине пациентов не удается продлить жизнь дольше 5-ти лет. Пациент Я. 54 г. Впервые обратился в МНПЦДК ДЗМ филиал «Останкинский» в ноябре 2023 года с жалобами на образование на коже правого предплечья. Со слов пациента, считает себя больным в течение 3х лет, когда впервые, после солнечных ожогов в летний период отметил появление образования. За медицинской помощью не обращался. В течение последующих лет отметил активный рост образования вертикально и горизонтально. С сентября 2023 года отметил нарушение когнитивных функций, нарушение памяти, речи, трудность при письме, постоянные головокружения. При осмотре на коже правого предплечья отмечается объемное узловое образование с изъязвленной поверхностью, синюшно-черного цвета, возвышающееся над поверхностью кожи, размером 5х7 см. Дерматоскопия: бесструктурный сине-черный фон. При оценке новообразования компьютерной программой с искусственным интеллектом на аппарате «Фотофайндер-М»: высокая зона риска. Пациент был направлен к онкологу и неврологу. МРТ головного мозга: множественные внутримозговые образования левого полушария головного мозга, с кольцевидным накоплением контрастного вещества, вероятнее всего вторичного характера. Цитограмма соскоба с кожи: соответствует меланоме. Среди всех опухолей кожи меланома занимает особое положение. Составляя структурно не более 10% от всех форм рака кожи, она ответственна за 80% летальных исходов, приходящихся на эту группу опухолей. Факты поздней диагностики меланомы можно объяснить отсутствием онкологической настороженности, как у врачей, так и у пациентов. В специальной и предназначенной для широкого круга читателей литературе крайне мало уделяется внимания проблеме ранней диагностики меланомы, описанию диагностических признаков ранних стадий ее развития, тестам для проведения самодиагностики, хотя на настоящий момент накоплено достаточно данных о том, что активная пропаганда среди населения и медицинского персонала потенциальной опасности пигментных образований увеличивает число обращений пациентов к врачам и выявлений данного заболевания на ранних стадиях.

ПРЕДИКТОРЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

1ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава РФ; 2СПб ГБУЗ «КВД Невского района»; ЗКВМТ им. Н. И. Пирогова СПбГУ Санкт-Петербург

Чернякова О. И.1,2, Разнатовский К. И.1, Аликбаев Т. З.1,3, Вашкевич А. А.1,3, Александрова И. Б.2

Введение. Актинический кератоз — диспластическая пролиферация кератиноцитов с потенциалом злокачественной трансформации. Распространенность актинического кератоза (далее АК) зависит от уровня естественной инсоляции региона. Самая высокая заболеваемость регистрируется в странах, расположенных вблизи линии экватора, которые населены европеоидной расой, при этом уровень распространенности АК у пациентов более 40 лет достигает 60%. Актинический кератоз относится к группе предраковых заболеваний, хотя ряд авторов предлагает рассматривать его как рак in situ, так как поражение кожи возникает в результате клональной модификации ДНК в кератиноцитах, приводящее к потере полярности, ядерному плеоморфизму, нарушению регуляции созревания кератиноцитов и увеличению числа митозов, а также мутации в белке p53. Диагноз АК в сложных диагностических случаях необходимо подтверждать цитологическим или гистологическим исследованием. Учитывая наиболее встречаемую локализацию очагов АК в косметически значимых областях, чаще прибегают к неинвазивным методам диагностики. В настоящее время широко распространена дерматоскопия, которая облегчает проведение дифференциальной диагностики.

Цель исследования. Определить значимые предикторы раннего выявления плоскоклеточного рака на основании клинико-анамнестической характеристики пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 57 пациентов с верифицированным диагнозом актинический кератоз. Возраст пациентов варьировал от 55 до 90 лет, средний возраст составил 74 года (74,38±9,34), среди обследуемых было 6 мужчин (10,5%) и 51 женщина (89,5%).

Результаты. В ходе клинико-анамнестического анализа результатов обследования пациентов с актиническим кератозом отмечена высокая частота ранее перенесенных злокачественных новообразований (1/3 пациентов). Преимущественно органом локализации перенесенных ранее злокачественных новообразований (ЗНО) явилась кожа и подкожно-жировая клетчатка. У 55% пациентов пролечена базальноклеточная карцинома в анамнезе, у 25% — плоскоклеточный рак кожи, у 10% — меланома в анамнезе. У 15% обследованных пациентов отмечены злокачественные новообразования других органов и систем. Проведенный анализ подтверждает литературные данные о возможной наследственной природе развития злокачественных новообразований, а также актуальности проведения молекулярно-генетических исследований с целью оценки риска развития ЗНО. В результате оценки дерматоскопических признаков (паттернов) у обследованной группы пациентов выявлена положительная связь между наличием эрозивного паттерна и увеличением риска развития немеланомного рака кожи. Наиболее часто встречаемым у обеих групп пациентов с АК определялся клубничный паттерн (61% — 35 пациентов), тогда как эрозивный паттерн встречался у 18% — 10 пациентов. Другие признаки, такие как эритематозная псевдосеть, хризалиды, древовидные сосуды, увеличенные фолликулярные отверстия, эритема, атипичная пигментная сеть и пигментация, овоидные тела встречались реже (19%, 19%, 16%, 9%, 7%, 7%, 5% соответственно).

Выводы. Целесообразность проведения дерматоскопического исследования у пациентов с АК обосновано своевременностью выявления паттернов и оценкой возможного риска развития немеланомного рака кожи.

РАЗРАБОТКА МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ БИНАРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА (ИИ)

Приволжский исследовательский медицинский университет (ПИМУ) Нижний Новгород
Ускова К. А., Шливко И. Л., Гаранина О. Е., Клеменова И. А.

Введение. Неуклонный рост распространенности злокачественных новообразований(ЗНО) кожи требует совершенствования методов диагностики. Новое технологическое решение представляет компьютерное зрение, которое позволяет автоматически анализировать изображения новообразований кожи с использованием алгоритмов ИИ. Использование таких современных технологий улучшит эффективность и доступность диагностики новообразований кожи, а также сократит время, затрачиваемое на ожидание консультации специалиста. Для их успешного внедрения нужно обеспечить высокую точность работы нейронный сетей(НС). Необходимо создавать тренировочные и валидационные датасеты, регулярно обновлять и обучать НС, а также улучшать интерфейс приложения для удобства использования пользователем. Цель работы. Разработать НС и обучить ее бинарной классификации новообразований кожи с интеграцией ИИ в мобильное приложение «ПроРодинки».

Материал и методы. В качестве обучающего материала использовалась выборка из 7 680 клинических изображений новообразований кожи 4 нозологий: меланома, базальноклеточная карцинома(БКРК), невус, себорейная кератома(СК). Все снимки были отобраны согласно критериям включения. Все изображения прошли предварительный этап обработки, бинарно классифицированы и зашифрованы. Была создана база данных клинических изображений новообразований кожи, верифицированных патоморфологическим исследованием(ПМИ) или при его отсутствии оценено 2 независимыми экспертами и проведено дерматоскопическое исследование. Набор данных включал 7 680 клинических цифровых изображений, полученных от 6 892 пациентов с 2017 по 2019 гг. Данные изображения собирались ретроспективно высококвалифицированными экспертами 5 клинических центров. 5316 новообразований (55,53%) – верифицированные ПМИ; 2364 новообразований (44,47%) – диагноз установлен клинически и на основании дерматоскопического исследования. Доброкачественные новообразования-5045(65,7%): невус-3410(67,6%); СК-1635(32,4%). Злокачественные новообразования-2635(34,3%): БКРК-1621(61,5%); меланома-1014 (38,5%). Была создана и обучена НС классификации. Кроме создания и обучения ИИ был интегрирован в мобильное приложение «ПроРодинки», что обеспечило практическое применение широкой аудиторией пользователей.

Результаты. После периода обучения была проведена внутренняя валидация. Оценена чувствительность и специфичность НС бинарной классификации изображений новообразований кожи на 2 этапах обучения: после проведения 1 раунда обучения и после 3 раундов обучения. Для проведения 1 этапа внутренней валидации было собрано по 50 фотографий каждой нозологии (меланома, БКРК, невус, СК), подтвержденных ПМИ. По результатам проведенной внутренней валидации НС чувствительность составила-77,08%, а специфичность-76%. Второй этап валидации был проведен после проведения еще 2 раундов доообучения. На момент проведения второго этапа внутренней валидации(март 2023 г) на сервере приложения «ПроРодинки» хранилось около 500 тысяч изображений новообразований кожи, полученных от пользователей приложения. На 2 этапе внутренней валидации были взяты изображения, которые были использованы для тестирования НС на 1 этапе. Чувствительность составила-88,65%, а специфичность-86%. На основе отобранных изображений новообразований кожи проводились повторные раунды обучения. После проведения усовершенствования технологии обучения классифицирующей НС, введение 2 НС детекции чувствительность обученной модели достигла-92%, а специфичность-87%. Обсуждение. Классифицирующая глубокая НС за время работы прошла несколько раундов обучения. После проведения каждого раунда дообучения увеличивалась база обучения, уточнялась технология, в результате чего характеристики работы НС после каждого раунда улучшались. На текущий момент мобильное приложение «ПроРодинки» на базе ИИ прошло клинические испытания и получило статус медицинского изделия. Интеграция мобильных приложений для диагностики кожных новообразований в систему здравоохранения способна существенно усовершенствовать диагностический процесс, делая его более доступным, эффективным и удобным для пациентов. Для того, чтобы данные технологические решения эффективно выполняли свои функции, необходимо обеспечить высокую точность распознавания с помощью НС. Это зависит от качества начального обучающего датасета, постоянного совершенствования и обновления алгоритмов обучения НС, а также необходимо тесное сотрудничество между медицинскими специалистами и экспертами в области ИИ.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», ФИЛИАЛЕ «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО», ЗА ПЕРИОД С 2021 ПО 2023 Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Дурдыева М. М., Лыткина Е. А., Максимова М. В., Васильева А. Ю., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В.

Инфекции, передающиеся половым путем, — это заболевания, возникающие в результате передачи возбудителей между сексуальными партнерами различными путями: оральным, анальным или вагинальным. ИППП становятся серьезной проблемой для системы здравоохранения, поскольку многие инфекции остаются без лечения и приводят к потенциально серьезным осложнениям. Факторы риска, повышающие передачу ИППП, включают незащищенный сексуальный контакт с несколькими партнерами, наличие ИППП в анамнезе, сексуальное насилие, употребление алкоголя, проституцию, наличие сексуального партнера, у которого есть дополнительные одновременные сексуальные контакты или ранее были случаи ИППП в анамнезе, употребление наркотиков. Восемь наиболее распространенных ИППП включают четыре излечимые инфекции (хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомонада) и четыре поддающиеся ремиссии, но неизлечимые (гепатит В, вирус простого герпеса, ВИЧ и ВПЧ). Наиболее распространенным ИППП в мировой практике на сегодняшний день является вирус папилломы человека. По оценкам, инфицировано 80% сексуально активных людей, в том числе 42% взрослых в возрасте от 18 до 59 лет. ВПЧ часто протекает бессимптомно, особенно у мужчин, и может вызывать аногенитальные бородавки. В мире ежедневно регистрируется более 1 миллиона новых потенциально излечимых ИППП, большинство из которых протекают бессимптомно. Проведен анализ заболеваемости ИППП в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиале «Клиника им. В. Г. Короленко», с 2021 по 2023 г.: 2021 г. Сифилис — 131, гонорея — 52, хламидиоз — 75, трихомониаз — 6, Воспалительные заболевания. УГТ, ассоциированные с Mycoplasma genitalium,— 21, Воспалительные заболевания УГТ, ассоциированные с U. urealyticum, U. parvum и M. homini,— 24; Бактериальный вагиноз — 12; Урогенитальный кандидоз — 109; Урогенитальный герпес — 32; Аногенитальные бородавки — 228. 2022 г.: Сифилис — 150; Гонорея — 69; Трихомониаз — 11; Хламидиоз — 77; Воспалительные заболевания. УГТ, ассоциированные с Mycoplasma genitalium,— 19, Воспалительные заболевания УГТ, ассоциированные с U.urealyticum, U. parvum и M. homini,— 25; Бактериальный вагиноз — 8; Урогенитальный кандидоз — 66; Урогенитальный герпес — 20; Аногенитальные бородавки — 121. 2023 г: Сифилис — 135, гонорея — 64, хламидиоз — 82, трихомониаз — 2, Воспалительные заболевания. УГТ, ассоциированные с Mycoplasma genitalium,— 22, Воспалительные заболевания УГТ, ассоциированные с U. urealyticum, U. parvum и M. homini,— 28; Бактериальный вагиноз — 9; Урогенитальный кандидоз — 65; Урогенитальный герпес — 24; Аногенитальные бородавки — 245. Таким образом, заболеваемость ИППП с каждым годом растет. Однако отмечается незначительное снижение заболеваемости сифилисом и гонореей. Аногенитальные бородавки выявляются в значительном количестве по сравнению с другими ИППП, что подтверждает статистику. Для снижения роста заболеваемости необходимо проводить просветительскую работу среди населения, в особенности среди лиц молодого возраста.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С БЛПР — ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЗДНИХ ФОРМ СИФИЛИСА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Останкинский»
Москва
Волкова С. Б., Спицина Е. Г.

Биологически ложноположительные реакции на сифилис (далее — БЛПР) занимают особое место в практике врача-дерматовенеролога. По данным различных авторов, частота ложноположительных тестов колеблется от 5 до 20%, регистрируемых у лиц, не страдающих сифилисом и не болевших в прошлом. Ситуации с БЛПР делятся на острые и хронические (до 6 месяцев и более 6 месяцев соответственно). Если острые регрессируют самостоятельно после устранения вызвавших их причин (инфекционные и вирусные заболевания, употребление алкоголя, наркотиков, вакцинация, беременность), то ведение пациентов с хроническими БЛПР значительно усложняет профессиональную задачу врача-дерматовенеролога. Часто хронические БЛПР являются следствием аутоиммунных, эндокринных заболеваний, хронических патологий печени, сердечно-сосудистой системы, легких, старческого возраста. Однако хронические БЛПР наблюдаются и у практически здоровых молодых людей. Из многочисленных пациентов, обратившихся в филиал «Останкинский» в период с 2019 по 2023 год, особого внимания заслуживают три пациентки с диагнозом «БЛПР на сифилис» в прошлом (пациентка А., 49 лет; пациентка Б., 48 лет; пациентка В., 58 лет). Впервые БЛПР у этих пациенток были выявлены 10 лет назад. У всех наблюдались отрицательные значения нетрепонемных тестов, РИБТ и РИФ 200; положительные результаты — РПГА и ИФА (суммарные иммуноглобулины); слабоположительные результаты — РИФ с абсорбцией. Пациентки на тот момент не имели никакой соматической патологии, половые партнеры были обследованы, здоровы. Пациентка А. на момент обнаружения положительных серологических реакций оказалась беременной и на сроке 14 недель, получила пробное лечение бензилпенициллина натриевой солью в курсовой дозе 32 миллиона единиц (по одному миллиону единиц четыре раза в день внутримышечно, 8 дней), родила здорового ребенка. Пациентка Б. также была беременна, лечение не получала, ребенок здоров. Пациентка В. лечение не получала. Сроки КСК составляли: у А.— 1 год, Б.— 6 лет, В.— 3 года соответственно. Нарастание позитивности трепонемных тестов во время наблюдения ни у одной из пациенток не отмечалось. Пациентки А. и Б., ввиду профессиональной деятельности, регулярно проходили серологическое обследование на сифилис, результаты нетрепонемных тестов оставались отрицательными. Однако через 10 лет после установления диагноза «БЛПР на сифилис» при обследовании в филиале «Останкинский» выявилось резкое нарастание позитивности трепонемных реакций, особенно РИФ и РИБТ, до резко положительных. Все пациентки были направлены на консультацию в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» и после осмотра невролога, терапевта, окулиста, оториноларинголога и исключения специфической патологии внутренних органов с диагнозом «Сифилис скрытый поздний» получили специфическое лечение соответственно стандартам специализированной медицинской помощи. Таким образом, можно констатировать, что выявление случаев БЛПР у молодых, практически здоровых людей требует особого внимания и, возможно, проведения пробного лечения в дозах, эквивалентных терапии раннего скрытого сифилиса, при отсутствии тенденции к негативации серологических реакций после первого года наблюдения.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Москва

Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В.

Введение. Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), часто обращаются к врачу-колопроктологу с симптомами воспалительных заболеваний прямой кишки и анального канала (ВЗПА), которые, как правило, обусловлены инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Среди наиболее часто встречаемых симптомов ВЗПА: тенезмы, появление примеси крови, слизи и гноя в кале, неустойчивый стул, зуд в анусе, боль в прямой кишке и животе. Объективными проявлениями данной группы заболеваний являются эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) аноректальной области: перианальный дерматит, мукозит анального канала, проктит. У ВИЧ-положительных МСМ зачастую ВЗПА диагностируются как проявления основного заболевания, следствием которого, по мнению врачей общей практики, является иммунодефицит, что и приводит к развитию симптомов. Данный тезис является ошибочным, так как, согласно литературным данным, известно, что высокая распространенность ИППП в данной когорте пациентов является этиологическим фактором возникновения ЭЯП. Таким образом, пациенты остаются недообследованными и своевременно не получают должного лечения.

Цель исследования. Оценить влияние ВИЧ-инфекции на распространенность ИППП среди МСМ и ее влияние на клинические проявления ВЗПА.

Материалы и методы. Обследовано 855 пациентов с ВЗПА. Всем им были проведены осмотр, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК ИППП с использованием набора реагентов «АмплиПрайм» (ООО «НекстБио»). Статистическую обработку данных проводили в программе GraphPad Prism 8 с использованием критерия Fisher exact test и расчетом доверительных интервалов.

Результаты. ВЗПА обнаружены у 555 МСМ. Среди них проктит диагностировали у 88,1% (489/555), при этом у 25,8% (126/489) пациентов он сочетался с поражениями анального канала и перианальной кожи, а у 13,7% (76/555) были выявлены только поражения ануса или дерматит. ВИЧ-положительными (ВИЧ+) были 54,5% (297/555), отрицательный ВИЧ-статус (ВИЧ-) имели 46,5%. Среди пациентов с ВЗПА частота встречаемости *N. gonorrhoeae* составила 13,1% (215/855), *C. trachomatis (LGV)* — 32,6% (279/855), *C. trachomatis (URO)* — 10,8% (92/855), *M. genitalium* — 6% (51/855), *HSVI, II* — 14,9% (127/855), *T. pallidum* — 6,4% (55/855). При этом частота встречаемости ИППП в группе ВИЧ+ наблюдалась достоверно чаще (72,5%), чем в группе ВИЧ- (60%) (p=0,0004).

Частота встречаемости инфекций *C. trachomatis (LGV)* и *T. pallidum* была достоверно выше у ВИЧ+: 60,5%/35,8% (p=0,0001) и 12,7%/7% (p=0,04) соответственно. Частота встречаемости инфекции *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis (URO)* наблюдалась достоверно чаще в когорте ВИЧ-: 43,6%/33,3% (p=0,01) и 20,6%/12,9% (p=0,01) соответственно. Различия в клинической картине ВЗПА, вызванных ИППП, наблюдались у пациентов двух групп только с выявленной инфекцией *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis (LGV).* Так, в группе ВИЧ+ с выявленной гонококковой инфекцией эрозивно-язвенный проктит встречался достоверно чаще (33,3%), чем у ВИЧ- (16,3%) (p=0,0989), а катарально-фибринозный — в группе ВИЧ-, 18,4% и 0% соответственно (p=0,0249). В группе ВИЧ+ с выявленной инфекцией *C. trachomatis (LGV)* свищи диагностированы у 8,6%, а в когорте ВИЧ- отсутствовали (p=0,0289). В группе ВИЧ+ уровень наркопотребления встречался достоверно чаще (45,3%/29,2) (p=0,0001). ВИЧ+ пациенты достоверно чаще, чем ВИЧ- прибегают к практике группового секса (60,8%/42% соответственно) (p=0,0001) и случайных половых контактов (95,5%/85,6% соответственно) (p=0,0001)

Заключение. Среди ВИЧ+ МСМ определяется высокая распространенность ИППП с поражением аноректальной области, что может стать причиной возникновения ВЗПА и причиной обращения пациента к колопроктологу. При этом доктор должен понимать, что ВИЧ-инфекция не является причиной возникновения ЭЯП аноректальной области, и больной должен быть направлен на обследование к дерматовенерологу. У ВИЧ+ МСМ достоверно чаще встречается рискованное половое поведение, что и является причиной высокой распространенности ИППП в этой группе. При этом ВЗПА, обусловленные инфекциями с более тяжелыми клиническими проявлениями и последствиями, встречаются достоверно чаще (*C. trachomatis (LGV) и T. pallidum)*. Сопутствующий ВИЧ+ статус у пациентов с ВЗПА существенным образом не сказывается на течении заболевания.

ИСКУССТВЕННЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер» Ростов-на-Дону

Темников Д. В., Нестерова О. А., Марченко Б. И., Темников В. Е.

Актуальность. Значительный рост заболеваемости сифилисом в Ростовской области требует внедрения и развития наукоемких технологий аналитических исследований, методов прогнозирования и моделирования. Использование полученных результатов позволит, по-видимому, прогнозировать заболеваемость сифилисом в среднесрочной перспективе и на основании этого планировать лечебно-диагностические и организационные мероприятия.

Целью работы являлась апробация и оценка точности среднесрочного прогнозирования частоты заболеваний сифилисом среди жителей Ростовской области с применением искусственных нейронных сетей.

Материалы и методы. Аналитические исследования выполнены на основе данных отчетных форм о зарегистрированных в Ростовской области инфекциях, передаваемых половым путем, за период 2003–2021 годов, содержащих сведения о 25404 впервые выявленных случаях сифилиса. При первичной обработке материалов использован комплекс традиционных методов вариационной статистики. В рамках настоящего исследования была реализована апробация применения искусственных нейронных сетей (ИНС) в целях прогнозирования при ведении социально-гигиенического мониторинга. Примененные при прогнозировании заболеваемости сифилисом искусственные нейронные сети сформированы в среде пакета прикладных программ Matlab R2022a; обученные на основе алгоритма Левенберга–Марквардта (Levenberg–Marquardt method), предназначенного для оптимизации параметров нелинейных регрессионных моделей при решении задач о наименьших квадратах. Сравнительная оценка точности прогнозов частоты заболеваний сифилисом с 2018 по 2021 гг. (экстраполяционных по теоретическим линиям тенденций, рассчитанных способом наименьших квадратов и полученных с применением ИНС) выполнена на основе динамических рядов годовых показателей частоты заболеваемости сифилисом продолжительностью 15 лет (2003–2017 и 2005–2019 гг.). При нейросетевом моделировании применялись ИНС типа Feedforward backprop (сеть с прямым распространением сигнала и обратным распространением ошибки) и Cascade-forward backprop (каскадная сеть с прямым распространением сигнала и обратным распространением ошибки), задавалось различное количество нейронов в скрытом слое сети (от 20 до 45). Сопоставление точности полученных обоими методами среднесрочных прогнозов в отношении фактически зарегистрированной с 2018 по 2021 гг. частоты заболеваемости сифилисом осуществлялось на основе значений их абсолютных (абс) и относительных (отн%) погрешностей.

Основные результаты. При сравнительной оценке точности среднесрочных прогнозов, полученных методами экстраполяции по теоретическим линиям тенденций с 2018 по 2021 гг., абсолютная погрешность прогноза заболеваемости всеми формами сифилиса составила: 2018 г.— 3,45 абс. (отн. 28,34%), 2019 г.— 3,04 абс. (отн. 27,15%), 2020 г.— 4,62 абс. (отн. 61,33%), 2021 г.— 2,78 абс. (отн. 33,86%), с применением анализа ИНС: 2018 г.— 0,65 абс. (отн. 5,31%), 2019 г.— 1,41 абс. (отн. 12,60%), 2020 г.— 3,92 абс. (отн. 52,13%), 2021 г.— 3,29 абс. (отн. 40,02%). Сравнение погрешностей прогноза на основе регрессионной и нейросетевой моделей показало более высокую точность нейросетевой в 2018 и 2019 годах — в 5,34 (23,03%) и 2,15 (14,55) раз соответственно. Однако за 2020 и 2021 год наблюдалась обратная тенденция — 0,61 (–39,75%) и 0,48 (–36,15%).

Выводы. При сравнительной оценке точности среднесрочных прогнозов, полученных методами экстраполяции по теоретическим линиям тенденций и с применением ИНС, подтверждена более высокая точность нейросетевого

моделирования при стандартном течении эпидемического процесса. Сравнение точности прогноза нейросетевой модели и фактической заболеваемости показало высокую точность за 2018 и 2019, однако за 2020 и 2021 годы имеется значительные отклонения, по-видимому, связанные с организацией работы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19. Это позволяет рекомендовать проведение дальнейшей апробации метода при решении различных типов задач, а при положительных ее результатах — широкое внедрение нейронных сетей в технологии аналитических исследований.

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Колиева Г. Л., Кисина В. И., Гущин А. Е., Потекаев Н. Н., Полевщикова С. Ю., Хачатурян А. Ю., Романова И. В.

Важное значение для борьбы с распространенностью гонококковой инфекции имеет своевременность и эффективность лабораторной диагностики, определяющаяся частотой использования современных чувствительных и специфичных тестов. Необоснованное назначение комбинаций лабораторных тестов затрудняет интерпретацию полученных результатов тестов, что влияет на процесс установления диагноза и назначения адекватного лечения, а также приводит к необоснованным финансовым затратам.

Цель исследования: изучить сформировавшуюся практику лабораторного обследования на гонококковую инфекцию в учреждениях дерматовенерологического профиля в Московском регионе на основании научного ретроспективного анализа медицинской документации за период 2020–2022 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный научный анализ 151 амбулаторной карты пациентов с гонококковой инфекцией в 2 филиалах ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ за период 2020–2022 гг. Референс-тестом, на основании результатов которого был установлен диагноз гонококковой инфекции, являлся метод ПЦР в режиме реального времени (NCMT), позволяющий осуществлять одновременную детекцию N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium и T. vaginalis. Одновременно микроскопия проведена у 99 (65,6%; 94 мужчины и 5 женщин); культуральное исследование — у 57 (37,7%; 53 мужчины и 4 женщины) из 151 пациента.

Результаты. Всего гонококковая инфекция была диагностирована с помощью ПЦР-исследования (NCMT) у 151 (39%) пациента, из них 128 (85%) составили мужчины и 23 (15%) женщины. Установлено совпадение положительных результатов микроскопического исследования (обнаружение грамотрицательных диплококков) и ПЦР-теста (NCMT)) у 99 (65,6%) из 151 пациента, из которых мужчины составили 94 (73,4%) из 128 и женщины — 5 (48%) из 23 пациенток, что согласуется с данными литературы о низкой чувствительности и специфичности микроскопического метода у женщин, для которых характерно асимптомное течение гонококковой инфекции. Соответственно, у 52 (34%) из 151 пациента с положительным результатом теста ПЦР на N. gonorrhoeae при микроскопии грамотрицательные диплококки не обнаружены. Кроме этого, микроскопический метод позволяет обнаружить лишь морфотип бактерий, т.е. для установления принадлежности грамотрицательных диплококков к виду N. gonorrhoeae необходимо провести культуральное или молекулярное исследование. Совпадение результатов микроскопии и культурального метода отмечено у 45 (30%) из 151 чел., из них 42 (33%) из 128 составили мужчины и 3 (13%) из 23 женщины. Совпадение результатов культурального и ПЦР (NCMT) исследований отмечено у 57 (38%) из 151 чел., из них 53 (41%) из 128 составляют мужчины и 4 (17%) из 23 женщин. Известно, что культуральный метод является не только более трудоемким и длительным, но и весьма чувствителен к условиям транспортировки и выполнения, в связи с чем уступает по эффективности молекулярно-биологическим методам. Отмечен низкий уровень совпадения результатов одновременного применения микроскопического, ПЦР (NCMT) и культурального исследований: у 45 (30%) из 151 чел., из них мужчины составили 42 (33%) из 128 и женщины — 3 (13%) из 23 пациенток.

Выводы. 1. При отрицательном результате микроскопического метода исследования (грамотрицательные диплококки не обнаружены) и возможном неиспользовании ПЦР (NCMT) метода на N. gonorrhoeae диагноз гонококковой инфекции не был бы установлен в 52 (34%) случаях. 2. При наличии отрицательного результата культурального исследования на N. gonorrhoeae и возможном неиспользовании ПЦР (NCMT) метода на N. gonorrhoeae диагноз гонококковой инфекции не был бы установлен в 16 (22%) случаях. 3. Результаты анализа свидетельствуют о необходимости пересмотра сложившейся практики диагностики гонококковой инфекции — одновременного использования нескольких лабораторных тестов, обладающих различными параметрами чувствительности и специфичности, что затрудняет интерпретацию их дискордантных результатов и создает трудности для установления диагноза заболевания. 4. Включение молекулярно-биологических методов детекции N. gonorrhoeae в алгоритм диагностики гонококковой инфекции без одновременного использования других лабораторных тестов будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи и уменьшению необоснованных финансовых затрат.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» Луганской Народной Республики
Луганск
Русина Е. Н., Шатилов А. В.

В последние годы в Российской Федерации имеет место тенденция к росту заболеваемости сифилисом, в том числе поздними и неуточненными его формами. Среди поздних форм сифилиса все чаще регистрируются случаи сифилитического поражения сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Изучить особенности эпидемиологии и клинических проявлений позднего кардиоваскулярного сифилиса в Луганской Народной Республике (ЛНР) на современном этапе.

Задачи исследования. Проанализировать заболеваемость и эпидемиологию позднего кардиоваскулярного сифилиса среди населения ЛНР за период 2019–2023 гг., изучить особенности поражения сердечно-сосудистой системы при кардиоваскулярном сифилисе, определить пути совершенствования диагностики кардиоваскулярного сифилиса среди населения региона.

Материал и методы. В работе использованы данные форм статистического наблюдения по дерматовенерологической службе за период 2019–2023 гг., а также сведения учетных форм 003/у и 065/у, заполненных на больных поздним кардиоваскулярным сифилисом, получавших лечение в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР (ГБУЗ «ЛРДВД» ЛНР) за вышеуказанный период.

Результаты. Заболеваемость поздними формами сифилиса населения ЛНР за период с 2019 по 2023 г. увеличилась почти в 6 раз — с 15 случаев (1,0 случая на 100 тысяч населения) до 87 случаев (5,7 случая на 100 тысяч населения). Соответственно, удельный вес поздних форм сифилиса в общей инфраструктуре заболеваемости сифилисом увеличился с 32,6% в 2019 г. до 66,9% в 2023 г. Среди больных поздними формами сифилиса случаи кардиоваскулярного сифилиса в 2019 и 2020 гг. не регистрировались, тогда как с 2021 по 2023 г. было зарегистрировано 47 таких больных, в том числе 27 в 2023 г., что составило 31,0% от всех зарегистрированных в 2023 г. случаев поздних форм сифилиса. Диагноз позднего кардиоваскулярного сифилиса устанавливался по результатам комплексных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования с обязательной оценкой эхокардиографических признаков выявленной патологии. Все больные были в возрастной группе старше 40 лет, среди них превалировали мужчины (59,6%). Лечение проводилось в зависимости от тяжести имевшейся сердечно-сосудистой патологии в стационаре дерматовенерологического или кардиологического (терапевтического) профиля по схемам лечения согласно клиническим рекомендациям «Сифилис» от 2020 г. За период с 2021 по 2023 г. в стационаре ГБУЗ «ЛРДВД» ЛНР было пролечено 26 больных поздним кардиоваскулярным сифилисом. У всех больных диагностирован аортит, который у 4 (15,4%) был осложнен недостаточностью аортального клапана, у 5 (19,2%) — аневризмой аорты.

У 18 (69,2%) диагностирована ишемическая болезнь сердца, однако степень ее специфичности установить не представлялось возможным. Диагноз гипертонической болезни установлен у 15 человек (57,75). У 3 больных (11,5%) кардиоваскулярный сифилис сочетался с нейросифилисом. Из сопутствующих висцеропатий у 7 больных (26,9%) имела место эндокринная патология (сахарный диабет, диффузный или узловой зоб). У 19 (73,1%) диагноз сифилиса был установлен впервые в жизни, 7 (26,9%) указывали на лечение сифилиса в анамнезе. Почти у 2/3 больных нетрепонемные серологические тесты были негативными. Только 5 больных (19,3%) до установления диагноза первично обратились к дерматовенерологу, тогда как у 21 больного (80,7%) сифилис был выявлен при обследовании или лечении у специалистов других профилей (кардиологи, терапевты, эндокринологи, онкологи, неврологи, акушеры-гинекологи и др.).

Выводы. Характерная особенность позднего сифилиса на современном этапе заключается в тенденции к увеличению числа случаев поражения сердечно-сосудистой системы в виде аортита, в том числе осложненного недостаточностью аортального клапана и аневризмой аорты. Наличие сердечно-сосудистой патологии является прямым показанием к назначению врачами различных специальностей обследования таких пациентов с целью выявления кардиоваскулярного сифилиса с использованием трепонемных тестов на всех этапах оказания медицинской помощи.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТАКТИК

Московский Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы; Центр вирусной патологии кожи, филиал «Бабушкинский»
Москва
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р.

Целью данного исследования была оценка частоты повторных проявлений папилломавирусной инфекции аногенитальной области в зависимости от выбранной тактики лечения. Предпосылкой для исследования явились различия в рекомендациях федерального уровня по ведению пациентов с аногенитальными бородавками и подходами к их лечению, утвержденными ДЗМ. Федеральные рекомендации предусматривают поэтапное лечение, т.е. присоединение рекомбинантных интерферонов в комплекс терапии только в случае возникшего рецидива. Тактика ведения больных с аногенитальными бородавками в г. Москве предусматривает изначально комбинированное лечение, когда удаление вирусных новообразований проводится на фоне интерферонотерапии.

Задачами исследования было сравнить динамику рецидивов в зависимости от выбранной терапевтической тактики и показать преимущество комбинированного лечения в сравнении с монотерапией. Комбинированная терапия аногенитальных бородавок, официально утвержденная в г. Москве, базируется на их удалении на фоне назначения ректальных форм рекомбинантных форм интерферона альфа-2β в сочетании с антиоксидантами. В РФ продолжает сохраняться практика только удаления при первичном обращении пациента. Материалами исследования послужили данные ЦВПК МНПЦДК ДЗМ в период с 2013 года по настоящее время. Методология базировалась на оценке результатов лечения первично обратившихся в ЦВПК пациентов с первым эпизодом заболевания в сравнении с группой больных, направленных или обратившихся самостоятельно в ЦВПК с рецидивом инфекции. Отправная точка — 2013 год — была выбрана в связи с тем, что с этого года в МНПЦДК ДЗМ была официально утверждена комбинированная методика лечения аногенитальных бородавок. Следует отметить, что до 2013 года процент рецидивов ВПЧ-инфекции в учреждениях дерматовенерологического профиля г. Москвы составляла приблизительно 30–35%, что соответствовало средним показателям по РФ. В результате проведенного анализа эффективности терапии пациентов, находившихся на лечении в ЦВПК МНПЦДК ДЗМ за указанный период времени, было показано, что из года в год из 100% процентов больных приблизительно 70% составляли первичные пациенты, которые получали комбинированную терапию, оставшиеся 30% обращались с рецидивами из других медицинских учреждений, где им была проведена монотерапия аногенитальных бородавок деструктивными методами.

Оценка результатов комбинированной терапии показала, что в среднем повторные проявления аногенитальных бородавок возникали не более чем в 4% случаев. При этом у части пациентов нельзя было исключить вероятность повторного заражения, а не рецидива манифестации, в связи со сроками повторного появления клинических проявлений ВПЧ-инфекции. Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что при проведении монотерапии аногенитальных бородавок деструктивными методами частота их рецидивирования по-прежнему остается на высоком уровне и составляет в среднем 30%. Тогда как комбинированный метод лечения позволил существенно снизить риск повторной манифестации ВПЧ-инфекции. Комбинация деструктивных методов терапии аногенитальных бородавок, проводимых на фоне интерферонотерапии, дает и дополнительные эффекты. В частности, снижает риск заражения ВПЧ-инфекцией половых партнеров, а также повышают качество жизни пациентов.

РАБОТА МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО РЕФЕРЕНС-ЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса
Москва
Кошелев Ю. А., Кудрявцева Л. Е., Магарышкина О. В.

В 1983 году приказом по Главному управлению здравоохранения Мосгорисполкома и по инициативе главного врача Городской клинической больницы № 14 им. В. Г. Короленко Мыскина Валентина Степановича на базе больницы был организован Городской Центр по снятию с учета больных сифилисом (ГЦСУ). С 1983 по 2003 год Валентин Степанович Мыскин руководил Центром. С 1983 по 2003 год функцией ГЦСУ было снятие с учета больных, перенесших сифилис. С 2004 года функции Центра стали расширяться, и к 2019 году дополнительными функциями Центра стали: — Ведение единого городского электронного регистра пациентов, перенесших сифилитическую инфекцию; — Контроль качества специфического лечения, сроков клинико-серологического наблюдения, а также единого подхода к лечению; — Консультирование пациентов, тактика ведения которых представляет трудности; — Отбор пациентов для проведения спинномозговой пункции; — Обследование пациентов, направляемых для снятия с учета после перенесенного сифилиса специалистами смежных специальностей; — Обследование пациентов с поздними формами сифилиса до установления диагноза специалистами смежных специальностей; — Дообследование доноров крови с положительными серологическими реакциями на сифилис. В связи с расширением функций, возложенных на ГЦСУ приказом № 421 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» от 03.06.2019 г., он был реорганизован в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» (МГРЦДС). С 2003 года по настоящее время подразделением руководит Магарышкина Ольга Валентиновна. В штате Центра имеются врачи: дерматовенерологи, невролог, терапевт, офтальмолог, оториноларинголог, врач функциональной диагностики. МГРЦДС тесно и плодотворно работает с врачами дерматовенерологических учреждений департамента здравоохранения г. Москвы, учреждениями, участвующими в донорском обороте крови, и другими ЛПУ. Основная функция МГРЦДС — постановка окончательного диагноза при скрытых и серорезистентных формах сифилиса и контроль излеченности больных сифилисом. Для постановки окончательного диагноза МГРЦДС обладает всеми необходимыми смежными специалистами, которые помимо объективного осмотра осуществляют эхо-кардиографические исследования и диагностические люмбальные пункции. Таким образом, МГРЦДС обладает не только полным набором возможностей для диагностики сифилитической инфекции, но и способностью к подбору персонифицированной терапии в каждом конкретном случае. За период с 2021 по 2023 год в МГРЦДС снято с учета 5117 человек, из них 1211 человек по выздоровлению, 3815 человек как не разысканные, 18 человек в связи с переводом в другое ЛПУ, 73 человека в связи с реинфекцией. С июля 2019 года дообследованием доноров с выявленными положительными серологическими реакциями на сифилис занимается МГЦРДС. С 2019 года в МГРЦДС направлено 1607 извещений о донорах с положительными тестами на сифилис. 739 доноров явились

на дообследование. Выявлено 66 случаев сифилиса (м – 43, ж — 23). В структуре диагнозов у доноров преобладает сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний — 38 случаев. Однако встречаются как ранние формы сифилиса, в частности вторичный — 8 случаев, так и поздние формы — один случай кардиоваскулярного сифилиса: Пациент А., 38 лет, выявлен как донор в ГКБ № 12 им. В. М. Буянова, где при обследовании донорской крови ИФА+, RPR + от IV/2022 г. Из анамнеза: сифилис в анамнезе отрицает. Как донор обследовался впервые. Ранее на сифилис не обследовался. Постоянный половой партнер в течение 2 лет, со слов — обследована, здорова. При обследовании в МГРЦДС: — 20.04.2022: РМП отр., РПГА 4+1/2560, ИФА сумм. АТ +>17,3, IgM не обн., IgG + 8,1, РИФ 3+/4+, РИБТ 64% — 05.05.2022: РМП 1+, РПГА 4+1/5120, ИФА сумм. АТ + >17,2, IgM не обн., IgG + 8,6–05.05.22 пациент осмотрен смежными специалистами: — невролог 05.05.22: неврологического дефицита нет. — офтальмолог 05.05.22: OU-Специфическая офтальмопатология не выявлена — терапевт 27.05.22: Гипертоническая болезнь. — ЭХО-КГ от 27.05.2022: Ао 2,7 см, восходящий отдел 4,3 см. АоК, МК — створки уплотнены. МР, ТР- 0–1 ст. ФВ 65%. ГЛЖ. По результатам ЭХО-КГ пациенту установлен диагноз кардиоваскулярный сифилис, направлен на лечение в филиал по месту жительства. МГРЦДС, как структурное подразделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», позволяет активно и централизованно дообследовать пациентов со скрытыми формами сифилиса, устанавливать окончательный диагноз и назначать наиболее эффективное лечение, а также принимать обоснованные решения о прекращении наблюдения за больными, перенесшими сифилис.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СТРАНАХ МИРА

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии
Москва Департамента здравоохранения Москвы
Попова Е. А., Фриго Н. В., Негашева Е. С., Васильцова М. Ю., Урпин М. В., Добржинская Н. А., Толстогузова Э. В., Глазунова Е. В.

Актуальность. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), — группа инфекционных заболеваний, имеющая значительную распространенность в странах мира и представляющая существенную угрозу общественному здравоохранению, поскольку способны протекать бессимптомно, вызывать воспалительные заболевания мочеполовой системы, впоследствии стойко нарушать репродуктивную функцию. Помимо поражения органов урогенитального тракта ИППП могут вызывать перитонит, сепсис, передаваться через плаценту и/или в процессе родов плоду, вызывая у новорожденных серьезные осложнения. Сдерживанию их распространения способствует эпидемиологический надзор, как локальный, так и общемировой.
Цель. Проанализировать эпидемиологические данные о распространении ИППП в странах Европы, США, Азии.
Материалы и методы. Проанализированы данные Европейского центра по борьбе с ИППП и Европейской системы для сбора, анализа и распространения данных об инфекционных заболеваниях (TESSy), Центра по контролю и профилактике заболеваний CDC (США), национальных отчетов Китайской Народной Республики (КНР) за период 2010–2019 гг. (Европа), 2010–2021 гг. (США), 1964–2018 гг. (КНР).
Результаты. В течение последнего десятилетия в странах Европы и США наблюдается рост заболеваемости сифилисом, гонококковой и хламидийной инфекциями. Выявлены высокие показатели заболеваемости сифилисом в КНР. Одними из «ключевых» групп, способствующих распространению ИППП во всех странах, являются мужчины, имеющие секс с мужчинами, а также молодые женщины 15–24 лет с сексуальным поведением высокого риска. Факторами распространения ИППП среди населения являются: промискуитет, секс без использования барьерных методов контрацепции, групповой секс, употребление психоактивных веществ до или во время секса, индустрия интимных услуг, социальная уязвимость и растущая популярность сайтов, социальных сетей и приложений для поиска сексуальных партнеров.
Заключение. Учитывая высокий уровень заболеваемости сифилисом, гонококковой и хламидийной инфекциями в странах мира, большое значение для предотвращения распространения ИППП, по мнению современных эпидемиологов, имеет развитие санитарного просвещения в ключевых группах населения, усиление эпидемического надзора, пропаганда безопасного секса, регулярное тестирование на ИППП в группах высокого риска и социально-уязвимых группах населения.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Мусакова М. В., Кисина В. И., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Баскакова И. Р.

Цель. Изучить факторы риска экстрагенитальных форм ИППП у пациенток дерматовенерологических учреждений г. Москвы за 2023 год.
Материалы и методы. В течение 2023 года в 3 филиалах МНПЦДК ДЗМ проведено анкетирование 55 женщин в возрасте от 20 до 71 года с диагностированными ИППП. Для идентификации возбудителей ИППП применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Получение биологического материала осуществлялось у всех пациенток как из урогенитальных, так и из экстрагенитальных локусов (ротоглотка, аноректальная область, конъюнктива глаз) в отдельные пробирки одноразовыми инструментами. На каждую пациентку заполнялась анкета для оценки социальных, демографических и поведенческих факторов риска ИППП. Анкета содержала в себе вопросы для оценки сексуального анамнеза (характер половых контактов, использование барьерных средств контрацепции, частота смены половых партнеров, ИППП в анамнезе, семейное положение, наличие детей). Изучались уровень образования, наличие постоянной работы.
Результаты. Все пациентки с выявленными ИППП были условно разделены на 2 группы: 1-я — 42 женщины в возрасте от 20 до 71 года с ИППП генитальной локализации; 2-я — 13 женщин в возрасте от 22 до 47 лет с экстрагенитальными формами ИППП (изолированно или в сочетании с урогенитальной локализацией). Согласно проведенному исследованию, субъективные симптомы урогенитальных заболеваний (боли внизу живота, патологические вагинальные выделения, зуд, жжение, диспареуния) отмечались у небольшого числа женщин среди обеих групп, и статистически значимых различий по этим показателям между группами получено не было ($p>0,05$). У большинства пациенток как 1-й (в 54% случаев), так и 2-й групп (в 73% случаев) наблюдалось бессимптомное течение ИППП, причем частота отсутствия симптомов была достоверно выше в группе пациенток с экстрагенитальными поражениями ($\chi2=5,63$; OR =0,49; F=0,03; $p<0,05$). Во 2-й группе субъективные симптомы выявлены у 4 пациенток (боль в горле или гиперемия и отечность конъюнктивы). Сравнение показателей двух групп пациенток показало отсутствие достоверных отличий в значениях среднего возраста (35,3±20,0 лет в 1-й группе и 30,6±12,5 лет во 2-й), возраста начала половой жизни (соответственно 17,8±4,5 и 17,0±2,5 лет), среднего количества половых партнеров в течение жизни (соответственно 4,3±3,9 и 5,9±4,5) и частоты смены половых партнеров в течение последних 6 месяцев до обращения (9% против 18%; $p>0,05$). Вместе с тем пациентки с экстрагенитальными поражениями существенно отличались от пациенток с исключительно урогенитальной формой ИППП более низким уровнем образования (меньшим процентом лиц с высшим образованием — 22% против 60%), меньшим процентом лиц, имеющих постоянную работу (46% против 76%), статусом замужней женщины (44% против 76%), наличием детей (33% против 54%), менее частым использованием традиционных видов сексуальных контактов (33% против 65%) и, напротив, более частым использованием орогенитальных (56% против 27%) и любых видов половых контактов (11% против 3%), значительно более редким использованием средств барьерной контрацепции (33% против 76%), т.е. имели рискованное сексуальное поведение, что позволяет рассматривать отмеченные показатели как факторы риска развития экстрагенитальных форм ИППП.
Выводы. Согласно полученным данным, пациентку с повышенным риском ИППП можно охарактеризовать следующим образом: не замужем, без детей, не имеет высшего образования/постоянной работы, не использует барьерные

средства контрацепции, практикует разнообразные сексуальные контакты (орогенитальные, аногенитальные, традиционные). Данные факторы риска экстрагенитальных форм ИППП следует учитывать при изучении анамнеза женщин, обращающихся для обследований на ИППП.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕТРЕПОНЕМНЫХ И ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОГО ПОЗДНЕГО СИФИЛИСА

Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.

Актуальность. На сегодняшний день скрытый поздний сифилис характеризуется отсутствием клинических проявлений. Для установления диагноза используются непрямые методы серодиагностики: нетрепонемные (РМП) и трепонемные (ИФА IgG, РПГА) тесты.
Цель. Провести сравнительную оценку результатов нетрепонемных и трепонемных тестов, полученных при исследованиях крови пациентов обоего пола, наблюдающихся в КГБУЗ «ККККВД № 1» за период 2020–2023 гг. с диагнозом скрытый поздний сифилис.
Материалы и методы. В серологическом отделе клинико-диагностической лаборатории КГБУЗ ККККВД № 1 проанализированы результаты лабораторных исследований сывороток крови с использованием нетрепонемных и трепонемных тестов 100 пациентов со скрытым поздним сифилисом.
Результаты. Полученные результаты лабораторных исследований в сыворотке крови распределены на 5 групп: 1. РМП отрицательно, ИФА IgG и РПГА с титром до 1:160–9 пациентов 2. РМП отрицательно, ИФА IgG и РПГА с титром от 1:320 до 1:640–49 пациентов 3. РМП отрицательно, ИФА IgG с титром до 1:160, РПГА с титром от 1:320 и выше — 7 пациентов 4. РМП положительно (до 3+), ИФА IgG и РПГА с титром от 1:320 и выше — 23 пациента 5. РМП положительно (4+), ИФА IgG и РПГА с титром от 1:640 и выше — 12 пациентов. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее достоверными и эффективными тестами для постановки диагноза скрытого позднего сифилиса являются ИФА IgG и РПГА. Установлено, что при исследовании сыворотки крови больных скрытым поздним сифилисом наибольшее число позитивных результатов было получено в таких трепонемных серологических тестах: ИФА IgG (100%), РПГА (100%).
Заключение. Необходимо отметить, что на сегодняшний день в отношении ИФА IgG и РПГА не разработаны референсные границы с целью интерпретации результата лабораторного исследования в сыворотке крови. Остается непонятным, какие титры антител можно отнести к низким показателям, а какие — к высоким. Согласно проведенному исследованию можно предположить, что референсные границы с титром антител в сыворотке крови до 1:160 относятся к низким титрам, а титр антител от 1:320 и выше — к высоким. Однако полученных данных для установки референсных границ, на наш взгляд, недостаточно, и необходимо проводить дальнейшие исследования.

КОСМЕТОЛОГИЯ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА С ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИГМЕНТАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Юго-западный». Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, кафедра восстановительной медицины и биомедицинских технологий. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН), факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института, кафедра физиотерапии
Москва
Потекаев Н. Н., Васильева Е. С., Мустафа Аль Замил, Гребенюк В. Н., Орлова К. А., Рождественская Е. А., Заторская *Н. Ф.*

Актуальность как медицинской, так и эстетической проблемы гиперпигментации кожи, негативное влияние на психическое состояние пациентов и снижение качества их жизни служат основанием для разработки новой лечебной методики, направленной на дермато-косметологическую восстановительную коррекцию пигментных изменений кожи для улучшения качества жизни. Перспектива — в частности, разработка фармакофизиотерапевтических методов, способствующих стимуляции процессов восстановления, повышению адаптационных и резервных возможностей кожи. Среди таких методов теоретические предпосылки для применения при изменениях пигментации кожи лица имеет низкочастотный ультразвук (частота 20–40 кГц), обладающий выраженным вазоактивным действием, активизирующим обменные процессы в тканях за счет активации мембранных. Кроме того, в настоящее время широкое применение в косметологии находит гликолевая кислота. При нанесении на кожу лица она оказывает выраженное кератолитическое действие с минимумом побочных эффектов.
Цель работы: научное обоснование комбинированного применения ультразвукового пилинга и пилинга гликолевой кислотой в лечении пигментации. Под нашим наблюдением находились 34 пациентки в возрасте от 40 до 56 лет с различными типами гиперпигментации кожи. Для проведения процедуры использовали аппарат ультразвуковой лечебно-косметологический программируемый УЗМТ 2.12–01 «Галатея». Для проведения гликолевого пилинга использовались препараты профессиональной линии «New Youth» (США) на базе гликолевой кислоты (50%) с низким pH — New Youth Perfect Peel 50% (pH 1,2), с нитратом стронция (ингибитором воспаления). Курс лечения состоял из 8–10 процедур (продолжительностью 15–20 минут) ультразвукового пилинга, проводимых через день, и 3–4 процедур гликолевого пилинга, проводимых 1 раз в нед. Аппликации гликолевой кислоты проводились непосредственно после ультразвукового пилинга. Лицам контрольной группы (30 человек) не применялись какие-либо физиотерапевтические воздействия, использовали только косметические средства по уходу за кожей лица (увлажняющие), идентичные средствам, применяемым в основной группе. Объективные показатели состояния кожи лица (эластичность, увлажненность, pH) измерялись на аппарате «Callegari Soft 5,5». Исследование проводилось в положении пациента сидя на стуле, после 5–10 минутной стабилизации гемодинамики в помещении, при температуре 20–23 °С и равномерном освещении. Под влиянием курса лечения у больных основной группы выявлена выраженная достоверная положительная динамика показателя гидратации кожи, проявляющейся повышением на 10,2 усл. ед., в то время как в группе контроля улучшение данного показателя — в среднем на 5,4 усл. ед. Аналогичная динамика была выявлена и при изучении показателя эластичности кожи, который в основной группе повысился в 2 раза по сравнению с контролем. Показатель pH снизился на 10,6%. Клинически это проявлялось, помимо осветляющего эффекта в области гиперпигментации, снижением сухости кожи, уменьшением шероховатости и неоднородности, что свидетельствует о позитивном влиянии коррекции с использованием комбинированного применения ультразвука и химического пилинга как на роговой слой, гидролипидную мантию кожи, так и на микроциркуляцию. Качество жизни у всех пациентов повысилось. Средний показатель индекса качества жизни уменьшился на 42,6%, в группе сравнения — на 23,0%. Таким образом, совокупная оценка регресса клинической симптоматики и динамики показателей специальных методов исследования по окончании коррекции показателей свидетельствовала об эффективности разработанного нами метода восстановительной коррекции пигментных изменений кожи лица у женщин при комбинированном использовании ультразвука и химического пилинга в 78%, что в 2,3 раза превышало результаты в группе контроля.

МЕТОДИКА «СКУЛЬПТУРА ЛИЦА» КАК РЕЗУЛЬТАТ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАПАТЕНТОВАННЫМ МЕТОДОМ ДРЕНАЖНОЙ МЕЗОТЕРАПИИ И ВОСПОЛНЕНИЕ ОБЪЕМОВ ФИЛЛЕРАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Клиника эстетической медицины Ольги Мороз
Москва
Мороз О. Н.

Методика дает возможности комплексной коррекции лица с помощью авторской методики «Скульптура лица» (патент на изобретение № 2721460 «Способ безоперационной коррекции формы лица» от 06 декабря 2019 г. Дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений РФ от 09 июня 2020 г.). В последние годы наблюдается смещение акцентов в омоложении с операционных методов на безоперационные техники. Это обусловлено меньшим риском развития опасных для здоровья осложнений, меньшим сроком восстановительного периода. Одним из эффективных методов безоперационной коррекции лица является мезотерапия, суть которой заключается во введении препаратов внутрикожно (так указано в инструкции). Техническим результатом является достижение требуемой формы лица за 3 процедуры, в том числе за счет устранения пастозности мягких тканей лица. Достижение указанного технического результата обусловлено следующей совокупностью существенных признаков: на основании визуального осмотра и пальпации определенных зон лица выбирают области, требующие коррекции, путем выявления нарушения содержания межтканевой жидкости и развития подкожно-жировой клетчатки. Скульптура лица — это сочетание мезотерапии с объемным моделированием, которое проводится в 3 этапа. 1-я процедура — объемное моделирование и мезотерапия; 2-я процедура — мезотерапия; 3-я процедура — мезотерапия. Неотъемлемой частью методики является использование лечебного бандажа в постпроцедурном периоде. Известны бандажные повязки для лица, состоящие из эластичной ткани, назначение которых состоит в подтягивании кожи лица, коррекции овала лица, устранении второго подбородка, подтягивании кожи после фейслифтинга. Уменьшение отека тканей лица в свою очередь обеспечивает улучшение микроциркуляции, а, следовательно, и лимфодренажной функции. Таким образом, реализуется комплексное противоотечное действие.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОЖИ ФРАКЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРАПИИ НЕИЗОЛИРОВАННЫМИ МИКРОИГЛАМИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский университет»
Нижний Новгород
Щенникова Н. К., Карпенко А. А., Петрова К. С.

Введение. На сегодняшний день рубцы постакне продолжают оставаться одним из самых частых запросов для коррекции в кабинете косметолога. Своевременное лечение акне — лучший способ предотвращения формирования рубцов. Но, к сожалению, зачастую отсутствие эффективной терапии приводит к формированию стойких изменений на коже, что в свою очередь негативно влияет на качество жизни пациента и на его психологическое состояние. Существующее многообразие методик коррекции атрофических рубцов постакне широко варьирует от малотравматичных пилингов гидроксикислотами до хирургической эксцизии рубцовой ткани. Наиболее современным методом лечения является неабляционная радиочастота (RF), которая работает путем прохождения тока через дерму на заданной глубине для создания небольших термических ран, что стимулирует ремоделирование кожи для получения нового коллагена и смягчения дефектов, при их применении на коже остаются интактные участки, благодаря которым процесс заживления проходит легче и быстрее. Так, было клинически доказано, что микроигольчатая фракционная RF-терапия приводит к эффективному восстановлению кожи при высоких показателях безопасности. Для объективной оценки ремоделирования дермы без проведения травматических манипуляций, без проведения гистологического исследования, предлагается проведение высокочастотного ультразвукового исследования.
Цель работы. Изучить возможности применения метода высокочастотного УЗИ в оценке ремоделирования кожи.
Материалы и методы. В этом исследовании был использован электронно контролируемый, микроигольчатый RF (Intensif applicator, EndyMed) для проведения процедуры коррекции атрофических рубцов постакне. Иглы вводятся в кожу с помощью электронного, управляемого, плавного двигателя, который предназначен для минимизации повреждения поверхности и дискомфорта пациента. Используя запатентованную электронику и разницу в импедансе между эпидермисом и дермой, устройство создает микрозоны коагуляции в папиллярной и ретикулярной дерме с минимальным повреждением эпидермиса. Радиочастотное излучение, поставляемое по всей длине иглы, позволяет лучше коагулировать и нагревать кожные ткани больших объемов по сравнению с изолированными иглами. Для оценки ремоделирования кожи был использован аппарат ультразвукового исследования и определения морфофункциональных параметров кожи, вариант исполнения — DUB SkinScanner со следующими техническими характеристиками: датчик ультразвуковой линейный с центральной частотой 22 МГц, глубина сканирования в В-режиме — 40 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме — 72 мкм, ширина сканируемого участка — 25 мм, также датчик ультразвуковой линейный с центральной частотой 75 МГц, глубина сканирования в В-режиме — 4 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме — 21 мкм, ширина сканируемого участка — 12,8 мм. Обработка полученных изображений проводилась с помощью программного обеспечения DUB. Результаты исследования демонстрирует клинический случай пациентки с множественными рубцами постакне, средней глубины, по типу boxed scars. Производили обследование кожи до проведения процедуры и после двух процедур микроигольчатого RF в той же анатомической области.
Результаты. В результате терапии было получено значительное улучшение внешнего вида шрамов от угревой сыпи. Глубина рубцов была существенно уменьшена (80%), рубцы регрессировали в поверхностную дерму, вытесненные нормальными коллагеновыми волокнами, произошло заселение новых эластических волокон в поверхностной дерме, ранее занятой рубцовой тканью. Результаты ВЧ УЗИ совпадали с наблюдаемым клиническим улучшением состояния кожи. Наблюдаются регенеративные эластические волокна в поверхностном сосочковом слое дермы, замена фиброза кожи эластическими волокнами. Мы можем наблюдать качественное изменение дермы, ремоделирование кожи, более плотное расположение регенерировавших коллагеновых волокон.
Обсуждение. Таким образом, высокочастотное УЗИ является очень информативным методом, позволяющим получить ответ на актуальные вопросы косметологии, в частности показать объективную эффективность коллаген-стимулирующих процедур. Позволяет визуализировать изменение структуры кожи. Благодаря объективной оценке мы убеждаемся в эффективности микроигольчатого RF для коррекции рубцов постакне при более комфортном восстановительном периоде и более высоком уровне безопасности для пациента.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИТЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОСМЕТОЛОГИИ

ООО «МАТРЕШКА БЬЮТИ»
Курск
Прибылова И. В.

Существует несколько классификаций осложнений после нитевого омоложения. Все их, по мнению некоторых авторов, можно условно разделить на временные часто встречающиеся и редкие. Временные — к ним относят незначительные побочные эффекты, проходящие самостоятельно и не требующие участия врача: это легкая боль, кратковременный отек, гиперемия, временная асимметрия, мелкие кровоизлияния, неровности контура, неглубокие втяжения в местах вкола или выкола иглы, умеренная скованность мышц в зоне воздействия, а также временная гиперкоррекция, если она не была сделана умышленно, в целях обеспечения лучшего результата. Редкие — к ним можно отнести срыв нити с точки фиксации, выход нити к поверхности кожи, втяжение кожи, инфекционно-воспалительные процессы или аллергические реакции и повреждение выводных протоков околоушных слюнных желез. Отсутствие результата, кстати, тоже расценивается как нежелательные явления (НЯ). Эти проявления уже требуют медицинского вмешательства. Я условно разделила НЯ на требующие и не требующие участия врача. В нашей практике чаще встречаются временные проблемы, возникающие, как правило, сразу после нитевых методик и проходящие самостоятельно в течение короткого времени. Например, боль и отек — симптомы, которые сопровождают любую травму, поэтому считаются вариантом нормы, если они умеренные. Боль, по мнению некоторых авторов, может быть вызвана нагрузкой на точку фиксации, чаще всего она возникает при установке лифтинговых нитей. Имплантация армирующих нитей дает значительно меньше побочных эффектов и осложнений — в связи с отсутствием точки фиксации, подверженной нагрузке, и значительного перемещения мягких тканей при выполнении процедуры. Отеки возникают в связи с травмированием мягких тканей и повреждением сосудов. Важно, что все эти проявления исчезнут самостоятельно или на фоне незначительного медикаментозного лечения в течение нескольких часов или дней. Что же касается гематом и отеков, то они бывают как незначительными, так и выраженными, обширными и, по мнению некоторых авторов, чаще возникают при применении нитей на носителях-иглах. Реже гематомы и отеки могут быть стойкими. Количество образующихся гематом и мелких кровоизлияний зависит от особенностей васкуляризации зоны коррекции, глубины установки нитей, вида инструмента для имплантации, особенностей анестезии и других факторов. В случаях возникновения обширных гематом в дополнение к медикаментозному лечению можно назначить физиопроцедуры. Прекрасный терапевтический эффект оказывают микротоки и IPL-терапия. Временная асимметрия, неровности контура, визуализация и втяжения в местах вкола также являются временными проявлениями и, как правило, не требуют вмешательства врача. Самостоятельно расправляются в течение нескольких недель. По мнению некоторых авторов, при использовании лифтинговых нитей наиболее часто встречаются болевые ощущения, образование складок кожи, а также гематомы, отеки и постпроцедурная асимметрия. Мой практический опыт совпадает с мнением коллег. В редких случаях подобные нежелательные явления требуют участия врача — если неровности не проходят самостоятельно, мы расправляем их вручную спустя несколько недель. Кроме того, чем больше избыток кожного лоскута, тем больше вероятность развития подобного сценария. Об этом лучше предупреждать пациента заранее. Реже встречаются осложнения, которые требуют вмешательства врача. Например, выход нити к поверхности кожи.

Если нить не имеет точки фиксации или насечек, то данное осложнение вполне предсказуемо, но не опасно: нить можно удалить или укоротить с помощью ножниц. В случае если нить имеет точку фиксации, возможными причинами появления НЯ могут быть: обрыв нити, разрыв нити, ее повреждение в процессе эксплуатации, а также производственный брак или анатомические особенности. Проблема обычно устраняется с участием врача — нить через прокол или небольшой разрез необходимо подтянуть и обрезать. В случае выхода нити за пределы кожи может произойти зацепление кожи и повреждение ее снаружи. Наличие открытого отверстия иногда приводит к воспалению и возникновению лигатурных свищей.
Выводы: 1. Лучше профилактировать осложнения, чем их лечить — на нитевой лифтинг выбирать правильных пациентов, корректный материал и техники. 2. Соблюдать стерильность во время проведения процедуры! 3. После проведенной манипуляции вовремя назначать осмотр (объяснять его важность) или поддерживать с пациентом дистанционную связь. 4. Грамотно дифференцировать осложнения и корректно их лечить.

ПАЦИЕНТ 65+ В КЛИНИКЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПО ПСИХО-МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ. ТОНКАЯ ГРАНЬ МЕЖДУ ЭЙДЖИЗМОМ И НЕГАТИВИЗМОМ

Институт медико-социальных технологий «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «РОСБИОТЕХ», Медицинский институт усовершенствования врачей», кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии
Москва
Гладько В. В., Измайлова И. В.

Доля пациентов в возрасте 65+, обращающихся в клиники пластической хирургии и эстетической медицины для коррекции возрастных изменений лица и тела, стабильно растет. В соответствии с прогнозами ВОЗ, доля населения в мире в возрасте 65+ лет к 2050 составит более 22%. Улучшение качества жизни повышает уровень физического и ментального долголетия. Пациенты в возрасте 65 лет и старше ведут активный образ жизни и заинтересованы в эстетической коррекции возрастных изменений лица и тела. Однако в современном обществе наблюдаются случаи проявления эйджизма, в том числе и в среде представителей поколения 65+. Задача эстетической коррекции состоит в максимальном удовлетворении целей эстетической коррекции в соответствии с ожиданиями пациента в этических рамках. Правильно оценить ожидания пациента и составить успешный индивидуальный план коррекции поможет классификация психо-морфологических типов. Если мы сравним представителей одного поколения, то можно четко увидеть отличия в отношении пациентов к целям и предполагаемым результатам эстетической коррекции. Предлагаемая нами классификация по 4 психо-морфологическим группам: 2 в консервативном поле, 2 в либеральном — позволяет более точно рассматривать сценарии эстетической коррекции с формированием индивидуальных планов для каждого отдельного пациента.

ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ КОСМЕТОЛОГА.

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Северо-западный медицинский университет Минздрава РФ им. И. И. Мечникова»
Санкт-Петербург
Дубовая Е. Г., Королькова Т. Н.

Сегодня мы живем в правовом государстве Российская Федерация (РФ). Основным методом регулирования отношений признан правовой. Законные интересы российских пациентов защищает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 6 называет приоритетными интересы пациента. В соответствии с п. 1 названной статьи, одновременно с исполнением основных профессиональных обязанности от врачей и всего персонала требуется «соблюдение этических и моральных норм, а также уважительное и гуманное отношение… при оказании медицинской помощи пациенту». То есть закон утверждает этические нормы поведения и общения медицинских сотрудников с пациентами. Это важно и ценно! Мы считаем, что как раз врачи об этом помнят, во врачебном сообществе существует достаточно четкое представление об этике и деонтологии. Есть и другие нормы, основанные на этике. Так, закон требует, чтобы пациент был доступно и полно информирован перед тем как даст свое согласие на лечение, и далее он должен информироваться в процессе лечения. Это правило не означает, что пациента ежеминутно нужно привлекать к процессу принятия решений. Речь идет о принятии решений об основных медицинских вмешательствах. И это обстоятельство недостаточно детально урегулировано правом. Врачи признают, что в процессе оказания медицинской помощи иногда возникают ошибки, которые могут причинить пациенту вред. Фиксация ошибок, их регистрация и анализ дают возможность улучшать качество лечения, осуществлять профилактику дефектов и адекватную компенсацию пострадавшей стороне. Пациентцентрированное здравоохранение рассматривают сегодня как путь к справедливой, эффективной и оптимальной по затратам организации общественного здравоохранения. Пациенты и пациентские организации должны иметь право участвовать в принятии решений в области здравоохранения, активно и сознательно вовлекаться в процесс принятия решений на всех уровнях и таким образом создавать ситуацию, когда пациент стоит в центре проблемы. Нельзя сводить участие пациентов только к выработке политики в области здравоохранения, но необходимо привлекать пациентов, например, к решению вопросов социальной политики, что в конечном итоге окажет положительное влияние на жизнь пациентов. Согласованность между внешним видом (и внутренним его восприятием) и психологическим состоянием человека сейчас подробно изучается и не получила еще исчерпывающего научного описания, но ее можно наблюдать на практике. Так, например, акне. Эта болезнь имеет патофизиологические причины, но одновременно тесно связана с душевным состоянием пациента. Тесно взаимодействуют клиническое течение заболевания и психологическое состояние, комфорт либо дискомфорт для пациента. Косметологи всего мира ежедневно уже сегодня учитывают данное обстоятельство, принимая решение о клинической тактике. Сами пациенты по-разному относятся к своему здоровью, сегодня есть правило, прописанное в названном же законе, статья 27, обязывающее пациентов заботиться о нем. Кажется, это само собой разумеется, но на самом деле не все так просто и ясно. Эта простота оказывается недоступной для сознания многих людей. Забота о собственном здоровье и инстинкт самосохранения — это одно, а ответственность перед другими за свою жизнь и здоровье –другое. Это та норма морали, которая до сих пор не приобрела императивного характера. Иждивенческая позиция в вопросе о собственном здоровье приводит, фактически, к новым болезням. И в этом смысле проблема ответственности каждого человека за свою жизнь и здоровье является одной из ключевых в медицинской этике. Но вопрос качества косметологической помощи остается компетенцией врача и его медицинской организации, какими бы переговорами с пациентами ни предварялось лечение. Кроме того, с точки зрения науки конфликтологии, причиной конфликта врача и пациента является впечатление пациента или его близких о неуважительном и невнимательном отношении персонала. Этически корректное отношение с внимательными разъяснениями — серьезная профилактическая мера для юридических конфликтов. Таким образом, признавая приоритет правового регулирования в медицине вообще и в косметологии в частности, необходимо признать следующее: косметолог, принимая взвешенные решения, наряду с профессиональными медицинскими знаниями, нормами медицинской этики и деонтологии использует свое эстетическое чувство и руководствуется внутренним пониманием необходимости, возможности и достаточности косметологической помощи.

ПОДОЛОГИЯ

ПАЦИЕНТКИ С ГЕЛЬ-ЛАКОМ КАК НОВАЯ ГРУППА ОНИХОДИСТРОФИЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Исаева В. Л., Овчинникова С. П., Малиновская В. В., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф.

Постоянное наращивание и окрашивание ногтей с использованием шеллака приводит к тому, что собственные ногти становятся ломкими, хрупкими, перестают правильно расти. Возможны такие последствия, как онихолизис, онихомикоз, бактериальные инфекции. В 1954 году стоматолог из Филадельфии Фред Слэк изобрел новый метод наращивания ногтей. Однажды он сильно повредил ногтевую пластину и попробовал восстановить форму ногтя при помощи акрила. Так мир узнал об акриловом наращивании ногтей. На сегодняшний день искусственный маникюр можно получить при помощи готовых пластмассовых ногтевых пластин; акрила; гелевой массы, обработанной ультрафиолетовыми лучами. Гель-лак — это что-то среднее между обычным лаком для ногтей и специальным составом, который применяется для наращивания ногтей. Химический состав гель-лака: мономеры и олигомеры, инициаторы фотополимеризации, растворители, пигменты, отдушка, формальдегид, толуол, дибутилфталат. Исследования показали, что аллергический контактный дерматит, вызванный химическими веществами акрила и гель-лаками, является актуальной проблемой для многих нейл-мастеров и потребителей. Сильными аллергенами и токсичными веществами являются метилметакрилат (ММА) и дибутилфталат. Первый из них добавляется в адгезивы для ногтей, а второй входит в состав лаков для ногтей и продуктов наращивания. Химическое вещество бутилированный гидроксианизол (ВНА), которое также используют производители гель-лакового покрытия, повышает риск возникновения рака желудка. Ученые призывают тех, кто носит гель-лак, как можно скорее отказаться от привычки грызть ногти или снимать покрытие зубами. Ультрафиолетовое (УФ) излучение может быть причиной образования меланомы, изменения тона кожи и образования пигментных пятен, ускоряет старение кожи. УФ-лучи лампы могут влиять не только на ногтевую пластину, но и на окружающие ее кожные покровы. На современном этапе контингент врача-миколога значительно «помолодел» вследствие обращений с ониходистрофиями. В 2023 году в филиале Юго-Западный МНПЦДК ДЗМ выявлено 1362 обращения с ониходистрофиями, что составило 35% от всех заболеваний ногтей (онихомикозы, ониходистрофии, онихогрифозы, вросший ноготь). При этом 38% (523 человека) — это лица трудоспособного возраста. Таким образом, пациентки с неинфекционными причинами (гель-лак, шеллак, травмы, врожденные аномалии, новообразования) составили достаточно большую группу среди обратившихся. Однако нельзя исключать их и из группы инфекционных патологий ногтей, так как очень часто вследствие ониходистрофии к уже поврежденным ногтям присоединяется вторичная грибковая контаминация, что в свою очередь ослабляет иммунитет, провоцирует развитие аллергических дерматитов, экзем. В рамках обсуждения полученных результатов необходимо отметить, что группа ониходистрофий вследствие нанесения гель-лаков нуждается в дальнейшем изучении, так как формирует отдельный кластер в заболевании ногтей. Использование гель-лаков может приводить к аллергическим реакциям на химические компоненты, к присоединению вторичной бактериальной и грибковой инфекции, травмам ногтей, а также онкологическим заболеваниям вследствие ультрафиолетового облучения.

ТРАХИОНИХИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Кабинет дерматологии и венерологии «DERMA ЭКСПЕРТ»
Курск
Саранюк Р. В.

Актуальность. Трахионихия представляет собой атрофический тип дистрофии ногтей, при котором отмечается появление множественных выраженных продольных борозд (непрозрачная трахионихия) или однородных множественных точечных углублений (блестящая трахионихия) на поверхности ногтевых пластин. Развитие трахионихии ассоциировано с целым рядом дерматологических и не дерматологических расстройств. Установлено, что наиболее часто трахионихия ассоциирована с наличием у пациентов гнездной алопеции, псориаза и красного плоского лишая. Реже трахионихия встречается у пациентов с витилиго, атопическим дерматитом и вульгарным ихтиозом. Из не дерматологических расстройств поражения ногтей по типу трахионихии описаны у пациентов с синдромом Дауна, амилоидозом и саркоидозом. Несмотря на известную и хорошо описанную клиническую картину при ряде дерматозов и прочих заболеваниях, ее диагностика зачастую вызывает трудности в условиях рутинного приема. Знание и сопоставление клинических и дерматоскопических признаков трахионихии позволяет не только верно поставить диагноз, но и объективно оценивать динамику проводимой терапии.

Целью данной работы являлось изучение и сопоставление клинических и дерматоскопических признаков трахионихии.

Задачами исследования являлись выделение наиболее часто встречающихся клинических и дерматоскопических признаков трахионихии; сопоставление клинических и дерматоскопических признаков; клиническая и дерматоскопическая оценка проводимой терапии.

Материалы и методы. В настоящую работу было отобрано 9 пациентов с диагнозом Трахионихия в период с 01.2023 по 12.2023 гг. Все респонденты являлись мужчинами в возрасте от 15 до 56 лет. У 5 пациентов был диагностирован диагноз Гнездная/универсальная алопеция, у 1 пациента отмечался красный плоский лишай, еще у одного эктодермальная дисплазия и у 2 было отмечено идиопатическое течение заболевания. У всех пациентов отмечался непрозрачный тип трахионихии. Всем пациентам было выполнено клиническое и дерматоскопическое исследование ногтевых пластин пальцев кистей и стоп с назначением лечения и тактикой дальнейшего наблюдения за состоянием ногтевых пластин и течением основного заболевания.

Результаты. Среднее количество ногтевых пластин, вовлеченных в патологический процесс, составило 8. При этом среднее количество выявленных пораженных ногтей при клиническом осмотре составило 5. При дерматоскопическом исследовании среднее число пораженных ногтей составило 9. Ведущими клиническими симптомами у пациентов с непрозрачным типом трахионихии были выраженные продольные борозды (87%), онихорексис (60%) и точечные углубления ногтевых пластин (35%). При дерматоскопическом исследовании дополнительно были выявлены следующие симптомы: формирующийся онихорексис (50%), продольные геморрагии ногтевого ложа (33%), изменения лунки ногтей (70%), онихошизис разной степени выраженности (24%). При оценке проводимой терапии у 6 из 9 пациентов отмечалось выраженное улучшение как при клиническом, так и при дерматоскопическом осмотре, что является определяющим с точки зрения дальнейшей тактики ведения пациентов.

Выводы. Совместное использование клинической и дерматоскопической оценки поражений ногтевых пластин при трахионихии является очень полезным диагностическим инструментом для полной объективной оценки существующего заболевания, выбора тактики ведения пациентов и оценки динамики проводимой терапии

ТРИХОЛОГИЯ

КЕРАТОМИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТРИХОЛОГА — СЛУЧАЙ БЕЛОЙ ПЬЕДРЫ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «РОСБИОТЕХ»
Москва
Сафонова Л. А.

Белая пьедра относится, по классификации Н. Д. Шеклакова 1976 г., к кератомикозам. Заболевание может встречаться повсюду, но чаще в странах с теплым и жарким климатом — Южной и Центральной Африке, Америке, Японии, Средиземноморье. Основными факторами риска развития заболевания являются повышенная потливость, несоблюдение правил личной гигиены. Встречается у лиц молодого возраста, чаще у мужчин. При кератомикозах поражения не выходят за роговой слой кожи и кутикулу волос. Белая пьедра обычно вызывается видами Trichosporon, такими как T. asahii, T. cutaneum, T. inkin, T. ovoidesand, T. mucoides. У пациентов с белой пьедрой наблюдаются небольшие, круглые или овоидные узелки грибка белого/беловатого или светло-коричневого цвета, прикрепленные к стержням волос или окружающие их; узелки мягкой структуры и легко отделяющиеся от стержня волоса. Их размер может варьировать от <1 миллиметра (мм) до нескольких мм в диаметре. Пьедра обычно возникает на волосах головы, но также может быть обнаружена на лице, в подмышках и на лобке. Субъективно пациентов ничего не беспокоит, кроме внешнего вида волос. Диагноз ставится при трихоскопии, золотым стандартом в диагностике является культуральный метод. Дифференциальный диагноз проводят с педикулезом в/ч головы. Для лечения используют противогрибковые наружные лосьоны и шампуни с 2% кетоконазолом, пероральные препараты тербинафина и итраконазола в течение 3–12 недель.

Клинический пример. На прием обратилась девочка 16 лет с жалобами на наличие «перхоти» на в/ч головы, которая беспокоит в течение трех лет. Ранее дерматологом был выставлен диагноз себорейного дерматита, который она лечила различными наружными средствами без видимого результата. При осмотре по всем стержням волос на в/ч головы имелись небольшие мягкие узелки молочного с желтоватым оттенком цвета, размером до 1–1,5 мм в диаметре, легко отделяющиеся от стержня волоса. Иногда узелки сливались до 1 см по длине, образуя «футляры». Пулл-тест был отрицательный. Под лампой Вуда свечение не отмечалось. При трихоскопии обнаружены скопления чешуек беловатого цвета, обхватывающие стержень волоса. Пациентке был выставлен диагноз «Белая пьедра» и назначена терапия тербинафином per os в течение 14 дней, наружно шампунь с кетоконазолом 2% 3 раза в неделю. Через 2 недели все высыпания на волосах разрешились.

Заключение. Белая пьедра может встречаться в нашем регионе. Врачи должны иметь определенную настороженность в отношении поверхностных кератомикозов и проводить своевременную и адекватную терапию.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ И РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АЛОПЕЦИЙ У ТРИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Клиника профессора Юцковской
Москва
Юцковский А. Д., Черненко О. А.

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости наиболее распространенных среди населения России дефицитных состояний у трихологических пациентов с диагнозами «Андрогенная алопеция» (АГА) и «Другая нерубцующая потеря волос» (Диффузное телогеновое выпадение волос, ДТВВ), оценка результативности лечения при дефицитных состояниях.

Материалы и методы. Использовались теоретические методы исследования — теоретический анализ материалов, научный синтез по материалам отечественных и зарубежных авторов, а также клинико-лабораторное исследование: осмотр, трихоскопия, исследование крови на витамин D (25-OH), железо, ферритин, витамин B12, общий белок. **Результаты.** Всего было проанализировано 30 пациентов: 15 с диагнозом АГА и 15 с диагнозом ДТВВ. Наиболее часто встречающимся дефицитным состоянием у пациентов обеих групп был дефицит витамина D (21/30, или 70% пациентов), дефицит ферритина (14/30, или 46%). При этом дефицит ферритина чаще встречался в группе с ДТВВ (9/14). Обе группы пациентов применяли только топическую терапию в течение 3 месяцев. Отклик на терапию был лучше у пациентов без выявленных дефицитных состояний.

Заключение. Дефицитные состояния влияют на скорость роста волос, а также могут быть триггером, запускающим процесс выпадения волос. Устранение дефицитных состояний должно производиться в начале курса терапии алопеций. Мы планируем дальше изучать эту тему для более глубокого изучения взаимосвязи дефицитных состояний и заболеваний волосистой части головы

МИМИКРИЯ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

«Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Гаджигороева А. Г., Гафуров Р. А.

Первичные рубцовые алопеции часто встречаются в практике дерматолога. При этом дифференциальная диагностика этих состояний может быть затруднена, что влияет на эффективность терапии. Представленный случай первичной рубцовой алопеции потребовал гистологического исследования с целью уточнения диагноза. Пациентка Б., 68 лет, обратилась с жалобами на поредение волос в области темени, которое беспокоило ее в течение 2 лет. Ранее лечилась в течение года у дерматолога с диагнозом «Плоский фолликулярный лишай» — без эффекта. При осмотре патологический процесс локализуется на коже теменной области справа, представлен очагом поредения волос размером до 5 см с нечеткими границами; pull-тест слабоположительный; в устьях волосяных фолликулов определяются плотные папулы, которые при трихоскопии определяются в виде перифолликулярных гиперкератотических чешуек белого цвета, в виде воротничка охватывающих основания волос, на стержнях волос определяются кератиновые муфты. В очаге облысения кожный рисунок сглажен, устья фолликулов не определяются. Местами кожа в устье фолликулов вокруг стержней волос эритематозна, с одиночными желто-красными корками, единичные устья фолликулов демонстрируют пучковый рост волос, наличие которых заставило усомниться в первоначальном диагнозе и провести пациентке диагностическую биопсию. Патоморфологическое заключение: в образцах кожи при биопсии эпидермис с умеренным акантозом, гиперкератозом; выявлены волосяные фолликулы в фазе анагена с умеренной перифокальной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией в области инфундибулярной части с примесью единичных плазматических клеток, что соответствует декальвирующему фолликулиту в стадии разрешения. С учетом клинической картины заболевания и результатов патоморфологического исследования пациентке назначена соответствующая терапия: антибиотик per os (миноциклин по 50 мг 2 р/д), наружно лосьон бетаметазона в сочетании с салициловой кислотой на очаги шелушения, гигиенический уход шампунем с цинкапиритионом. В докладе будут продемонстрированы клиническая картина заболевания и результаты лечения, а также обсуждены современные тенденции лечения декальвирующего фолликулита.

НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИНЫ 50 ЛЕТ

Клиника трихологии и косметологии «Наутилус»
Санкт-Петербург
Каюмов С. Ф., Рапопорт А. Л., Романова А. О.

Рубцовые алопеции (РА) — одна из сложных проблем в трихологии. Распространенность этой патологии составляет 5,0–7,3% всех случаев выпадения волос. РА характеризуются полным поражение пилосебацинного комплекса и необратимой потерей волос, но на ранних стадиях заболевания можно добиться роста волос. В настоящее время рабочей классификацией рубцовых алопеция является классификация, предложенная Североамериканским обществом исследования волос, которая основывается на патоморфологических особенностях течения болезни. Для дифференциальной диагностики РА важным является сбор анамнеза, оценка клинической картины, локализация и форма очагов на голове, клинические, биохимические анализы крови, специфические анализы на наличие аутоиммунных антител. Важны дерматоскопия волосистой части головы (трихоскопия) и патоморфологическое исследование (ПМИ). Однако дерматоскопические признаки не всегда дают ответ клиницисту. Чаще всего для постановки диагноза требуется совокупность неспецифических признаков на фоне клинической картины. На ранних стадиях РА дифференциальная диагностика крайне сложна, и целесообразно проведение диагностической биопсии на границе здоровой и воспалительной зон, где можно увидеть практически все этапы воспалительного процесса. Для диагностики РА важна правильная техника взятия биоптата, но клинико-патологическая корреляция имеет решающее значение для окончательного диагноза. Лечение РА, проведенное до трихоскопии и ПМИ, может сильно изменить патоморфологическую картину и повлиять на диагноз.

Цель. Провести дифференциальную диагностику между очаговой склеродермией и дискоидной красной волчанкой на примере клинического случая.

Материалы и методы. Больной Г., 50 лет, первично обратился к дерматологу с жалобами на папуло-пустулезные высыпания в височных зонах и затылочной области, зуд кожи головы. Был выставлен диагноз Перифолликулит Гофмана (абсцедирующий подрывающий фолликулит). Получал лечение: антибиотики тетрациклинового ряда, наружно — крем с клобетазола пропионатом 2 раза в день в течение 1 месяца. Помимо стандартных клинических и биохимических анализов пациент был направлен на дополнительные скрининговые анализы для выявления аутоиммунных заболеваний. Результат — отрицательный. Перед лечением была проведена биопсия с последующей ПМИ. Заключение патоморфолога: гистологические изменения характерны для склеродермии. Для второго экспертного мнения патоморфолога пациент был направлен в клинику трихологии и косметологии «Наутилус» для проведения повторной биопсии. При осмотре зон поражения кожи волосистой части головы определялись бляшки розового цвета с синеватой каймой и атрофией кожи в центре очагов потери волос. При трихоскопии определялись зоны разрежения роста волос. Цвет кожи в зоне поражения розово-красный. Слабо выраженный перифолликулярный гиперкератоз, единичные желтые точки, веллусные волосы по краю воспалительного процесса. Убедительных клинических и трихоскопических данных в пользу какого-либо заболевания не выявлено. Повторная биопсия была проведена punch-биоптатом диаметром 5 мм. Было взято два биоптата из разных зон на границе воспалительного процесса и здоровой ткани. Материал был отправлен в лабораторию UNIM Digital Pathology (технопарк «Сколково»). Патологоанатомическое заключение — дискоидная красная волчанка. У пациента был также повышен титр суммарных антител к антигенам Treponema pallidum IgG/IgM, титр IgG к Treponema pallidum. Пациент был направлен в КВД по месту регистрации для дальнейшего лечения и наблюдения.

Выводы. Диагностика рубцовых алопеций представляет собой сложную задачу в трихологии. Дерматовенеролог должен владеть методом дерматоскопии волосистой части головы. В сложных случаях для постановки диагноза обязательно требуется провести биопсию зоны поражения скальпа для дальнейшего ПМИ. Перед взятием биопсии не назначать или отменить лечение, так как это может привести к искажению картины воспалительного процесса и ошибочному патоморфологическому заключению. Обязательно назначение 4 анализов: гепатиты В и С, ВИЧ и сифилис.

ОНЛАЙН КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ТРИХОЛОГИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Консультативно-диагностический центр
Санкт-Петербург
Леденцова С. С.

Всеобщая доступность электронных девайсов, повсеместное распространение Интернета и социальных сетей, пандемия коронавирусной инфекции с вынужденной отменой очных визитов к врачу, перепрофилированием стационаров и введением режима самоизоляции так или иначе способствовали развитию цифровой медицины. Стало возможным собирать анамнез или проводить опрос, что является обязательным элементом утвержденной формы медосмотра, дистанционно. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Россия вошла в число лидеров по объему внедрения телемедицинских технологий с показателем проникновения подобных услуг, равным 14%. В 2021 г. в нашей стране было проведено порядка 4,95 млн телемедицинских консультаций различного формата, что на 9,7% больше, чем годом ранее. Однако телемедицина подходит не всем пациентам. Она прекрасно заменяет очные визиты к лечащему врачу, если пациент уже наблюдался и нуждается в интерпретации анализов и исследований. Но к первичным приемам многие врачи относятся крайне серьезно, предпочитая личную встречу с пациентом, что оправдано все нарастающим потоком неверно поставленных диагнозов после онлайн-консультирования. Как правило, это обусловлено невозможностью проведения диагностических инструментальных исследований, доступных только при очном варианте общения. Именно такую специфику имеет трихологический первичный прием, в который в обязательном порядке помимо общеврачебного осмотра и опроса входит специфическое исследование, в том числе инструментальное, в виде трихоскопии. Приводим несколько клинических случаев, демонстрирующих проблемы, возникающие при онлайн-консультировании первичных пациентов трихологического профиля. Клинический случай 1. Пациентка 32 лет, с жалобами на очаги потери волос в области скальпа, без субъективных ощущений, округлой формы. Обращалась для онлайн-консультации к врачу дерматовенерологу-трихологу, был собран анамнез заболевания и жизни, пациентка продемонстрировала доктору фото очагов, на основании полученных данных пациентке был выставлен диагноз: гнездная алопеция, очаговая форма. Назначено наружное лечение в виде мази с клобетазола пропионатом и наблюдение. Применение данной терапии в течение 1 года не привело к улучшению, более того, процесс ухудшался, площадь потери волос увеличивалась. Это стало основанием для очного визита к врачу, на котором были выявлены участки атрофии подкожно-жировой клетчатки в очагах потери волос, незаметные на фото, но четко визуализирующиеся при очном осмотре и пальпации, кроме того, определялась специфическая трихоскопическая картина по периферии очага в виде множества перекрученных волос Pilitorti в диффузном распределении, сосудистый рисунок, состоящий из коротких толстых линейных и ветвящихся извилистых сосудов и характерная для очагового поражения скальпа при склеродермии, что стало поводом для назначения биопсии и гистологического исследования, подтвердивших данный диагноз. Пациентка была направлена к врачу-ревматологу для исключения системного поражения. Клинический случай 2. Пациент 12 лет, проживающая в Мурманской области, с жалобами на очаги потери волос в области скальпа, бровей, ресниц. Родители пациента наблюдались у врача-дерматовенеролога с помощью онлайн-консультирования с диагнозом гнездная алопеция, субтотальная форма, на протяжении последних 3 лет. Назначалась различная терапия в виде наружных и системных глюкокортикостероидов, метотрексата внутрь, витаминотерапии — без всякого эффекта. При явке на очную консультацию в городе Санкт-Петербург, при осмотре и трихоскопическом исследовании выявились специфические признаки трихотилломании в виде волос, оборванных на различном уровне, также четко визуализировались «тюльпанообразные» и в виде «пламени» волосы. Пациент был направлен к врачу-психиатру для прохождения дальнейшего лечения и продолжил наблюдение в онлайн-формате у врача-трихолога. Таким образом, в настоящее время наиболее целесообразны в отношении первичных трихологических пациентов консультации с возможностью очного осмотра и проведением трихоскопического исследования, позволяющего провести грамотную дифференциальную диагностику и избежать ошибочной диагностики и лечения. В то время как проведение вторичных консультаций в онлайн-режиме предоставляется перспективным и улучшающим доступность медицинской помощи, особенно в регионах, удаленных от крупных федеральных центров.

РОЛЬ ГИСТАМИНА И H3/H4-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ И В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
Москва
Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Ханферьян Р. А.

Актуальность. Среди коморбидных патологий при гнездной алопеции (ГА) выделяют атопические болезни (АБ), которые оказывают неблагоприятное влияние на течение алопеции и, возможно, определяют специфический эндофенотип заболевания. Основным гистопатологическим признаком ГА является перифолликулярный инфильтрат, в состав которого входят тучные клетки, высвобождающие главный медиатор аллергического воспаления — гистамин. Гистамин также обладает иммунорегуляторным эффектом, оказывая влияние на синтез цитокинов и хемокинов через все типы гистаминовых рецепторов, особенно через рецепторы H1 и H4. Роль мастоцитов и гистамина в патогенезе ГА до конца не определена. Предполагается, что тучные клетки могут способствовать разрушению иммунной привилегии волосяных фолликулов, экспрессии молекул клеточной адгезии на эпителиальных клетках и активации цитотоксических CD8+ лимфоцитов.
Цель исследования: анализ роли гистамина и H3/H4-гистаминовых рецепторов в регуляции синтеза цитокинов Th1 и Th2 типа мононуклеарными клетками периферической крови (МПК) у пациентов с ГА, коморбидной с АБ, и у пациентов с ГА без атопии.
Материалы и методы. МПК, выделенные из цельной крови 10 пациентов с ГА и 15 пациентов с ГА в сочетании с АБ, культивировали в присутствии гистамина в концентрации 10–5М в мл и специфического антагониста H3/H4-рецепторов гистамина Ципроксифана (10–5М) в течение 48 часов. Цитокины ИФН-γ, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13 и ИЛ-17 в супернатантах МПК определяли методом ИФА с использованием анализатора ANTHOS2010 (Австрия).
Результаты. При культивировании МПК без гистамина и ципроксифана были получены следующие значения цитокинов (pg/ml) в супернатантах: у пациентов с ГА и АБ концентрация ИФН-γ составила 185,20±19,85, ИЛ-4–145,7645±69,44, ИЛ-10–194,51±18,65, ИЛ-13–168,91±28,45 и ИЛ-17–154,62±21,31; у пациентов с ГА без АБ концентрации большинства цитокинов были ниже и составили: ИФН-γ — 139,11±18,58; ИЛ-4–24,42±6,22; ИЛ-10–65,27±17,29, ИЛ-13–42,39±21,77, ИЛ-17–179,9058±92,96. После культивирования МПК в присутствии гистамина концентрация всех цитокинов в обеих группах увеличилась. При этом концентрация цитокинов ИФН-γ, ИЛ-4 и ИЛ-17 увеличилась больше в группе пациентов с ГА и АБ: 324,40±33,14; 547,65±23,65 и 438,10±29,25 соответственно. Блокада H3/H4-рецепторов отменяла цитокин-стимулирующий эффект гистамина, что выражалось в уменьшении уровня всех цитокинов более чем в 2,5–4 раза.
Обсуждение. Известно, что основные патофизиологические процессы при реакциях гиперчувствительности немедленного типа реализуются посредством активации H1-гистаминовых рецепторов. В то же время при атопическом дерматите применение антагонистов H1-рецепторов не оказывает значимого эффекта на подавление зуда и воспаления в коже. Открытие H4-гистаминовых рецепторов позволило выявить их экспрессию на многих клетках, включая иммунные, эпителиальные клетки и сенсорные нейроны. Данный тип рецепторов опосредует такие эффекты гистамина, как активация эозинофилов, базофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов. В настоящее время установлено, что гистамин оказывает влияние на различные клетки кожи преимущественно через H1 и H4 рецепторы, и H4-антагонисты рассматриваются как перспективная стратегия лечения АБ, прежде всего для купирования зуда и воспаления при атопическом дерматите. По строению H4-рецептор высокогомологичен H3-рецептору и на 58% тождественен ему в трансмембранных взаимодействиях, что позволяет применять общие антагонисты (H3/H4) для изучения участия этих рецепторов в иммунных взаимодействиях.
Выводы. Гистамин модулирует синтез цитокинов как Th2, так и Th1 профиля в МПК у пациентов с ГА, в большей степени при сочетании ГА и АБ. Антагонисты гистаминовых H3/H4-рецепторов устраняют эффекты гистамина, что указывает на возможную роль этого типа рецепторов в регуляции продукции цитокинов у больных ГА.

РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ И ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ФОЛЛИКУЛИТЫ: БАЛАНС МЕЖДУ ТРАДИЦИОННЫМ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ ПОДХОДАМИ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова»; Академия постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России»
Москва
Сорокина Е. В.

Необратимое повреждение волосяных фолликулов с фиброзом известно как рубцовая алопеция (РА) (cicatricial alopecias, scarring alopecias), классифицирующаяся на первичные и вторичные. Диагноз рубцовой алопеции ставится на основании клинико-патологической оценки. Гистопатология является золотым стандартом для окончательной диагностики РА, однако трихоскопия в качестве диагностического метода получает все большее распространение и в отдельных случаях может сравниться в достоверности с биопсией, особенно в случаях с плоским волосяным лишаем, фронтальной фиброзирующей алопецией, декальвирующим фолликулитом. Первичные рубцовые алопеции включают многочисленные воспалительные заболевания с характерными клиническими и гистопатологическими признаками, при которых в первую очередь происходит поражение и деструкция волосяного фолликула. К ним относятся декальвирующий фолликулит, подрывающий и абсцедирующий фолликулит и перифолликулит головы, хроническая дискоидная красная волчанка, плоский волосяной лишай, фронтальная фиброзирующая алопеция (Kossard), псевдопелада Брока. Раннее диагностирование дерматозов, проявляющихся рубцовой потерей волос, позволяет купировать прогрессирование процесса на ранних этапах и улучшить клинические результаты терапии. В настоящее время поиск новых терапевтических подходов продолжается, так как имеющиеся в арсенале методы лечения недостаточно эффективны и нуждаются в дальнейших масштабных контролируемых рандомизированных исследованиях. В данном сообщении будут представлены собственные наблюдения и данные литературы по клиническим особенностям, диагностике и терапии данной группы заболеваний.

ТЯЖЕЛАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ НА ФОНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ставропольский государственный медицинский университет
Ставрополь
Быков Ю. В., Беккер Р. А.

Цель. Представить описание серии из двух клинических случаев, в которых тяжелая (быстро принявшая субтотальный, сливной характер) гнездная алопеция развилась у пациентов на фоне посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В обоих случаях адекватно подобранное психотропное, системное гормональное и иммуномодулирующее лечение привело к ремиссии.
Материал и методы. Наблюдались 2 пациента мужского пола, 2004 г.р. (№ 1) и 1996 г.р. (№ 2). У пациента № 1 развитие ПТСР было связано с жестоким избиением, у пациента № 2 — с проживанием в зоне военного конфликта и последующим статусом вынужденного беженца. Оба пациента ранее обращались к дерматологу, трихологу и психиатру. У психиатра получали назначения различных антидепрессантов (АД), у дерматолога и трихолога — назначения глюкокортикоидных (ГК) мазей, стероидных инъекций интрадермально в очаги алопеции на голове, миноксидил местно, препаратов цинка и селена, витаминов внутрь — без эффекта. После обращения за консультацией к авторам настоящего тезиса оба пациента получили назначения АД флувоксамина (выбранного за его сигма-агонизм, сильные противовоспалительные и иммуномодулирующие свойства) до 300 мг/сут,

фенитоина (выбранного за его побочный эффект — гипертрихоз, а также за его ГАМК-агонизм) до 300 мг/сут, мелатонина (3 мг на ночь), ГК преднизолон 15 мг утром через день и иммуномодуляторов. У пациента № 1 это были такролимус по 0,5 мг 2 раза в день и месалазин по 500 мг 3 раза в день. Пациенту № 2 было назначено лечение метотрексатом 10 мг в неделю, каждую субботу, с фолацином 5 мг во все дни, кроме субботы, под контролем анализов крови и гидроксихлорохин в дозе 200 мг вечером после еды. Доза ГК была постепенно сведена к нулю к сроку 6 недель лечения.

Результаты. Постепенное восстановление роста волос у обоих пациентов началось на 6–8-й неделе терапии, и через 3 месяца волосы в очагах отрасли полностью.

Выводы. Комплексное психотропное, гормональное и иммуномодулирующее лечение эффективно и безопасно в лечении тяжелой гнездной алопеции на фоне ПТСР. Учет наличия сигма-агонизма у флувоксамина важен в данном контексте.

ФАЦИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФРОНТАЛЬНОЙ ФИБРОЗИРУЮЩЕЙ АЛОПЕЦИИ КАК ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» Москва

Гаджигороева А. Г., Романова Ю. Ю.

Фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА) — вариант первичной лимфоцитарной рубцовой алопеции с преимущественным поражением лобно-височной линии роста волос (краевая алопеция). ФФА рассматривается как неклассический вариант фолликулярного плоского лишая. В последние годы в России и в мире растет частота регистрации случаев ФФА, что отчасти может быть связано с повышением осведомленности специалистов о данной патологии. Помимо участков рубцовой краевой потери волос у значительной части пациентов с ФФА могут присутствовать выпадение бровей (латеральной части) и проявления дерматоза на лице — фациальные проявления (ФП). ФП могут предшествовать выпадению волос, хотя именно жалобы на их потерю являются причиной первичного обращения на консультацию к дерматологам, косметологам или к другим специалистам. Диагностика изолированных ФП дерматоза является непростой задачей, в части случаев изначальный диагноз у данной категории пациентов может быть неверным.

Цель: проанализировать особенности медицинского маршрута и клинических характеристик пациентов с ФФА.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карты пациентов с ФФА, наблюдавшихся в отделении косметологии ГБУЗ «Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» в период с июня 2022 по июнь 2023 года. При анализе медицинской документации учитывали историю обращений к специалистам, этапность появления симптомов ФФА (ФП, выпадение волос, потеря бровей), сопутствующие заболевания, предыдущие дерматологические диагнозы в отношении ФП у пациентов с ФФА.

Результаты. Было проанализировано 24 случая ФФА (24 женщины; средний возраст 48,2±16,1 — от 24 до 82 лет). В большинстве случаев диагноз был клиническим (включал, в том числе, типичные трихоскопические признаки) и в 10 случаях (41,7%) был подтвержден гистологическим исследованием. Средняя продолжительность заболевания составила 4,6±4,2 года, среднее время до установления диагноза ФФА у пациентов — 3,7±4,0 года. Средний возраст на момент появления симптомов составил 48,5 года. ФП в качестве дебюта симптомов дерматоза наблюдались у 50% пациентов (n=12). Из них 10 первично обращались к дерматологу или косметологу именно по поводу ФП, при этом кожные высыпания были трактованы как проявления акне, розацеа, демодекоза, милиумов, старческой атрофии кожи. Пациенток беспокоила неровность, шероховатость кожи, как правило без кожных сенсаций (зуда и пр.). Для лечения назначались соответствующие диагнозам топические лекарственные средства (метронидазол, ивермектин, бримонидин), средства уходовой косметики и косметологические манипуляции (IPL, фракционный лазер, биоревитализация, химические пилинги), как правило с незначительным эффектом. В одном случае пациентка сообщала о значительном ухудшении ФП ФФА после проведения процедуры химического пилинга (воспалительная реакция, стойкая эритема). В этом случае на стабилизацию состояния кожи после пилинга потребовалось более 1 года. Поражение кожи лица зарегистрировано у 75,0% женщин (n=18), поражение бровей — у 58,3% (n=14). ФП были представлены в виде невоспалительных папул в 66,6% случаев (n=16), ретикулярной эритемы — в 33,3% (n=8), пигментных пятен — в 50,0% (n=12). 58,3% женщин (n=14) находились в периоде менопаузы или перименопаузы. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были тиреоидит Хашимото — у 33,3% больных (n=8), гиперхолестеринемия — у 41,6% (n=10), артериальная гипертензия — у 33,3% (n=8).

Заключение. У значительной части пациентов с ФФА заболевание начинается с ФП. Косметологи и дерматологи неверно трактуют природу высыпаний, наиболее часто диагностируя розацеа. ФФА необходимо рассматривать как возможный диагноз при мелкопапулезных поражениях лица в области висков, а также в случаях их сочетания с латеральной потерей бровей и краевой алопецией у женщин пери- и менопаузального возраста, хотя заболевание может проявляться и у более молодых женщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК ПРИ ТЕЛОГЕНОВОМ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТРИХОЛОГА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Пролетарский» Москва

Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С.

Введение. Телогеновое выпадение волос — это диффузное выпадение волос, которые находятся в стадии телогена. Это происходит как следствие увеличения доли телогеновых волос на голове более 20%. Усиленная потеря волос может наблюдаться в течение 1–2 месяцев и более. Длительность телогеновой потери до 6 месяцев считается острой формой, свыше 6 месяцев — хронической. Телогеновая алопеция может быть вызвана множеством факторов, включая физический или эмоциональный стресс, гормональные изменения (например, беременность или менопауза), дефицит питательных веществ, прием некоторых лекарств и заболевания, такие как расстройства щитовидной железы или аутоиммунные заболевания. Лечение включает в себя снижение факторов стресса, улучшение диеты и устранение любого основного заболевания, которое могло стать причиной этого расстройства. Одним из вариантов лечения данного вида выпадения волос являются инъекционные методики, в частности плазмотерапия и мезотерапия.

Цель исследования: изучить эффективность сочетания плазмотерапии и мезотерапии при инъекционном лечении телогенового выпадения волос.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов женского пола в возрасте от 32 до 56 лет, европеоидной расы с диагнозом «Телогеновое выпадение волос». 20 пациентам назначено лечение в виде плазмотерапии 1 раз в 2 недели № 5 (внутридермальное введение плазмы крови пациента, обогащенной тромбоцитами), 20 пациентам назначено чередование плазмотерапии и мезотерапии (внутридермальное введение мезококтейля, в состав которого входят комплекс факторов роста, коэнзим Q10, гиалуроновая кислота, пептид меди) 1 раз в 2 недели № 4.

Результаты. Пациентки, которым проводились плазмотерапия и мезотерапия отмечали уменьшение выпадения волос ранее, чем пациентки, получавшие монотерапию в виде плазмотерапии. Эффективность лечения подтверждалась на основании трихоскопии, которая указывала на появление свежих пигментированных волос и уменьшение количества желтых точек.

Заключение. Сочетание плазмотерапии и мезотерапии приводит к более быстрому положительному результату. Задача врача-трихолога — помнить о всех возможных вариантах лечения телогенового выпадения волос, тщательно собирать анамнез и подбирать индивидуальную схему лечения.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ВАЛИДИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНКЕТЫ ДИАБЕТ-СКРИНИНГА В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ, ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ И ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В.

Введение. В исследовании продемонстрированы результаты валидизации теста диабет-скрининга с октября 2022 года по октябрь 2023 года и проведено одноцентровое когортное ретроспективное сплошное исследование 100 человек, больных псориазом.
Цель: валидизация применения анкеты диабет-скрининга в день обращения, через 6 месяцев и через 12 месяцев.
Материалы и методы. Статистический анализ. Сбор данных, их последующая коррекция, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах MicrosoftOffice Excel (2016). Статистическая обработка результатов проводилась средствами языка Питон (Python 3.8). Для расчетов были использованы встроенные функции из модулей Statsmodels.api и Scipy. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро–Уилка. Проверка на нормальность распределения показала, что данные в исследовании не имеют нормального распределения. Поэтому в дальнейшем расчеты производились методами непараметрической статистики. В качестве центра распределения была посчитана медиана, а в качестве показателей вариации — квартили (Me [Q1; Q3]). Для сравнения несвязанных выборок использовался U-критерий Манна–Уитни.
Результаты. Чувствительность полученной модели на этапе валидизации показывает очень хорошие показатели, т.е. точность выявления 1 — больных, у которых точно есть СД: на этапе разработки 93,3%, на этапе валидизации — сразу 97,5%, через 6 месяцев 97,7%, через 12 месяцев 97,9%. При этом следует отметить, что гиподиагностика снижается: на этапе валидизации сразу 2,5%, через 6 месяцев 2,3%, через 12 месяцев 2,1%; на этапе разработки: 6,7%. Следует, однако, отметить, что Анкета диабет-скринига показывает гипердиагностику. На этапе разработки гипердиагностика составляла 22,5%, а на этапе валидизации 35%. Но в динамике она снижается до 30,4% через 6 месяцев и до 25,0% через 12 месяцев. Точность при применении анкеты диабет-скрининга сразу дает менее точные данные: при разработке 85,6%, а при валидации — 78,0%. Однако отслеживание выявленных моделью пациентов с переодичностью 6 месяцев показывает, что СД проявляется, а точность работы анкеты-скрининга повышается с 78,0% до 82,0% через 6 месяцев и до 86,0% через 12 месяцев.
Обсуждение. Этап валидизации показал, что применение разработанных авторами анкет диабет-скрининга у больных псориазом является простым и малозатратным методом, эффективным в выявлении патологии СД 2 типа, что позволяет рекомендовать их для тестирования больных псориазом на ежегодных медицинских осмотрах.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ PITYRIASIS LICHENOIDES ET VARIOLIFORMIS ACUTA

1 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; 2 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Або Хадиджех М. Б. 1, Плиева К. Т. 2, Жукова О. В. 1,2, Маляренко Е. Н. 1,2, Шалагинова А. В. 2, Касихина Е. И. 1,2, Острецова М. Н. 1

Введение. Парапсориаз — это гетерогенная группа различных по клинической картине, патогенезу, патоморфологии, лечению и прогнозу хронических воспалительных дерматозов, характеризующихся наличием пятен и/или папул и бляшек, покрытых мелкопластинчатыми чешуйками. Современная классификация парапсориаза включает крупно- и мелкобляшечную формы бляшечного псориаза, а также парапсориаз лихеноидный и оспоподобный острый, или pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA), и парапсориаз лихеноидный хронический, или pityriasis lichenoides chronica (PLC). Клиническая картина лихеноидного и оспоподобного острого питириаза (Мухи–Габермана) характеризуется наличием эритематозных пятен и папул, папул с явлениями некроза в центре, папуло-везикул, а также оспенновидных пустул, рубцов «штампованных рубчиков» и поствоспалительной гиперпигментации. Дифференциальная диагностика заболевания сложна в связи с ее полиморфностью. В связи с этим изучение особенностей дерматоскопической картины является современным и актуальным.
Цель исследования. Описание клинических случаев лихеноидного и оспоподобного острого питириаза Мухи–Габермана с целью систематизации дермоскопических паттернов данного дерматоза.
Материалы и методы исследования. Дерматоскопическое исследование проводилось с применением контактной и бесконтактной поляризованной дерматоскопии дерматоскопом Heine Delta 20, Германия. Дерматоскоп совмещался с цифровой фотокамерой, что позволяло проводить документирование изображений и их обработку.
Результаты. Проанализировано 40 изображений высыпаний парапсориаза Мухи–Габермана, полученных при контактной и бесконтактной поляризованной дерматоскопии. Дерматоскопия при дебюте заболевания выявила аморфные коричневатые участки вокруг волосяных фолликулов, точечные сосуды и шелушение. Аморфная коричневатая структура соответствует центральной корке, состоящей из базофильного материала в эпидермисе и клиновидного лимфоцитарного инфильтрата в дерме. Дерматоскопия высыпаний, проведенная через три недели после начала терапии, выявила беловато-бесструктурные участки и центральную белую корку внутри беловато-бесструктурного ободка с чешуйками, очаговые синевато-сероватые участки или центробежные тяжи, неравномерно распределенные по периферии, и желтые структуры. В центре были видны красные точки и кровоизлияния, а на периферии — клубочковые сосуды. Красные точки и кровоизлияния представляют собой микрогеморрагии и экстравазацию эритроцитов в сосочковом слое дермы и расширение кровеносных сосудов. Беловатые бесструктурные участки с корковой пробкой в центре обусловлены гиперкератозом, акантозом и эпидермальной эрозией. Клубочковые сосуды представляют собой расширенные сосуды, а шелушение является результатом гиперкератоза.

Заключение. Актуальность нашего исследования обусловлена редкостью данного дерматоза и отсутствием в отечественной литературе работ, описывающих дерматоскопическую картину данного дерматоза. Знание дерматоскопических паттернов, характерных для лихеноидного и оспоподобного острого питириаза Мухи–Габермана, позволяет улучшить диагностику заболевания, особенно в ситуациях, когда нет возможности провести гистологическое исследование.

ИЗУЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Новосибирск
Портнягина Н. Е., Квардакова А. К., Пахомова В. В., Губанова Е. Г., Деева Н. В., Сергеева И. Г.

Введение. Согласно результатам современных исследований, патологические состояния мочеполового тракта в последние годы чаще всего носят полимикробный характер с участием в воспалительном процессе различных групп как патогенных, так и условно-патогенных микроорганизмов [1]. По данным исследования, проведенного на базе Phuentsholing General Hospital, смешанная инфекция присутствовала у 8,0% пациентов; наиболее часто встречающимися выявленными полимикробными инфекциями были трихомониаз, бактериальный вагиноз и урогенитальный кандидоз [2]. Исследование, проведенное в Республике Корея за период в 2018–2020 годах, выявило, что значительная часть пациентов с ИППП коинфицирована множественными патогенами [3].
Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические и лабораторные данные обратившихся к венерологу пациентов с урогенитальным кандидозом (УГК) в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) и/или урогенитальными заболеваниями, ассоциированными с M. hominis, U. parvum, U. urealyticum.
Материалы и методы исследования. Методом случайной последовательной выборки было отобрано 133 пациентки в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст 32±1,3), находящихся на лечении в амбулаторном отделении № 1 ГБУЗ НСО «НОККВД» с установленным диагнозом ИППП и/или урогенитальными заболеваниями, ассоциированными с M. hominis, U. parvum, U. urealyticum. Были использованы клинические (наружный осмотр аногенитальной области, бимануальное гинекологическое исследование, обследование с помощью гинекологических зеркал Куско) и лабораторные (микроскопия нативного и окрашенного мазка, культуральное исследование Trichomonas vaginalis, ИФА CAT, ПЦР ДНК N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, U. parvum, U. urealyticum, C. trachomatis) методы диагностики урогенитального кандидоза, ИППП и урогенитальных заболеваний, ассоциированных с M. hominis, U. parvum, U. urealyticum. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ Statistica 9.0 (StatSoft, США). Исследование одобрено этическим комитетом НГУ (протокол № 1 от 02.02.2023).
Результаты. Среди пациентов с установленным диагнозом ИППП и/или урогенитальными заболеваниями, ассоциированными с M. hominis, U. parvum, U. urealyticum, 29 (28,4%) имели сопутствующий урогенитальный кандидоз. Наиболее часто УГК был диагностирован в ассоциации с урогенитальным трихомониазом — 10 (34,5%), U. parvum — 8 (27,5%) и U. urealyticum — 3 (10,3%). Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта, аногенитальные бородавки и заболевания, вызванные M. hominis, наименее часто встречались в сочетании с урогенитальным кандидозом — по 2 (6,9%) и 1 (3,4%) случаю соответственно. Среди пациентов с УГК коинфекция тремя типами патогенов была представлена в 4 (13,8%) случаях, в частности (Candida + T. vaginalis + U. parvum) — 2 пациента и (Candida + C. trachomatis + U. parvum) — 2 пациента. Анализ субъективных проявлений у пациентов с урогенитальным кандидозом в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем, показал, что жалобы на патологические выделения из половых путей наблюдались в 58,6% (n-17) случаев, зуд/жжение — у 68,9% (n-20) пациентов, диспареуния и дизурия — 13,8% (n-4), а дискомфорт в области наружных половых органов присутствовал — у 34,5% (n-10) пациентов. У 25,6% (n-8) пациентов жалобы отсутствовали. По данным объективного обследования, клинические признаки вульвовагинита (гиперемия, отек слизистой оболочки вульвы и/или влагалища, патологические вагинальные выделения) наблюдались в 82,7% (n-24) случаев, цервицита (гиперемия, отек, рыхлость слизистой оболочки экто- и/или эндоцервикса, патологические выделения из цервикального канала) в 65,5% (n-19) и уретрита (гиперемия, отек слизистой оболочки наружного отверстия уретры, патологические уретральные выделения) — у 13,8% (n-4) пациенток с сочетанием УГК и ИППП.
Обсуждение. Данное исследование показало, что урогенитальный кандидоз был выявлен у 28,4% пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем, и/или урогенитальными заболеваниями, ассоциированными с M. hominis, U. parvum, U. urealyticum. Частота коинфекции варьировалась в зависимости от типа патогена. Наиболее распространенным было сочетание УГК с T. vaginalis и U. parvum, что подтверждается данными литературы. Такие возбудители, как U. parvum и U. urealyticum, чаще встречались в сочетании с урогенитальным кандидозом или другими патогенами, такими как M. hominis и C. trachomatis. Расхождения клинико-лабораторных данных у пациентов с сочетанием УГК и ИППП отсутствовали.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет
Новосибирск
Бекенева К. А., Сергеева И. Г.

Введение. Пожилые пациенты, страдающие псориазом, часто сталкиваются не только с дерматологическими проблемами, но и с множеством сопутствующих заболеваний, что усложняет процесс диагностики и лечения. В ходе работы нередко возникают трудности во взаимопонимании, что может стать препятствием для достижения максимально эффективных результатов лечения. Анализ клинических и психологических особенностей пациентов в данной возрастной группе поможет врачу в выборе оптимальной стратегии взаимодействия.
Цель — определить клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с псориазом при ИБС как коморбидном состоянии.
Материалы и методы. Отбор участников исследования проводили методом случайной последовательной выборки среди пациентов, госпитализированных в клинику ФИЦФТМ, в отделение терапии, на второй этап кардиологической реабилитации из Регионального сосудистого центра. В исследовании приняли участие две группы: 1–17 пожилых пациентов, страдающих псориазом и ИБС (средний возраст 71,4±3,58 года), 2–60 пожилых пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (средний возраст 73,2±2,58 года). Пациентам провели объективный осмотр, забор анализов крови с дальнейшей оценкой и сравнением следующих показателей: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтранспептидаза, глюкоза, гликированный гемоглобин, общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицериды, креатинин и скорость клубочковой фильтрации. Для оценки достоверности различий между группами использовали U-критерий Манна–Уитни, различия считались статистически значимыми при p<0,05. Каждый пациент заполнил анкету-опросник на выявление типа отношения к опасности, разработанную коллективом авторов под руководством В. Г. Маралова для определения 1 из 8 типов: адекватного, тревожного, игнорирующего и неопределенного, каждый из которых может быть сенситивным или с пониженной сенситивностью.
Результаты. 16 (94,1%) пациентов с псориазом и ИБС имеют легкое течение вульгарного псориаза (PASI <10), у одного пациента (5,9%) диагностирован псориаз тяжелой степени (PASI 22,8). При оценке показателей, отражающих функцию печени, уровни АЛТ в группе 1 составили 41,0 [35,5; 47,0], тогда как у больных в группе 2–33,5 [29,0; 38,0] (p-значение = 0,0185). Уровни АСТ у пациентов группы 1 составляли 40,0 [36,5; 49,5] по сравнению с 33,0 [27,0; 37,25] у пациентов 2 группы (p-значение = 0,0060). При оценке показателей липидного обмена у пациентов, страдающих ИБС и псориазом, уровни ЛПНП составляли 3,66 [3,35; 4,68], а у больных только ИБС — 2,74 [2,38; 3,29] (p-значение = 0,0006). Уровень триглицеридов в 1 группе составил

3,27 [2,60; 4,09] по сравнению с 2,18 [1,85; 2,69] в группе 2 (p-значение = 0,0010). При оценке показателей углеводного обмена выявлены различия при оценке уровня HbA1: в группе больных с ИБС и с псориазом он составил 6,7 [5,9; 7,25], тогда как у больных только ИБС — 5,9 [5,6; 6,2] (p-значение = 0,0314). Среди пожилых пациентов, страдающих ИБС и псориазом, типы отношения к опасности были распределены следующим образом: 64,7% — тревожный-сенситивный, 23,5% — адекватный сенситивный и по 5,9% — адекватный с пониженной сенситивностью и игнорирующий с пониженной сенситивностью. Среди пожилых пациентов с ИБС выявили следующие типы: 36,7% — игнорирующий с пониженной сенситивностью, 26,7% — тревожный-сенситивный, 25% — адекватный сенситивный, 5% — тревожный с пониженной сенситивностью и по 3,3% — игнорирующий сенситивный и неопределенный с пониженной сенситивностью.

Обсуждение. Обнаруженное повышение уровней АЛТ, АСТ, ЛПНП, ТГ и HbA1c у пожилых пациентов, у которых одновременно диагностированы псориаз и ИБС, указывает на их более тяжелое соматическое состояние. Отношение пациентов с псориазом к опасности может влиять как на отношение к болезни, так и на их поведение в процессе лечения. Врачу важно понимать, что псориаз и тревожность — заболевания, взаимно усугубляющие друг друга. Поэтому среди пациентов, страдающих ИБС и псориазом, в нашем исследовании большую часть (64,7%) составляют люди, относящиеся к тревожно-сенситивному типу. Для этого типа особенно важно быть хорошо информированными о своем заболевании, что подчеркивает необходимость уделять большее количество внимания и времени объяснению таким пациентам всех деталей их заболевания, а также последствий ненадлежащей терапии. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НГУ (протокол № 4 от 04.09.2023).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ LARVA MIGRANS В ПРАКТИКЕ МОСКОВСКОГО ДЕРМАТОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Башкирова Л. М., Бакусева З. Я., Заторская Н. Ф., Негашева Е. С., Лаухтина С. А.

Кожная мигрирующая личинка (cutaneus larva migrans) — инфекционное заболевание, поражающее кожу человека, вызываемое круглыми червями нематодами. Заражение происходит в результате миграции личинки анкилостомы из песка, через поврежденную или неповрежденную кожу. Инфекции, вызываемые анкилостомами, наиболее распространены в тропическом и субтропическом климате. Согласно статистическим данным, основанным на описанных клинических случаях в мировой литературе, путешественники из Таиланда, Африки и стран Карибских островов инфицируются чаще всего. Учитывая мировую глобализацию и расширение туристических направлений, описанный нами клинический случай может представлять интерес для врачей-дерматовенерологов.

Клиническое наблюдение. Девушка, 30 лет, обратилась на прием с высыпаниями на коже ягодиц и жалобами на нестерпимый зуд, который приводил к нарушению сна. Данные симптомы беспокоили в течение полутора месяцев. При появлении первых симптомов пациентка обратилась к врачу-гинекологу, где был выставлен диагноз: A60 — Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes simplex). Назначено системное и наружное лечение без положительного эффекта: ацикловир лиофилизат 250 мг для внутривенного введения N5, ампулы дексаметазона 8 мг внутримышечно N15, цетиризин 10 мг по 1 таблетке 1 раз в день 10 дней, кетотифен 1 мг по 1 таблетке 7 дней, мазь ацикловир 2 раза в день 5 дней, р-р фукорцина 2 раза в день 5 дней, мазь бетаметазон+гентамицин+клотримазол 1 раз в день 14 дней. В связи с неэффективностью проводимой терапии пациентка обратилась к дерматовенерологу. Из анамнеза известно, что пациентка полтора месяца назад вернулась из Таиланда после пляжного отдыха. При осмотре: кожный патологический процесс носит ограниченный, симметричный, островоспалительный характер. Локализуется на коже ягодиц. Представлен отечными, ярко-красными, папулезными элементами, линейной, змеевидной формы, до 2 мм в ширину и до 5 см в длину. Отмечаются линейные экскориации. По данным анамнеза и осмотра был выставлен предварительный диагноз: B76.8 — Кожная мигрирующая личинка. Направлена к врачу-инфекционисту. Пациентка на следующий день была консультирована врачом-инфекционистом. Диагноз был подтвержден и назначено системное лечение: таблетки альбендазола 400 мг 2 раза в день 10 дней. На 3-й день от момента лечения кожный процесс регрессировал, зуд исчез. Приведенный клинический случай показывает важность правильной интерпретации клинической картины, проведения диагностического поиска и дифференциальной диагностики с учетом тщательно собранного эпидемиологического анамнеза. Несмотря на то, что кожная мигрирующая личинка не является эндемичной паразитарной инфекцией для нашей страны, данные пациенты могут встречаться в клинической практике врачей дерматовенерологов и смежных специальностей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЫ У ПАЦИЕНТА ИЗ ЭКВАДОРА И ЕЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Москва
Кастилло К. М., Медранда М. Р., Вильямар Д. А., Терещенко Г. П.

Актуальность. Кожный лейшманиоз и эктима — это инфекционные дерматологические заболевания, имеющие клиническое сходство, что затрудняет их диагностику. Лейшманиоз является природно-очаговой антропонозной и зоонозной инфекцией с трансмиссивным путем заражения, вызванной паразитами Leishmania, среди которых патогенными для человека являются около 20 видов. Случаи заболевания регистрируются во многих странах, но к эндемичным относятся тропические и субтропические природно-климатические зоны с преимущественным возникновением среди бедных слоев населения, особенно у людей, проживающих в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях. Ежегодно в мире регистрируется до 1 млн случаев заболевания лейшманиозом с преобладанием кожной и кожно-слизистой форм. В Эквадоре в 2018 году было зарегистрировано 1336 случаев, из которых 1302 приходилось на кожную форму и 34 случая — кожно-слизистая форма инфекции. Вульгарная эктима относится к инфекционным заболеваниям из группы пиодермий и характеризуется глубоким поражением кожи и вовлечением подкожных тканей. К факторам риска возникновения эктимы относят хронические заболевания и иммуносупрессивные состояния. Основным возбудителем вульгарной эктимы является пиогенный стрептококк, но, по статистике, в Эквадоре наиболее часто в очагах поражения высеваются метициллин-резистентные штаммы Staph. aureus.

Цель: описание клинического наблюдения пациента из Эквадора с диагнозом вульгарная эктима, который был установлен после исключения кожного лейшманиоза.

Материалы и методы: клинико-анамнестические данные и результаты лабораторных и патоморфологических исследований пациента.

Результаты. Пациент М., 28 лет, военный по профессии, обратился за медицинской помощью спустя 1 месяц после проживания в зоне джунглей в Эквадорской Амазонке в условиях отсутствия нормального питания и санитарно-гигиенических условий. Больной жаловался на умеренно болезненный очаг в области левой голени, который увеличивался в размере с формированием узла и язвы. При осмотре отмечен плотный эритематозный инфильтративный очаг размером 2 см в диаметре с центральным изъязвлением, покрытым геморрагической коркой, с кровянистым отделяемым. Наружная противогрибковая терапия кремом клотримазол была неэффективна; процесс прогрессировал в виде углубления и разрастания язвенного дефекта и появления сателлитных папуло-пустулезных очагов вокруг основного элемента. При лабораторном обследовании крови общеклинические показатели были в пределах нормальных значений. Возникло предположение о кожной форме лейшманиоза, в связи с чем были проведены специфические исследования: иммунохроматографический тест, взятие мазков-отпечатков с окрашиванием по Гимзе и гистологическое исследование, которые дали отрицательные

результаты. Пациенту была назначена системная антибактериальная терапия (Цефалексин 500 мг каждые 12 часов в течение 7 дней) и проводилась наружная обработка раны антисептическими растворами. На фоне терапии улучшения не наступало, в связи с чем было рекомендовано наружное применение сульфадиазина серебра и очищение раны водным раствором йода, после чего была отмечена положительная динамика в виде появления грануляций в язвенном дефекте. Через месяц было проведено повторное исследование содержимого язвенного дефекта на лейшманиоз методом взятия мазков-отпечатков с окрашиванием по Гимзе, с отрицательным результатом. Пациенту был выставлен диагноз вульгарная эктима после исключения кожного лейшманиоза. Кожный процесс медленно разрешился с образованием штампованного рубца.

Обсуждение. Кожный лейшманиоз чаще всего дифференцируют с пиодермией из-за схожести симптомов и более частой встречаемости бактериальной инфекции. В данном случае кожный лейшманиоз был изначально предположен в связи с эндемичным районом и клинико-анамнестическими данными, что привело к запоздалой диагностике эктимы и ее затяжному течению. Этот клинический случай свидетельствует о том, что, несмотря на четкие критерии, указывающие на кожный лейшманиоз (нахождение в эндемичной зоне, плохие условия жизни, характер и эволюция кожного поражения), необходимо проводить тщательный дифференциально-диагностический поиск и исключать другие патологические состояния, имеющие схожие клинические проявления.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА

1 Кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 2 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Бузина К. И., Бородулина К. С., Касихина Е. И.

В последнее время отмечается тенденция к применению в лечении кожных болезней у детей ультрафиолетовой терапии узкого спектра излучения, которая избирательно действует на структуры кожи, обладает высоким профилем безопасности, хорошо переносится пациентами. Последние научные исследования показали, что УФ-излучение с длиной волны 311 нм (UVB) обеспечивает максимальный терапевтический эффект при минимальной эритемности. Узкополосная ультрафиолетовая фототерапия 311 нм является ведущим физиотерапевтическим методом, включенным в клинические рекомендации различных дерматологических нозологий педиатрической группы пациентов, так как ее эффективность (скорость достижения ремиссии и длительность поддержания результата) при минимуме побочных реакций доказана многолетними исследованиями. Фототерапия и/или фотохимиотерапия (последняя у взрослых) могут рассматриваться как варианты лечения мастоцитоза, поскольку они помогают уменьшить выраженность клинических проявлений и зуда. Использование узкополосной средневолновой ультрафиолетовой фототерапии 311 нм актуально в качестве терапии второй линии, когда антигистаминные препараты не приводят к уменьшению симптомов, связанных с медиаторами тучных клеток.

Цель. Продемонстрировать эффективность узкополосной ультрафиолетовой фототерапии (UVB) 311 нм в лечении мономорфного типа пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза.

Материал и методы. Был проведен проспективный наблюдательный анализ случая мономорфного варианта пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза у девушки- подростка 17 лет, получавшей курс ультрафиолетовой узкополосной фототерапии 311 нм в режиме 3 раза в неделю. Критерии оценки: общее количество процедур UVB311 нм составило 30 сеансов, кумулятивная доза ультрафиолетового облучения — 34,25 Дж/см^2, (начальная доза составила 00,20 Дж/см^2). Для оценки эффективности учитывалась динамика базального уровня сывороточной триптазы, выраженность зуда до и после лечения по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), динамика дерматоскопии и индекс TBSA (total body surface area). Клиническая оценка кожных высыпаний оценивалась в баллах и дополнялась фотофиксацией кожного процесса до и после курса терапии.

Результаты. В процессе наблюдения пациентки отмечалось статистически значимое среднее уменьшение зуда до и после лечения (P <0,01). Средний балл ВАШ до лечения составлял 5 баллов, а после лечения уменьшился до 2 (p < 0,05). Количество процедур на курс, позволившее достигнуть выраженного уменьшения клинических проявлений, составило 30. Уровни сывороточной триптазы имели тенденцию к снижению с 8,2 мкг/л до 5,66 мкг/л. Показатели индекса TBSA снизились на 1 балл. Дерматоскопически было продемонстрировано снижение выраженности пигментного паттерна или полный регресс высыпаний в очагах.

Заключение. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая фототерапия 311 нм является эффективным методом лечения пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза, позволяющим достичь необходимой положительной динамики как в клиническом улучшении в виде разрешения симптомов, так и в показателях лабораторно-инструментальных методов лечения. Обоснованный подход к терапии пациента с мастоцитозом и к его обучению, направленный на исключение провоцирующих факторов, приводит к хорошим видимым результатам и регрессу поражений кожи, опосредованных тучными клетками. Несмотря на отсутствие системного поражения, у некоторых пациентов с КМ могут развиваться кожные проявления, которые трудно контролировать. Поэтому в каждом отдельном случае требуется индивидуальный подход к лечению с последующим динамическим наблюдением и мониторингом клинических и лабораторных показателей.

ОСТРЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЭКЗАНТЕМАТОЗНЫЙ ПУСТУЛЕЗ: ТЯЖЕЛАЯ КОЖНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕАКЦИЯ

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург
Царегородцева А. А., Титова Д. И., Николаева К. И., Бочкарев Ю. М.

Актуальность. Острый генерализованный экзантематозный пустулез (ОГЭП) относится к тяжелым реакциям лекарственной гиперчувствительности (ЛГ) [1]. Распространенность ОГЭП составляет 1–5 случаев на 1 000 000 человек в год, при этом чаще он поражает женщин среднего возраста [2]. В 4% случаев данная реакция ЛГ оказывается смертельной [3]. Гидроксихлорохин является одним из самых частых лекарственных препаратов (ЛП) среди причин развития ОГЭП [2].

Цель исследования — выполнить обзор литературы и описать клинический случай пациентки с ОГЭП, вызванным приемом гидроксихлорохина.

Задачи: 1. Проанализировать отечественные и зарубежные источники. 2. Описать клинический случай ОГЭП и проанализировать связь реакции ЛГ с причинно-значимым препаратом.

Материалы и методы. Проведен литературный поиск в базе данных PubMed, выполнено описание клинического случая.

Результаты. В кожно-венерологический диспансер обратилась пациентка В., 64 лет, с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся выраженным зудом. Anamnesis morbi. Впервые обратилась к врачу-дерматовенерологу по месту жительства 1,5 года назад по поводу красного плоского лишая (L43.3). В связи с обострением кожного процесса 1,5 месяца назад была назначена терапия антималярийным препаратом (гидроксихлорохин 200 мг per os 2 раза в день 14 дней). В результате лечения пациентка отметила распространение высыпаний, ухудшение общего состояния. Anamnesis vitae. Профессия — социальный педагог. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена. Общий осмотр. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,20 °С. Status specialis. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, представлен множественными высыпаниями в виде фигурных, мишеневидных эритематозных пятен диаметром 1–4 см ярко-розового цвета с бледным центром и единичными пустулами, с четкими границами и тенденцией к слиянию. Диагноз: «Острый генерализованный экзантематозный пустулез. Лекарственная гиперчувствительность к гидроксихлорохину (L27.0)». Проведено

лечение в условиях дневного стационара: системные ГКС (дексаметазон 4 мг внутривенно капельно, преднизолон 30 мг per os), антигистаминные препараты, наружно топические ГКС (бетаметазон 0,05% крем). В связи с распространением на фоне эритемы пустулезных элементов, крупнопластинчатого шелушения рекомендовано лечение в условиях круглосуточного стационара научно-исследовательского института (метотрексат 15 мг внутримышечно, фолиевая кислота 5 мг peros, наружно крем Унны + бетаметазон крем (3:1) 2 раза в день). В настоящее время пациентка продолжает наблюдение в кожно-венерологическом диспансере. С учетом регресса высыпаний метотрексат отменен, продолжено лечение ГКС и эмолиентами.

Обсуждение. ОГЭП клинически проявляется зудящими стерильными пустулами на фоне отечной эритемы с последующим шелушением пораженных участков [4,5]. Атипичные проявления ОГЭП включают мишеневидные высыпания или буллы [2]. Поскольку ОГЭП протекает по IVd типу реакций гиперчувствительности, клиническая картина проявляется в течение 24–48 часов после приема ЛП, однако для ОГЭП, индуцированного гидроксихлорохином, возможно отсроченное начало развития в связи с длительным периодом полувыведения ЛП [2,3].

Выводы. ОГЭП является редкой тяжелой токсидермией, требующей пристального внимания врачей разных специальностей. Важно проводить профилактические мероприятия для предупреждения новых реакций ЛГ.

ОЦЕНКА ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА И КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В.

Введение. В исследовании обсуждается экономическая составляющая затрат на лечение псориаза, протекающего на фоне сахарного диабета 2 типа. Авторами было проведено ретроспективное исследование на базе ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ККВД) и проведена сравнительная характеристика оценки стоимости лечения пациентов с разными формами псориаза в соответствии с программой государственных гарантий (ПГГ).

Цель: определить затраты на лечение псориаза и коморбидных патологий.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ККВД). Для определения затрат на лечение пациентов с разными клиническими формами псориаза проанализировано 210 медицинских карт стационарного больного (ф. 003/у). Возраст пациентов варьировал от 26 до 68 лет, длительность заболевания от 6 месяцев до 32 лет. У всех пациентов был диагностирован псориаз средней или тяжелой степени тяжести. Возраст пациентов 49,0 [42,0, 57,0] лет, из них 54,3% мужчин и 45,7% женщин, 14,0% (N=29) составили пациенты в возрасте старше 60 лет. Для оценки расходов на лечение пациентов применялся метод клинико-экономического анализа — «стоимость болезни» (cost of illness). Он включает все затраты, связанные с ведением пациентов с определенным заболеванием на конкретном этапе оказания медицинской помощи, с учетом нетрудоспособности. Исследование проведено в соответствии со стандартом ОСТ 91500.14.0001–2002 «Клинико-экономические исследования. Общие положения», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 2002 г. № 163, и с «Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг» Минздрава России № 01–23/4–10 и РАМН № 01–02/41 от 10 ноября 1999 г.

Результаты. В исследовании участвовало 210 пациентов с разными формами псориаза (средней и тяжелых форм), проведя в клинике 5 040 койко-дней. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 34±1,9 дня. Сопутствующие заболевания и коморбидная патология в виде сахарного диабета выявлены в 100% случаев, психиатрические отклонения — 12% случаев. Согласно ПГГ, стоимость законченного случая оказания специализированной медицинской помощи по КСГ «Дерматология» для лечения среднетяжелой формы псориаза составляет 33,7 тыс. руб. Фактическая средняя стоимость законченного случая лечения обыкновенного псориаза, по нашим данным, составила 34,7 тыс. руб. Оплата по ПГГ на оказание высокотехнологичной медицинской помощи для тяжелых распространенных форм псориаза без поражения суставов (шифр по МКБ-11 L 40.0) и пустулезных форм псориаза при отсутствии эффективности ранее проводимых методов системного и физиотерапевтического лечения (шифр по МКБ-11 L 40.1, L 40.3) за законченный случай лечения составили 111,09 тыс. руб. При анализе фактических затрат на лечение пациентов с тяжелыми распространенными формами псориаза, по нашим данным, стоимость составила 170,5 тыс. руб. Таким образом, затраты на лечение при утяжелении формы заболевания увеличиваются в 4,9 раза. Стоимость лечения сахарного диабета и психиатрических отклонений в зависимости от тяжести заболевания представлена в Таблице. Результаты исследования показывают, что наличие СД 2 типа у больного псориазом повышает стоимость лечения на 14,3% у больных средней формой псориаза и на 6,7% у больных тяжелой формой псориаза.

Обсуждение. Наличие коморбидных патологий при псориазе не только утяжеляет состояние больного, но и значительно повышает стоимость лечения. Именно поэтому требуется в максимально ранние сроки профилактировать возможные сопутствующие заболевания и прибегать к современным методам диагностики и лечения.

РАЗВИТИЕ АМИЛОИДОЗА КОЖИ У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Поршина О. В., Михайлова И. А., Кишенина А. В., Михайлова А. И., Бобров М. А.

Атопический дерматит (АтД) является распространенным заболеванием в клинической практике врача-дерматовенеролога. Однако случаи развития амилоидоза кожи на фоне АтД представляют большой интерес в связи с тем, что в литературе мало изучен процесс развития вторичного локализованного амилоидоза на фоне хронического воспалительного заболевания кожи. Амилоидный лихен или амилоидоз кожи представляет собой мезенхимальный диспротеиноз, при котором характерно отложение амилоида только в коже. Европейской дерматовенерологической академией в июне 2014 года было проведено исследование с целью выявления общих патогенетических механизмов между АтД и амилоидозом, а также частоты совместного течения АтД и локализованного амилоидоза. Обнаружена связь генетических мутаций в случаях семейного первичного локализованного амилоидоза кожи с рецептором онкостатина-М (OSMR) β, субъединицей рецептора интерлейкина IL-31. Известно, что IL-31 является одним из ключевых воспалительных цитокинов при АтД. Таким образом, показана возможная патогенетическая связь между АтД и локализованным амилоидозом.

В настоящей работе мы приводим пример клинического случая амилоидоза кожи, развившегося на фоне длительно текущего АтД. Мужчина, 66 лет, был госпитализирован в дневной стационар ООСМП ГБУЗ «МНПЦДК» ДЗМ с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд в местах высыпаний. Со слов, болен АтД в течение 54 лет, неоднократно получал амбулаторное и стационарное лечение (десенсибилизирующую, антигистаминную терапию, местные и системные ГКС, совместно с фототерапией) с временным положительным эффектом. Несколько лет назад отметил изменение внешнего вида высыпаний. На момент поступления при осмотре на коже верхних и нижних конечностей визуализируются множественные шелушащиеся папулы белесоватого цвета, до 5 мм в диаметре, плотно прилегающие друг к другу, участки экскориаций. На коже туловища отмечаются шелушащиеся инфильтрированные эритематозные очаги до 5–6 см в диаметре, неправильной формы, розово-красного цвета, экскориации, покрытые геморрагическими корочками, обширные очаги лихенификации, депигментации, местами рубцово-атрофические изменения. При гистологическом исследовании биоптата, полученного с очага на коже нижней конечности, обнаружена морфологическая картина лихеноидного амилоидоза кожи: скопления эозинофильных глобулярных масс в дермальных сосочках. При окраске Конго красным наблюдается кирпично-красная окраска амилоида. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к СК AE/AE 3 обнаружены кератиновые фибриллы в верхних отделах дермы.

На основании клинических данных и результатов гистологического исследования установлен диагноз: «вторичный локализованный лихеноидный амилоидоз кожи, папулезная форма». В представленном клиническом случае мы предполагаем, что главным пусковым механизмом в накоплении амилоида послужило механическое воздействие в виде постоянного экскориирования пациентом зудящих атопических высыпаний. Данный триггер привел к отложению кератиновых фибрилл в дерме, согласно гистологическому исследованию. Такая форма является редким локальным проявлением амилоидоза, не приводящим к генерализации процесса. Сложность описанного клинического случая заключается в выраженном снижении качества жизни пациента при отсутствии разработанных стандартов лечения.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИНДЛЕР У РЕБЕНКА, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА

Благотворительный фонд Б.Э.Л.А. «Дети-бабочки»
Санкт-Петербург / Москва
Логунова О. А., Орлова О. С.

Введение. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — это редкая клинически и генетически гетерогенная группа заболеваний, общей чертой которых является поражение кожи и/или слизистых оболочек в виде образования пузырей и эрозий в результате малейшей травматизации. Выделяют четыре основных типа ВБЭ: простой, пограничный, дистрофический и синдром Киндлер. Синдром Киндлер (СК) впервые описала Тереза Киндлер в 1954 году. В основе синдрома лежит мутация в гене KIND1 с потерей его функций. Ген KIND1 кодирует белок киндлин-1 (гомолог семейства фермитина-1). В результате нарушается фокальная адгезия цитоскелета базальных кератиноцитов. Клинически заболевание проявляется травма-индуцированными пузырями на коже и слизистых оболочках, прогрессирующей пойкилодермией, светочувствительностью, диффузной атрофией и хрупкостью кожного покрова, атипичной пигментацией. Вследствие поражения слизистых оболочек СК может сопровождаться стриктурами мочеполового тракта, стенозами пищевода и эктропионом. При данной форме ВБЭ велик риск развития немеланомного рака кожи. Лечение СК носит симптоматический характер.
Цель: представить клинический случай редкой формы ВБЭ — синдрома Киндлер.
Материалы и методы. Обзор литературных источников проводился с помощью поисковых систем Elibrary, Cyberleninka, PubMed, Medline, SCOPUS. Применялись клинико-анамнестический и молекулярно-генетический методы исследования.
Результаты. Пациент К., 14 лет, находится под наблюдением специалистов благотворительного фонда (БФ)«Дети-бабочки». Мальчик от неблизкородственного брака от 1 беременности, 1 срочных родов. Семейный анамнез не отягощен. Беременность и роды протекали без особенностей. При рождении отмечалось наличие эрозий в области груди и сосков. Диагноз ВБЭ установлен в родильном отделении. Наблюдается в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и дерматовенерологами БФ «Дети-бабочки». С возрастом кожные высыпания прогрессировали, распространялись на кожу верхних и нижних конечностей, образовывались спонтанно или от механического воздействия. В 2011 году оперативное лечение фимоза, в 2012 году в связи с рецидивом была проведена циркумцизия. В 2013 г. выполнен забор биоптата кожи для иммунофлюоресцентного картирования в университетской клинике Зальцбурга, согласно результатам которого было выявлено внутри- и субэпидермальная локализация пузырей, низкое окрашивание киндлина-1. На основании клинической картины и данных иммунофлюоресцентного картирования установлен диагноз синдром Киндлер. В 2023 году проведена рентгенография пищевода: контрастное усиление водорастворимым контрастным веществом Визипак (60 мл). На уровне верхней трети пищевода определяется зона стойкого стеноза до 2,0 мм х 3,0 мм, на уровне CV-ThI позвонков протяженностью 3,7 см в прямой проекции и 4,0 мм в косой проекции. На остальном протяжении диаметр пищевода 9–14 мм. Заключение: рентгенологическая картина стеноза верхней трети пищевода. Объективно: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализован на коже лица, шеи, туловища и конечностей. Представлен пузырями, эрозиями, атрофическими рубцами, пятнами гипер- и гипопигментации. Слизистые ротовой полости чистые, высыпаний нет. На коже голеней и предплечий единичные эрозии в разной стадии эпителизации, некоторые покрыты корочками. Кожа конечностей тонкая, с признаками рубцовой атрофии и характерным усиленным кожным рисунком. Между проксимальными фалангами пальцев на кистях и стопах формирование соединительно-тканных перепонок и сгибательных псевдоконтрактур. На коже шеи, подмышечных впадин — атрофия и пигментация по типу пойкилодермии. На коже лица, туловища и конечностей имеются множественные пигментные невусы. Ногтевые пластины утолщены с продольной исчерченностью. Учитывая специфику заболевания, основные принципы лечения заключаются в ежедневных перевязках с использованием сетчатого материала на основе силикона или липидоколлоида и последующем бинтовании атравматичным перевязочным материалом.
Выводы. Синдром Киндлер (СК) — это редкий тип ВБЭ с аутосомно-рецессивным типом наследования. Несмотря на редкость данного заболевания, всегда необходимо помнить о нем при дифференциальной диагностике буллезных дерматозов. Выраженная хрупкость кожного покрова, прогрессирующая фоточувствительность, развитие стриктур слизистых оболочек и повышенный риск развития злокачественных новообразований требуют настороженности, регулярного дерматологического и дерматоскопического контроля при ведении пациентов с синдромом Киндлер.

СИНДРОМ КОМЕЛЯ–НЕТЕРТОНА

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет
Санкт-Петербург
Артыкова А. А., Бражникова А. П.

Больной Г., 2020 г.р. Цель демонстрации: представлен больной с заболеванием из группы синдромальных ихтиозов, частота встречаемости которого в различных популяциях варьирует от 1 на 50000 новорожденных до 1 на 200000, что, возможно, связано с трудностями верификации диагноза и необходимостью взаимодействия внутри мультидисциплинарной команды специалистов. Цель демонстрации — обсуждение больного с редким дерматозом, а также трудностей его диагностики и лечения. Диагноз основной: Синдром Комеля–Нетертона. Сопутствующие заболевания: Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение. Синдромальная низкорослость. Дисплазия сердца: ООО 2,5–3 мм с Л-П сбросом крови, ПТК 1 ст. с регургитацией 1 ст. Больной Г. 2020 г.р. поступил в кожное отделение клиники дерматовенерологии СПб ГПМУ 2021 года с жалобами на распространенные высыпания и выраженный зуд, с ухудшением состояния на фоне частых рецидивов ОРВИ и ОРЗ, а также реакции на прием некоторых пищевых продуктов и медикаментов (бактериофаг), малую прибавку в весе и сниженный избирательный аппетит. Anamnesis morbi: известно, что первые высыпания отмечались с первых суток жизни и носили характер эритродермии с десквамацией. Так как синдром Комеля–Нетертона был выявлен у старшей сестры, то и в случае данного пациента клинически был предположен ихтиозиформный синдром, но молекулярно-генетическое исследование не проводилось. Anamnesis vitae: мальчик из одного из регионов РФ. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Рожден от 5-й беременности (1 беременность — девочка, синдром Нетертона клинически установленный, 2 — выкидыш, 3 — девочка родилась с ВПР, несовместимыми с жизнью, и умерла на 5-е сутки, 4 — отслойка нормально расположенной плаценты на 30-й неделе, 5 — настоящая), протекавшей на фоне КОАА, ОРЗ, ХВГП, ВСД по гипотоническому типу, кольпита, хр. гастродуоденита, угрозы прерывания, многоводия, родоразрешившейся в срок оперативно с ПИВ, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3400 г, длина — 52 см, АПГАР 8/8. На 5-е сутки поступил в отделение патологии новорожденных по месту прописки с массой 2784 г, ДН 2 степени и диагнозом: Неонатальная пневмония неуточненная, Врожденная аномалия кожи неуточненная. Синдром Нетертона? Неонатальная желтуха неуточненная. Открытое овальное окно, НК0 степени. Угрожаемый по тугоухости. Выписан с выздоровлением, но затем примерно раз в месяц переносил ОРВИ и ОРЗ (отиты — затяжное течение, фарингиты, риниты), контактируя с братом-школьником. До 9 месяцев находился на грудном вскармливании, прибавки в весе и росте не соответствовали возрасту с гипотрофией 2 степени. Был обследован по месту прописки, диагноз: Врожденный ихтиоз. Синдром Нетертона? Атопический

дерматит, младенческая форма, распространенный. Синдромальная низкорослость. Дисплазия сердца: ООО 2,5–3 мм с Л-П сбросом крови, ПТК 1 ст. с регургитацией 1 ст. Неонатальный скрининг выявил галактоземию с нормальной активностью GALT (фермент галактозо-1-фосфат-уридилтрансфераз), но данных о последующем молекулярно-генетическом исследовании на верификацию неклассических вариантов галактоземии или гетерозиготного носительства аллеля варианта Дуарте мама предоставить не смогла. Стойкая лимфаденопатия различных групп л/у, рецидивирующая пиодермия. Пищевая сенсибилизация к белку коровьего молока предположительно (реакция на смеси для вскармливания). В 9 месяцев направлен к нам для обследования и определения тактики терапии. При поступлении: Состояние: средней тяжести. Коммуникабельность: контактный. Эмоциональный тонус: снижен. Телосложение: нормостеничное. Осанка: правильная. Установка нижних конечностей: правильная. Череп: правильной формы. Функциональное развитие по весу и росту менее 3 центиля. Кожа: повсеместно сухая, снижена эластичность. Слизистые полости рта: чистые, умеренно влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, но равномерно распределена. Щитовидная железа: не увеличена. Лимфоузлы: пальпируются облигатные группы, безболезненны, не спаянные, подвижные. Сердце: тоны — ясные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Живот: правильной формы, вздут, симметричный, безболезненный, мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул 3–5 раз в день, кашеобразный желтый, без патологических примесей. Диурез достаточный. Наружные гениталии: при осмотре сформированы правильно (по изосексуальному типу). Status specialis: поражение универсальное в виде эритродермии с крупнопластинчатым шелушением, наиболее заметным в области крупных складок, ладоней и подошв. Ногтевые пластинки на кистях лакированные. Кожный рисунок на ладонях и подошвах утрирован. Волосы на в.ч. головы сухие, тусклые, короткие и растут медленно и прореженно. Пушковые и щетинистые волосы скудные, местами отсутствуют. Периорально и на красной кайме губ серозные корки, единичные трещины. На коже крупных сгибов, тыла кистей, периорально выражены инфильтрация, лихенификация, шелушение. Дермографизм белый. Экскориации и единичные папулезные элементы с серозными и геморрагическими корками повсеместно в регионах, доступных расчесыванию. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. В крови относительная умеренная эозинофилия до 10%; диспротеинемия с уменьшением бета-2 и гамма глобулинов, но увеличением альфа-2 глобулинов; Иммунология: снижение содержания IgA и IgG, но увеличение IgE в 5 раз (антитела к белку куриного яйца, пшенице, картофелю); Проточная цитометрия: снижение иммунорегуляторного индекса за счет уменьшения абсолютного числа Т-хелперных лимфоцитов, снижение активированных CD25+ и HLA-DR Т-лимфоцитов, но повышение абсолютного числа гамма-дельта Т-клеток. Посев кала: Proteus mirabilis в большом кол-ве. По УЗИ: метаболические изменения почек, гепатомегалия. Консультирован: офтальмологом — кератоконъюнктивальный ксероз; клиническим фармакологом — рекомендована санация кишечника по чувствительности (цефалоспорины); генетиком — синдром Комеля–Нетертона, необходимо исследование парной крови сибсов. Клиническое секвенирование экзома выявило патогенную с. 2098G>T и вероятно патогенную с.2174dupG (не описанную в доступных базах) мутации гена SPINK5 в транскрипте NM_006848 у сестры, а секвенирование по Сенгеру подтвердило их наличие гетерозиготного состояния по этим мутациям у пробанда. Мазок из носа на флору: Staphylococcus aureus — значительное количество; Мазок из зева на флору: Streptococcus viridans — обильный рост; Непатогенные нейссерии — умеренное количество; полирезистентные Haemophilus parainfluenzae — умеренное количество; и Klebsiella pneumonia — значительное количество. УЗИ щитовидной железы — без патологии. На основании имеющихся анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных можно говорить о заключительном диагнозе: Основной: Синдром Комеля–Нетертона. Сопутствующие заболевания: Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение. Синдромальная низкорослость. Дисплазия сердца: ООО 2,5–3 мм с Л-П сбросом крови, ПТК 1 ст. с регургитацией 1 ст. Основной трудностью в данном случае является отсутствие единых представлений о терапии заболевания. При рецидивирующих инфекциях кроме своевременной антибактериальной терапии рекомендовано проведение курсов внутривенных иммуноглобулинов. При наличии атопии имеются публикации о целесообразности назначения генно-инженерной биологической терапии: Ингибиторы ФНО, антитела, против IgE, антитело изотипа IgG4, блокирующее эффекты ИЛ-4 и ИЛ-13, ингибиторы ИЛ 23/ИЛ 17. В нашем случае была скорректирована наружная терапия: эмоленты с церамидами и физиологическими липидами 2–3 р/д и кератолитическое средство с мочевиной до 5% на отдельные участки. Системно: антимикотические, антибактериальные препараты, курс внутривенных иммуноглобулинов, ферменты, сорбенты, антигистаминные средства. Выписан с улучшением с подробными рекомендациями по уходу за кожей, питанию от диетолога, под наблюдение дерматолога и иммунолога по месту жительства. Важно обратить внимание на: гипосенсибилизацию быта (с учетом выявленных аллергенов) и ведение пищевого дневника, постепенное расширение рациона под контролем аллерголога; при первых признаках инфекционных заболеваний — своевременное обращение к педиатру по м/ж; ежедневный уход за кожей с применением эмолентов с низкими концентрациями кератолитических компонентов, избегать длительного применения топических кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина. Рассмотрение применения биологической терапии возможно в динамике при малой эффективности иммуноглобулинов.

СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО МУЦИНОЗА

1 Кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института Российского университета дружбы народов Патриса Лумумбы; 2 Филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы Москва

Назарова А. С. 1, Або Хадиджех М. Б. 1, Маляренко Е. Н. 2, Шалагинова А. Н. 2, Ковалева М. Н. 2

Введение. Фолликулярный муциноз (ФМ) представляет собой редкое заболевание кожи, характеризующееся регенеративными фолликулярно-волосяными и сально-железистыми изменениями из-за накопления глюкозаминогликанов. H. Pincus в 1957 г. впервые описал клинико-патологические признаки данного дерматоза и назвал его «муцинозная алопеция».

Этиология ФМ до конца не изучена, однако многие авторы связывают данный дерматоз с инфицированием S. aureus, вирусной инфекцией. Фолликулярный муциноз встречается у детей и подростков в возрасте до 15–20 лет и у взрослых в возрасте 30–50 лет. В 10–25% случаев у пациентов в возрасте 40–70 лет фолликулярный муциноз ассоциируется с лимфомами или гематологическими заболеваниями, реже — с различными заболеваниями кожи. В остальных случаях заболевание носит идиопатический характер. В настоящий момент полученные данные свидетельствуют о том, что возраст пациентов, локализация поражений, продолжительность или степень тяжести заболевания не позволяют достоверно дифференцировать доброкачественный первичный фолликулярный муциноз от состояния, развивающегося на фоне клеточной лимфомы. Проведение иммуногистохимического анализа позволяет поставить окончательный диагноз.

Цель: представить редкий клинический случай фолликулярного муциноза, вызвавший диагностические трудности.

Материалы и методы: анализ медицинской документации пациента за 2023 г., анализ медицинских публикаций.

Результаты: пациент Д., 24 года, обратился к дерматовенерологу по месту жительства с жалобами на высыпания на волосистой части головы, туловища, верхних конечностей с 22.11.23 по настоящее время. Патологический процесс носит распространенный хронический, воспалительный характер. Представлен на коже туловища и верхних конечностей инфильтрированными бляшками розового цвета размером от 3–5 см до величины ладони взрослого человека, с четкими границами. На поверхности мелкопластинчатое шелушение. На волосистой части головы очаги представлены инфильтрированными бляшками розового цвета с очагами алопеции, с четкими границами, размером от 3–5 см, имеют тенденцию к слиянию, с мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Свечение в лучах лампы Вуда отсутствует. Находился на стационарном лечении в мае-июле 2023 г., где был поставлен диагноз «микоз гладкой кожи». Получал системную противогрибковую терапию, антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие препараты, антибиотики, системные ГКС. Лечение с незначительным эффектом. Пациент обратился к дерматологу частного медицинского центра, выполнено патогистологическое исследование

кожного лоскута от 31.10.2023 года. Заключение: морфологическая картина не исключает бляшечный парапсориаз, отмечается изменение волосяных фолликулов, характерное для фолликулярного муциноза. Дифференциальная диагностика с грибовидным микозом. ИГХ исследование не проводилось. Заключение гистологического исследования от 27.11.2023 года: гистологические признаки фолликулита, дерматита, возможные в том числе и при псориазе. Убедительных данных за грибовидный микоз не выявлено. Был консультирован гематологом, рекомендовано ИГХ исследование в МООД г. Балашихи. Заключение: морфологических данных за неопластический процесс нет. Рекомендуется консультация дерматовенеролога. Самостоятельно обратился в МНПЦДК «им. В. Г. Короленко» для пересмотра гистологических препаратов от 31.10.2023 и 22.12.2023 года. Препараты были направлены на консультацию ФГБУ «ГНЦДИК» специалиста по дерматологической патологии. В связи с заключением МООД не является однозначным и вступает в конфронтацию с клинической картиной, принято решение о проведении консультации ФГБУ «ГНЦДИК». Заключение: патологические изменения носят характер фолликулярного муциноза в сочетании с признаками спонгиотического дерматита; для исключения ранних проявлений фолликулярной формы грибовидного микоза рекомендуется ПЦР-исследование (для исключения клональности лимфоцитов). Рекомендовано ИГХ исследование для исключения Т-клеточной лимфомы кожи.

Обсуждение. Данный клинический случай редко встречающегося фолликулярного муциноза у мужчины 24 лет представляет интерес для дерматолога. Заболевание сопряжено с трудностями в диагностике и требует динамического и клинико-морфологического мониторинга.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МИКРОСПОРИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Уральский государственный медицинский университет, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Областной кожно-венерологический диспансер»
Екатеринбург
Титова Д. И., Антонова С. Б.

Актуальность. Микроспория является заболеванием, обладающим наиболее высокой контагиозностью из всех групп дерматофитий. Болеют преимущественно дети, на ее долю приходится 80–99,7% дерматофитий с поражением волос у детей. Распространенным возбудителем микроспории в России является M. canis. Заражение происходит при контакте с больными животными (котятами, кроликами, обезьянами) и при контакте с инфицированными предметами.

Цель исследования: изучение современных эпидемиологических аспектов заболеваемости микроспорией в Свердловской области с 2017 по 2023 гг.

Задачи: проанализировать формы федерального статистического наблюдения № 34 и № 9 Свердловской области в период с 2017 по 2023 год. Провести ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с микроспорией ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер» (с сентября 2023 по декабрь 2023). Сформулировать современные особенности течения микроспории.

Материалы и методы. Данные форм федерального статистического наблюдения № 34 и № 9 Свердловской области, амбулаторные карты пациентов с микроспорией в период с 2017 по 2023 год.

Результаты. Заболеваемость микроспорией в Свердловской области в 2017–2023 гг. сохранялась на высоком уровне. Наиболее высокий показатель заболеваемости отмечен в 2019 году (1973 пациента). В анализируемой выборке преобладали (72,0%) дети от 0 до 14 лет, преимущественно мальчики (68,0%). Большинство пациентов являются организованными. Взрослые болели реже. При эпидемиологическом анализе: 56,0% пациентов заразились от домашнего животного, в частности от котят элитных пород. В 40,0% случаев источник заражения не был установлен, у 4,0% пациентов зарегистрировано внутрисемейное инфицирование. У 40,0% пациентов выявлена микроспория гладкой кожи, поражение гладкой кожи с вовлечением пушковых волос у 52,0%. Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи была зарегистрирована у 4,0%. При анализе когорты пациентов с микроспорией установлено, что ошибочно выставлен диагноз у 15,6%. Анализ лечебных мероприятий показал, что 72,0% пациентов получали системную терапию (гризеофульвин), 28,0% пациентов получали тербинафин. В качестве наружной терапии 24,0% использовали противогрибковый крем, 26,0% использовали крем в комбинации с «повидон-йод» и 40,0% лечились противогрибковым кремом и спиртовым раствором йода 2,5–5%. Установлены средние сроки клинико-микологического излечения. При микроспории гладкой кожи — 5 недель, при микроспории гладкой кожи с вовлечением пушковых волос — 6,5 недели, при поражении волосистой части головы — 8 недель. Текущая дезинфекция была проведена для большинства (97,0%), а заключительная лишь в 3,0% случаев.

Обсуждение. Российские исследователи отмечают, что микроспория поражает детей в возрасте до 15 лет, что согласуется с данным проведенного исследования. Данные о половой предрасположенности противоречивы. В нашем исследовании преобладали мальчики, что может быть связано с играми на улице, частым контактом с животными. Распространенными переносчиками микроспории выступают котята элитных пород и собаки мелких пород. Заражение от источников элитных пород является современной особенностью течения микроспории. Особенностью клинического течения у детей является поражение гладкой кожи (46,0%), преимущественно с вовлечением пушковых волос (51,0%). Наряду с типичной клинической картиной наблюдаются и атипичные варианты (27,0% пациентов), в том числе «трансформированный» вариант с видоизменением клинической картины в результате применения топических глюкокортикостероидов. Многоочаговая форма и микроспория с поражением пушковых волос требует назначения системной антимикотической терапии (гризеофульвин и тербинафин). Гризеофульвин — «золотой стандарт» лечения микроспории волосистой части головы, что обусловлено проникновением в стержень волоса. В нашем исследовании большинство (72,0%) находились на гризеофульвинотерапии. Удлинение сроков клинико-микологического излечения наблюдалось при отсроченном назначении системных антимикотиков.

Выводы. Результаты исследования эпидемиологической ситуации по заболеваемости микроспорией в Свердловской области свидетельствуют о нестабильности показателей заболеваемости как в общей популяции, так и среди детского населения. Предшествующее лечение способствует формированию атипичных форм микроспории, диагностическим ошибкам, отсроченному назначению системной терапии. Необходимо повышать эффективность профилактических мероприятий, оптимизировать проведение заключительной дезинфекции очагов дерматомикозов.

СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ НДСТ В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В.

Введение. Дисплазия соединительной ткани — это генетически детерминированное состояние с прогредиентным течением, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к нарушению формообразования органов и систем, определяющее особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов. В дерматологической и косметологической практике проблема нДСТ весьма актуальна, так как частота встречаемости отдельных проявлений данного синдрома среди пациентов может достигать от 8 до 80%. Данная анкета в сочетании с генетическими панелями позволяют выявлять нДСТ и персонализированно выстраивать программу коррекции, улучшая эффективность косметологических процедур и профилактируя серьезные осложнения.

Цель: изучить молекулярно-генетическую предрасположенность нДСТ при проведении косметологических процедур и продемонстрировать алгоритм тактики ведения.

Материалы и методы. Для диагностики нДСТ у пациентов была использована разработанная автором «генетическая панель для диагностики нДСТ» и анкета скрининга нДСТ в косметологической практике. В исследование были включены 46 пациентов, получавших коллагеностимулирующие процедуры, которые были разделены на 2 группы. Первая группа включала 22 пациента

с выявленной предрасположенностью к нДСТ, вторая группа включала 24 пациента и не имела признаков нДСТ.
Результаты: было установлено, что наиболее информативными генами в диагностике нДСТ являются: rs1800012_COL1A1, rs7787362_ELN, rs1800255_COL3A1, rs33972313_SLC23A1, rs1799750_MMP1, rs35068180_MMP3. Благодаря сочетанному применению анкеты скрининга нДСТ в косметологической практике и генетических панелей автору удалось достичь выраженных результатов от коллагеностимулирующих методов у пациентов и профилактировать возможные осложнения.
Обсуждение. Общие подходы к диагностике нДСТ должны быть основаны на комплексном анализе результатов клинических и лабораторных исследований. При проведении векторного лифтинга на основе полимолочной кислоты следует учитывать генетическую детерминанту и своевременно готовить пациента с помощью аминокислотно-заместительной терапии и IV-нутрицевтической поддержки.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Новосибирский государственный университет
Новосибирск
Еремина А. А., Сергеева И. Г.

Введение. Фолликулярная окклюзия является решающим пусковым механизмом в патогенезе таких заболеваний, как гнойный гидраденит, конглобатные акне, абсцедирующий перифолликулит головы и пилонидальная киста, приводящие к развитию характерных поражений кожи: болезненных узлов, абсцессов, комедонов, свищевых ходов и рубцов. Установление ошибочных диагнозов и несвоевременность диагностики характерны для синдрома фолликулярной окклюзии (СФО), что значительно снижает качество жизни пациентов.
Цель. Оценить характеристику пациентов с симптомами фолликулярной окклюзии на приеме у врача дерматовенеролога.
Методы и материалы. Ретроспективным методом был отобран 61 пациент (43 мужчины и 18 женщин в возрасте от 15 до 70 лет) с симптомами фолликулярной окклюзии. Оценивали наличие у пациента гнойного гидраденита, или фолликулита волосистой части головы (ВЧГ), или двух и более компонентов СФО.
Результаты. Среди пациентов с СФО 71% составили мужчины, 29% — женщины. Средний возраст пациентов составил 32 [24; 39] года, средний возраст начала заболевания — 25 [16; 37] лет. 17 (27,9%) пациентов имели гнойный гидраденит, 30 (49,2%) — фолликулит ВЧГ, 10 (16,4%) — два различных компонента СФО, 3 (4,9%) — фолликулярную триаду, 1 (1,6%) — фолликулярную тетраду. Наиболее часто поражалась область ВЧГ у 37 (60,7%) пациентов, лица — у 31 (50,8%), подмышечных впадин — у 17 (27,9%), паха — у 10 (16,4%). Сопутствующими заболеваниями были дислипидемия у 17 пациентов (27,9%), ожирение — у 6 (9,8%), гипертония — у 4 (6,6%), псориаз — у 4 (6,6%), сахарный диабет — у 2 (3,3%), недифференцированный артроз суставов — у 1 (1,6%), гнойный артрит — у 1 (1,6%). Пациенты получали лечение: 10 (16,4%) пациентов — хирургическое, 12 (19,7%) — системные антибиотики, 10 (16,4%) — системные ретиноиды, 11 (18%) — местную терапию, 1 (1,6%) — системные противогрибковые препараты. До верификации диагноза пациентам были установлены: атероматоз лица у 1 пациента (1,6%), дерматит — у 1 (1,6%), себорейный дерматит ВЧГ — у 1 (3,3%), пиодермия ВЧГ — у 1 (1,6%), псориаз ВЧГ — у 1 (1,6%), дерматофития ВЧГ — у 1 (1,6%).
Обсуждение. Среди пациентов с двумя компонентами синдрома фолликулярной окклюзии чаще встречали пациентов с гнойным гидраденитом и акне тяжелой степени тяжести, что составило 40% случаев в данной группе, реже встречали пациентов с пилонидальной кистой и акне тяжелой степени тяжести. Гнойный гидраденит и акне тяжелой степени тяжести также наблюдали у всех пациентов с фолликулярной триадой, у одного из которых третьим компонентом являлась пилонидальная киста, и был установлен диагноз гнойный артрит, что, вероятно, следует рассматривать как синдромальную форму. Реже всего встречали фолликулярную тетраду.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

COVID-19 И АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. В ФОКУСЕ — КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА
Михеева Э. С., Жукова О. В. 1

АКНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕМНОЙ КОЖЕЙ
Острецова М. Н., Касихина Е. И. 1

АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЙ СЫВОРОТОЧНОЙ ТРИПТАЗЫ У ДЕТЕЙ С МАСТОЦИТОМАМИ КОЖИ
Жукова О. В., Касихина Е. И., Оценаева А. К. 2

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ НОГТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИМЕНЯВШИХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ
Часник А. С., Позднякова О. Н., Шипилова Н. А., Пахомова В. В., Губанова Е. Г., Сергеева И. Г. 2

БАКТЕРИОФАГИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОВ И ДЕРМАТОЗОВ
Чернова Н. И., Задорожная И. С., Проскурина М. И. 3

ВЛИЯНИЕ МИЛИАЦИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ
Башмалух Н. В., Николаева Т. В., Полякова В. С. 3

ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ КОЖИ ВНЕ ОЧАГОВ ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ FLG
Макеенко О. А., Еремина А. А., Сергеева И. Г. 4

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА У 11-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ
Валитова И. В., Орлова К. А., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф., Мамлина Н. К., Бобров М. А. 4

ГРАНУЛЫ ФОРДАЙСА СЛИЗИСТОЙ ГУБ, ПОЛОСТИ РТА И РЕЧЕВАЯ НАГРУЗКА
Артемьева И. Л., Спиридонова Т. К. 4

ДЕРМАТОМИОЗИТ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Черкун А. И. 5

ДРУГИЕ УТОЧНЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОЖИ. ЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЯ ВАРИАБЕЛЬНАЯ МЕНДЕСА ДА КОСТЫ
Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С. 5

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ
Маркова Н. И., Воробцова Е. С., Сунятуллина Н. Р. 6

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ ВОЗВРАЩАЕТСЯ В РЯД РЕАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЗОЛОГИЙ
Фриго Н. В., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Орлова К. А., Катунина О. Р., Гребенюк В. Н. 6

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У 13-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА
Орлова К. А., Сергеева Е. К., Заторская Н. Ф., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Катунина О.Р 7

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У ЖЕНЩИНЫ 56 ЛЕТ
Орлова К. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Бурлака А. А., Гребенюк В. Н., Катунина О. Р. 7

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1790753 ГЕНА ГЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗЫ P1 С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПСОРИАЗУ У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ
Саранюк Р. В., Полоников А. В. 7

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПСОРИАЗЕ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СКВОЗЬ ПРИЗМУ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Багаева А. М. **8**

КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОТТРОНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Огай Д. В., Солнцев В. В., Юнда И. В., Чепрасова А. В. 8

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ КОЖИ И ПРИДАТКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Усубалиев М. Б., Шакирова А. Т. 9

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫХ ТИПОВ РЕПИГМЕНТАЦИИ У ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С НЕСЕГМЕНТАРНЫМ ВИТИЛИГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ УЗКОПОЛОСНЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ СВЕТОМ (UVB) С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ
Бородулина К. С., Кашперова О. Г., Прокопова Е. М., Сороченко Е. В. 9

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ
Ильин Л. А., Романова И. В. *10*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПСОРИАЗА
Каирова А. Н., Михайленко Н. Ю., Гилякова Д. Н. 10

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАЛЬЦИНОЗА КОЖИ
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Мирошниченко Б. С., Носелидзе А. Р. 11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОГО И ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОГО ПОДТИПОВ РОЗАЦЕА
Соколова А. В., Фимочкина Г. Р. 11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С АМИЛОИДОЗОМ КОЖИ
Глоба Е. И., Бохонович Д. В., Варзиева А. В. 12

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОСАРКОМЫ КАПОШИ
Беленкова А. А., Волкова С. Б. 12

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВОЛЧАНКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В., Донченко И. Ю., Радионова Е. Е. 13

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАСПРОСТРАНЕННАЯ ТРИХОФИТИЯ
Чепрасова А. В., Юнда И. В., Полевщикова С. А., Солнцев В. В., Огай Д. В. 13

ЛИШАЙ ВИДАЛЯ — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
Волкова С. Б., Некрасова О. Е. 14

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ
Волкова С. Б., Герман А. О. 14

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АПЛИКАЦИОННОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ
Колдарова Э. В., Сыдиков А. А., Мухамедов И. М., Мухамедов Б. И. 15

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ
Проценко О. А., Проценко Т. В., Боряк С. А., Провизион А. Н., Милус И. Е. 15

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ВЫБОРА ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТИТОВ КРУПНЫХ СКЛАДОК
Согомонян Л. М., Чаплыгин А. В., Чаплыгин К. А., Серебрякова И. С. 16

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА У ПАЦИЕНТА С РЕФРАКТЕРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА РОУЭЛЛА
Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Мартинова И. В. 16

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) С ЛОКАЛЬНЫМ НАНЕСЕНИЕМ ГЕЛЯ-ПЕНЕТРАТОРА СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ
Сучканцев Н. А. 1, Игнатова Е. В. 1, Денисова Е. В. 1, Маляренко Е. Н. 1,2, Жукова О. В. 1,2, Корсунская И. М. 1 17

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА
Радионов В. Г., Радионов Д. В. 17

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ
Алхаффар С., Касихина Е. И., Валитова И. В. 18

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОТЕРАПИИ АКНЕ
Хатаева Д. И., Демина О. М. 18

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОТТРОНА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Белова Д. А., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф., Назимкин К. Е. 19

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ
Ташкенбаева У. А., Алиев А. Ш., Усманалиев С. А., Колдарова Э. В. 19

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ
Киселе А. С., Трубилин А. В., Яворовская А. А. 20

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Ревякина В. А., Мельникова К. С., Кувшинова Е. Д. 20

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕХНОЛОГИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ИППП
Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Жукова О. В., Шарапова Е. Н. 21

ОЦЕНКА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ОНИХОМИКОЗОМ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ И МЕТОДЫ ИХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Аль Каиси З. Д., Разнатовский К. И. 21

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И УРОВНЯ БИОМАРКЕРОВ (СЫВОРОТОЧНОГО АМИЛОИДА А1, ИРИСИНА, МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-8 И IL-17) У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ
Корнят М. С., Жукова О. В., Фриго Н. В., Смердова М. А., Лаухтина С. А. 22

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ
Ибрагимова Н. С., Ибрагимов О. Д., Совастенко А. Л. 22

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА В НОВОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ
Сорокина Е. В., Ахматова Э. А., Сенцова Е. Ю., Бишева И. В., Столпникова В. Н., Калиниченко Е. О., Сходова С. А. 23

ПЕРЕСМОТР ТЕРМИНА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗУДА
Бобко С. И.1, Штендер С. 2 23

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПРОЦЕССА И ЗУДА ПРИ ПСОРИАЗЕ, АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ, ПРУРИГО
Бобко С. И., Артемьева С. И., Смердова М. А. 24

ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОМОМЕНТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА А В СНИЖЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЭРИТЕМЫ ЛИЦА И ТЕРАПИИ ГИПЕРКИНЕЗА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
Еззет А. Ф., Юцковский А. Д. 24

ПОЛИМОРФИЗМ RS10858082 ГЕНА ГЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗЫ М4 И ПСОРИАЗ: СВЯЗЬ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЕЗНИ
Саранюк Р. В., Полоников А. В. 25

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕАНСОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Ковалева М. Н., Маркович К. И., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Корсунская И. М. 25

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ
Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Страпко Е. В. 26

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ
Проценко Т. В., Провизион А. Н., Проценко О. А., Боряк С. А. 26

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р. 27

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Мирзоян В. Л., Лесная И. Н., Беттихер О. В. 27

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ У ПАЦИЕНТА 11 ЛЕТ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ИМПЛАНТАТОМ В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
Шеров В. В., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф. 28

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА.
Плиева К. Т., Корсунская И. М., Денисова Е. В., Шалагинова А. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В. 28

СВЕТОВЫЕ МЕТОДЫ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ
Цыганкова Е. И., Васенова В. Ю. 29

СИНДРОМ ОЛМСТЕДА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Алиев А. Ш., Колдарова Э. В., Мухамедов Б. И. 29

СИСТЕМНЫЙ ВАСКУЛИТ И РОЛЬ ВРАЧЕЙ-СМЕЖНИКОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА
Радионов В. Г., Радионов Д. В. 30

СКЛЕРОПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Иванова П. К., Катунина О. Р., Трофимова М. С. 30

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА У ДЕВОЧЕК-БЛИЗНЕЦОВ
Шеров В. В., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф. 31

СЛУЧАЙ СИНДРОМА СВИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КРОВИ
Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Корсунская И. М., Радионова Е. Е., Бобров М. А., Лебедева Е. В. 31

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ (ГИДРАДЕНИТА СУППУРАТИВНОГО)
Русина Е. Н., Шатилов А. В., Анохина В. А. 32

СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА У ПАЦИЕНТКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ АРТИФИЦИАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА
Бохонович Д. В., Горелова Е. А., Пашкова Е. С. 32

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АКНЕ, РОЗАЦЕА И ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
Ковалюк А. И., Юцковский А. Д. 33

СОВРЕМЕННОЕ СРЕДСТВО С КАЛЬЦИПОТРИОЛОМ И ДИКАЛИЙ ГЛИЦИРРИЗИНАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА КОЖИ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ
Карпова О. А. 33

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО
Волнухин В. А., Петров В. А. 33

СОЗДАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ КОЛ-ЦЕНТРА В ГБУЗ «СОКВД»
Ихтиаров Р. И., Пряжкина В. В. 34

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Михайлова И. А., Артемьева С. И. 34

СТОЙКАЯ ДИСХРОМИЧЕСКАЯ ЭРИТЕМА РАМИРЕСА У 13-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА.
Фасахова Р. Р., Орлова К. А., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф., Катунина О. Р. 35

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ И ТЯЖЕЛОМ ПСОРИАЗЕ
Аликбаев Т. З. 1,2, Разнатовский К. И. 2, Гулордава М. Д. 2, Ракаб Х. Э.И. 2 35

СУБЪЕКТИВНЫЙ ШУМ В УШАХ НА ФОНЕ ПРИЕМА НИЗКИХ ДОЗ ИЗОТРЕТИНОИНА
Колерова А. В. 36

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ НА ФОНЕ ПСОРИАЗА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Быков Ю. В., Беккер Р. А. 36

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Жукова О. В., Васильцова М. Ю., Урпин М. В. 37

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АУТОИММУННЫХ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ
Жукова О. В., Хамаганова И. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Шалагинова А. В., Гурдуз В. В. 37

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ
Дацина А. В., Егорова О. Н. 38

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ
Симакова Н. А., Винник Ю. Ю. 38

ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ЗУД И ТЯЖЕЛАЯ ДЕПРЕССИЯ У БЕРЕМЕННОЙ
Быков Ю. В., Беккер Р. А. 38

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Сысоева В. С., Сунятуллина Н. Р., Маркова Н. И. 39

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ В ВИДЕ ЭРИТЕМЫ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ 311НМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФИЗИОТЕРАПЕВТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С. 39

ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА HSF1 И HSF2 В КЛЕТКАХ КОЖИ МУЖЧИН С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Кандалова О. В., Елистратова И. В., Ляпон А. О. 40

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКОГО МИНОКСИДИЛА ПРИ ТРИХОРИНОФАЛАНГЕАЛЬНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА
Боткина А. С., Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Лазутина Е. В. 40

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОВИД-ИНФЕКЦИИ
Гребенников ВА, Гребенникова СВ. 41

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Радионов В. Г., Радионов Д. В., Хайминов Е. М., Невидомая А. А. 42

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВУСА САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ.
Белова Е. А., Левина Ю. В., Беленькова Ю. Б. 42

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ С МЕТАСТАЗАМИ
Волкова С. Б., Герман А. О. 42

ПРЕДИКТОРЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ
Чернякова О. И.1,2, Разнатовский К. И.1, Аликбаев Т. З.1,3, Вашкевич А. А.1,3, Александрова И. Б.2 43

РАЗРАБОТКА МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ БИНАРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА (ИИ)
Ускова К. А., Шливко И. Л., Гаранина О. Е., Клеменова И. А. 44

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», ФИЛИАЛЕ «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО», ЗА ПЕРИОД С 2021 ПО 2023 Г.
Дурдыева М. М., Лыткина Е. А., Максимова М. В., Васильева А. Ю., Маляренко Е. Н., Хамаганова И. В. 45

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С БЛПР — ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЗДНИХ ФОРМ СИФИЛИСА
Волкова С. Б., Спицина Е. Г. 45

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В. 46

ИСКУССТВЕННЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Темников Д. В., Нестерова О. А., Марченко Б. И., Темников В. Е. 46

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ.
Колиева Г. Л., Кисина В. И., Гущин А. Е., Потекаев Н. Н., Полевщикова С. Ю., Хачатурян А. Ю., Романова И. В. 47

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Русина Е. Н., Шатилов А. В. 47

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТАКТИК
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р. 48

РАБОТА МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО РЕФЕРЕНС-ЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА
Кошелев Ю. А., Кудрявцева Л. Е., Магарышкина О. В. 48

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СТРАНАХ МИРА
Попова Е. А., Фриго Н. В., Негашева Е. С., Васильцова М. Ю., Урпин М. В., Добржинская Н. А., Толстогузова Э. В., Глазунова Е. В. 49

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН
Мусакова М. В., Кисина В. И., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Баскакова И. Р. 49

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕТРЕПОНЕМНЫХ И ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОГО ПОЗДНЕГО СИФИЛИСА
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А. 50

КОСМЕТОЛОГИЯ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА С ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИГМЕНТАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
Потекаев Н. Н., Васильева Е. С., Мустафа Аль Замил, Гребенюк В. Н., Орлова К. А., Рождественская Е. А., Заторская Н. Ф. 51

МЕТОДИКА «СКУЛЬПТУРА ЛИЦА» КАК РЕЗУЛЬТАТ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАПАТЕНТОВАННЫМ МЕТОДОМ ДРЕНАЖНОЙ МЕЗОТЕРАПИИ И ВОСПОЛНЕНИЕ ОБЪЕМОВ ФИЛЛЕРАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ
Мороз О. Н. 51

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОЖИ ФРАКЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРАПИИ НЕИЗОЛИРОВАННЫМИ МИКРОИГЛАМИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ
Щенникова Н. К., Карпенко А. А., Петрова К. С. 52

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИТЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОСМЕТОЛОГИИ
Прибылова И. В. 52

ПАЦИЕНТ 65+ В КЛИНИКЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПО ПСИХО-МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ. ТОНКАЯ ГРАНЬ МЕЖДУ ЭЙДЖИЗМОМ И НЕГАТИВИЗМОМ
Гладько В. В., Измайлова И. В. 53

ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ КОСМЕТОЛОГА.
Дубовая Е. Г., Королькова Т. Н. 53

ПОДОЛОГИЯ

ПАЦИЕНТКИ С ГЕЛЬ-ЛАКОМ КАК НОВАЯ ГРУППА ОНИХОДИСТРОФИЙ
Исаева В. Л., Овчинникова С. П., Малиновская В. В., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф. 54

ТРАХИОНИХИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
Саранюк Р. В. 54

ТРИХОЛОГИЯ

КЕРАТОМИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТРИХОЛОГА — СЛУЧАЙ БЕЛОЙ ПЬЕДРЫ
Сафонова Л. А. 55

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ И РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АЛОПЕЦИЙ У ТРИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
Юцковский А. Д., Черненко О. А. 55

МИМИКРИЯ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ
Гаджигороева А. Г., Гафуров Р. А. 55

НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИНЫ 50 ЛЕТ
Каюмов С. Ф., Рапопорт А. Л., Романова А. О. 56

ОНЛАЙН КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ТРИХОЛОГИИ
Леденцова С. С. 56

РОЛЬ ГИСТАМИНА И H3/H4-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ И В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ
Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Ханферьян Р. А. 57

РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ И ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ФОЛЛИКУЛИТЫ: БАЛАНС МЕЖДУ ТРАДИЦИОННЫМ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ ПОДХОДАМИ
Сорокина Е. В. 57

ТЯЖЕЛАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ НА ФОНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
Быков Ю. В., Беккер Р. А. 57

ФАЦИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФРОНТАЛЬНОЙ ФИБРОЗИРУЮЩЕЙ АЛОПЕЦИИ КАК ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.
Гаджигороева А. Г., Романова Ю. Ю. 58

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК ПРИ ТЕЛОГЕНОВОМ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТРИХОЛОГА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ.
Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С. 58

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ВАЛИДИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНКЕТЫ ДИАБЕТ-СКРИНИНГА В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ, ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ И ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В. 59

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ PITYRIASIS LICHENOIDES ET VARIOLIFORMIS ACUTA
Або Хадиджех М. Б. 1, Плиева К. Т. 2, Жукова О. В. 1,2, Маляренко Е. Н. 1,2, Шалагинова А. В. 2, Касихина Е. И. 1,2, Острецова М. Н. 1. 59

ИЗУЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
Портнягина Н. Е., Квардакова А. К., Пахомова В. В., Губанова Е. Г., Деева Н. В., Сергеева И. Г. 60

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Бекенева К. А., Сергеева И. Г. 60

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ LARVA MIGRANS В ПРАКТИКЕ МОСКОВСКОГО ДЕРМАТОЛОГА
Башкирова Л. М., Бакусева З. Я., Заторская Н. Ф., Негашева Е. С., Лаухтина С. А. 61

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЫ У ПАЦИЕНТА ИЗ ЭКВАДОРА И ЕЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ
Кастилло К. М., Медранда М. Р., Вильямар Д. А., Терещенко Г. П. 61

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА
Бузина К. И., Бородулина К. С., Касихина Е. И. 62

ОСТРЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЭКЗАНТЕМАТОЗНЫЙ ПУСТУЛЕЗ: ТЯЖЕЛАЯ КОЖНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕАКЦИЯ
Царегородцева А. А., Титова Д. И., Николаева К. И., Бочкарев Ю. М. 62

ОЦЕНКА ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА И КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В. 63

РАЗВИТИЕ АМИЛОИДОЗА КОЖИ У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
Поршина О. В., Михайлова И. А., Кишенина А. В., Михайлова А. И., Бобров М. А. 63

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИНДЛЕР У РЕБЕНКА, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА
Логунова О. А., Орлова О. С. 64

СИНДРОМ КОМЕЛЯ–НЕТЕРТОНА
Артыкова А. А., Бражникова А. П. 64

СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО МУЦИНОЗА
Назарова А. С. 1, Або Хадиджех М. Б. 1, Маляренко Е. Н. 2, Шалагинова А. Н. 2, Ковалева М. Н. 2 65

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МИКРОСПОРИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Титова Д. И., Антонова С. Б. 66

СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ НДСТ В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Моржанаева М. А., Свечникова Е. В. 66

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Еремина А. А., Сергеева И. Г. 67

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

СБОРНИК ТРУДОВ

17 Всероссийский Съезд Национального Альянса Дерматовенерологов и Косметологов

18–20 марта 2024 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»

Сдан в набор 12.03.2024. Подписано в печать 13.03.2024.

Гарнитура Bliss Pro.

ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС», 127434, Москва, ул. Дубки, д.2, офис этаж 1, помещ. IV

9 785933 814740



www.nadc.ru