НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

18 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Москва | 18-20 марта 2025

СБОРНИК ТРУДОВ



Научный редактор Сборника Трудов
18 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

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЗОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ КУРС УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва
Бородулина К. С., Касихина Е. И.

Введение. Спектр дерматологических заболеваний, как и клинические проявления, многообразны. Их течение не всегда предсказуемо и часто сочетается с наличием у пациента коморбидных состояний, которые могут являться триггерами для дебюта и причиной поддержания длительного воспалительного процесса на коже. Эти факторы так же негативно сказываются на социализации пациентов, ухудшая качество жизни. Наряду с отягощенным анамнезом в последнее время отмечается нарастание встречаемости клинических случаев наличия сочетанных нозологий дерматологического профиля у одного пациента. Исследования показывают, что аутоиммунные/иммунноопосредованные заболевания имеют высокую тенденцию к сочетанию друг с другом. Установлено, что частота встречаемости таких комбинаций разнится в зависимости от популяции. Например, в Европе отмечается более высокий показатель встречаемости комбинации «псориаз — витилиго» у одного человека, чем в Азии. Целью нашего исследования явилось проведение анализа встречаемости полиморбидности дерматологических нозологий у пациентов, получающих курс ультрафиолетовой фототерапии в отделении физиотерапии, лазеротерапии и других аппаратных методов лечения.
Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации — амбулаторных карт пациентов, получающих различные виды фототерапии с выкипировкой карт с документально подтвержденными заключительными дерматологическими диагнозами, установленными врачами-дерматовенерологами. Глубина анализа составила 2 года: 2023–2024 гг.
Результаты. Проведенный анализ медицинской документации показал: за период 2023–2024 гг. число пациентов, имеющих 2 и более подтвержденных дерматологических диагнозов, получивших фототерапию, составило 11 человек. Из них у 10 человек (90,9 %) было установлено 2 диагноза, одному больному (9,1 %) диагностировано сочетание одновременно 3 диагнозов. Гендерное распределение между мужчинами и женщинами составило: мужчины — 6 (54,5 %), женщины — 5 (45,5 %). Возраст пациентов: 18–69 лет. Среди сочетанной дерматологической патологии встречались: псориаз — витилиго (5 человек — 45,5 %), псориаз — атопический дерматит (1 человек — 9,1 %), атопический дерматит — витилиго (2 человека — 18,2 %), красный плоский лишай — витилиго (1 человек — 9,1 %), красный плоский лишай — псориаз (1 человек — 9,1 %), красный плоский лишай — псориаз — витилиго (1 человек — 9,1 %). При всех вышеперечисленных диагнозах, с учетом клинических рекомендаций, возможно назначение фототерапии в качестве метода лечения. Выбор и назначение метода фототерапии происходили на основании тяжести основного заболевания (указан в сочетании первым диагнозом), с учетом сопутствующих заболеваний. Анализируемая группа пациентов получала курс общей средневолновой узкополосной ультрафиолетовой фототерапии 311 нм (9 человек — 81,8 %) или общей ПУВА-терапии с пероральным приемом фотосенсибилизатора (2 человека — 18,2 %). Среднее медианное количество процедур на курс узкополосной ультрафиолетовой фототерапии 311 нм составило 24,8 процедуры, при ПУВА-терапии — 26,4 процедуры. У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость назначенного лечения, с выраженной клинической эффективностью по окончании курса фототерапии.
Заключение. Таким образом, у пациентов с полиморбидностью, получавших ультрафиолетовую фототерапию в период 2023–2024 гг., среди сочетания диагнозов наиболее часто встречалась комбинация «псориаз — витилиго» (45,5 %), при этом частота встречаемости каждого из этих двух диагнозов в отдельности превалировала в структуре полиморбидности и с другими аутоиммунными заболеваниями, составив 81,8 %. Анализ полиморбидности дерматологических нозологий показал преобладание у пациентов симбиоза иммунноопосредованных заболеваний. Данные состояния могут являться клинической проблемой и требуют тщательного сбора анамнеза для проведения дифференциально-диагностического поиска, а также мультидисциплинарного подхода в выработке общей тактики ведения пациентов, назначения эффективной терапии. Своевременная правильная диагностика и лечение могут существенно улучшить качество жизни пациентов с полиморбидной патологией.

АНАЛИЗ СОЧЕТАНИЯ ДЕРМАТОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ И МИКОЗА СТОП

Новосибирский государственный университет; Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Новосибирск
Симонова Д. Д., Манакова Е. А., Шипилова Н. А., Недвигина Е. С., Сергеева И. Г.

Введение. В настоящее время одной из медико-социальных проблем являются поверхностные микозы, среди которых наиболее часто встречается микоз стоп.

Цель исследования. Провести анализ клинических проявлений микоза стоп у пациентов с дерматофитиями гладкой кожи.
Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки было отобрано 40 пациентов в возрасте от 23 лет до 85 лет с микозом стоп в сочетании с дерматофитиями гладкой кожи. Дерматомикоз гладкой кожи включал микоз туловища, микоз крупных складок и микоз кистей, а также сочетание этих форм. Для лабораторной диагностики грибковой инфекции гладкой кожи, кожи стоп проводили микроскопическое исследование нативных препаратов с 10% КОН.
Результаты. Среди 40 пациентов с микозом стоп в сочетании дерматофитиями гладкой кожи у 6 (15%) пациентов данное сочетание наблюдали в молодом возрасте, у 6 (15%) пациентов в среднем и у 28 (70%) — в пожилом и старческом возрасте. У пациентов с дерматомикозами гладкой кожи сквамозную форму микоза стоп встречали у 23 (57,5%) человек, гиперкератотическую — у 1 (2,5%), дисгидротическую — у 1 (2,5%), интертригинозную — у 1 (2,5%), сквамозно-гиперкератотическую — у 11 (27,5%), интертригинозно-дисгидротическую — у 2 (5%) и сквамозно-интертригинозную — у 1 (2,5%). Среди поражения гладкой кожи дерматофитиями микоз крупных складок встречали у 17 (42,5%) пациентов, микоз туловища — у 14 (35%), микоз кистей — у 3 (7,5%), сочетание микоза кистей и микоза туловища — у 3 (7,5%), сочетание микоза крупных складок, микоза кистей и микоза туловища — у 2 (5%), сочетание микоза туловища и микоза кистей — у 1 (2,5%) пациента.
Выводы. Среди пациентов с сочетанием микоза стоп с дерматофитиями гладкой кожи преобладали пациенты пожилого и старческого возраста (70%). У пациентов с дерматомикозами гладкой кожи в сочетании с микозом стоп чаще встречалась сквамозная форма микоза стоп (57,5%) и сочетание сквамозной и гиперкератотической форм (27,5%).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ–КУЗБАССА ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2023 ГОД

Кемеровский государственный медицинский университет
Кемерово
Янец О.Е., Дяченко К.А.

Введение. На сегодняшний день псориаз является распространенным, хроническим аутоиммунным воспалительным заболеванием, поражающим кожный покров, ногтевые пластинки, опорно-двигательный аппарат. В развитии псориаза имеют значение наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды. К числу провоцирующих факторов относят психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), злоупотребление алкоголем, прием определенных препаратов.
Цель. Провести анализ заболеваемости псориазом в Кемеровской области-Кузбассе за период с 2013 по 2023 год.
Материалы и методы. Материалом для статистического анализа заболеваемости на территории Кемеровской области–Кузбасса являются статистические материалы следующего источника: Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи в 2023 году
Результаты. Согласно статистическим данным, на территории Кемеровской области–Кузбасса общая заболеваемость псориазом на 100 тыс. населения составила в 2010 году — 56,6, в 2015 году-102,0, в 2022 году — 71,1, в 2023 году — 103,5. В Сибирском Федеральном округе заболеваемость псориазом на 100 тыс. населения составила: в 2010 году — 63,1, в 2015 году — 71,1, в 2022 году — 59,6, в 2023 году — 68,4. Заболеваемость псориазом в Российской Федерации на 100 тыс. населения составила: в 2010 году — 69,5, в 2015 году — 62,5, в 2022 году — 64,2, в 2023 году — 64,7. Из статистических данных можно отметить, что заболеваемость псориазом на 100 тыс. населения в Кемеровской области–Кузбассе с 2010 по 2015 год, а также с 2022 по 2023 год имела значительный рост. В период с 2015 по 2022 год рост заболеваемости на территории Кемеровской области–Кузбасса не отмечался. Заболеваемость псориазом в Кемеровской области–Кузбассе в 2010 году была ниже показателей заболеваемости Сибирского федерального округа и Российской Федерации, но с 2015 года заболеваемость имела показатели цифр превышающие в сравнении с цифрами заболеваемости в Сибирском федеральном округе и Российской Федерации.
Заключение. В Кемеровской области–Кузбассе с 2010 по 2023 год имеется тенденция к росту заболеваемости, что может быть связано с высоким уровнем обращения пациентов за медицинской помощью и активной работой дерматовенерологической службы региона.

ВАСКУЛИТЫ, ОГРАНИЧЕННЫЕ КОЖЕЙ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ И ПРОГНОЗ

Белорусский государственный медицинский университет
Минск
Ходаковский В.А., Музыченко А.П.

Введение. Васкулиты, ограниченные кожей, представляют собой дерматозы, в клинической и патоморфологической картине которых первоначальным и ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок дермальных и гиподермальных сосудов разного калибра. Несмотря на отсутствие системных проявлений, васкулиты, ограниченные кожей, могут быть прогностически значимыми, поскольку отражают глубокие патофизиологические процессы, включая иммунные реакции, тромбоз и эндотелиальную дисфункцию. В последние годы активное применение методов иммуногистохимического (ИГХ) анализа позволило уточнить механизмы формирования воспаления сосудистой стенки, что повышает точность диагностики и персонализирует терапевтические подходы.
Целью данного реферативного обзора является анализ современных отечественных и зарубежных литературных данных по клинико-морфологической корреляции при васкулитах, ограниченных кожей, с акцентом на прогностическое значение морфологических и иммуногистохимических характеристик.
Материалы и методы. При проведении обзора были изучены статьи, опубликованные в международных базах данных (PubMed, Scopus, Web of Science) и в отечественных рецензируемых журналах за последние 10 лет. В анализ включены исследования, содержащие клинико-гистологические корреляции, применение ИГХ-методов, а также данные о прогностических критериях кожных васкулитов.
Результаты. Исследования показывают, что клинические проявления васкулитов, ограниченных кожей, коррелируют с гистологическим типом воспаления и выраженностью иммунных отложений. Пальпируемая пурпура, наиболее частый клинический

признак, связана с некротизирующим лейкоцитокластическим васкулитом, при котором гистологически выявляется отложение иммуноглобулинов (IgA, IgM, реже IgG) в стенках мелких сосудов. Буллезные и некротические формы ассоциированы с тромбозом сосудов микроциркуляторного русла, что подтверждается выявлением CD31+ и CD34+ эндотелиоцитов, свидетельствующих о пролиферации эндотелия и нарушении ангиогенеза. Хронические рецидивирующие формы васкулитов характеризуются преобладанием Т-клеточной инфильтрации (CD4+, CD8+) и персистирующим иммуновоспалительным ответом.

Иммуногистохимические исследования позволяют не только уточнить тип воспалительной инфильтрации, но и оценить выраженность повреждения эндотелия и отложения фибрина, что имеет прогностическое значение. Высокая экспрессия маркеров активации макрофагов (CD68) и нейтрофильных внеклеточных ловушек (MPO, NE) коррелирует с тяжелым течением васкулита и риском некротических изменений.

Обсуждение. Анализ литературных данных свидетельствует о значении клинико-гистологической корреляции для прогноза васкулитов, ограниченных кожей. Васкулиты с выраженным лейкоцитокластическим воспалением и отложением иммуноглобулинов чаще имеют доброкачественное течение и разрешаются самостоятельно или при использовании препаратов первой линии терапии (глюкокортикостероиды). В то же время васкулиты с выраженной эндотелиальной пролиферацией, тромбозами и некрозами кожи, как правило, имеют рефрактерное течение, требуют альтернативной терапии и характеризуются высоким риском рецидивов. Современные исследования подтверждают важность ИГХ-исследований в диагностике васкулитов, ограниченных кожей. Например, выявление экспрессии VEGF указывает на компенсаторные ангиогенные процессы, тогда как повышение уровня ICAM-1 и VCAM-1 коррелирует с тяжестью воспалительного ответа. Это открывает перспективы для разработки таргетной терапии, направленной на модуляцию воспалительных процессов и ангиогенеза.

Заключение. Таким образом, клинико-морфологическая корреляция является ключевым аспектом в понимании патогенеза васкулитов, ограниченных кожей, и прогнозировании их течения. Иммуногистохимические маркеры помогают уточнить характер воспаления и повреждения сосудистой стенки, что позволяет персонализировать терапию и снизить риск осложнений. Дальнейшие исследования, направленные на разработку новых молекулярных мишеней, могут значительно повысить качество диагностики и лечения данной патологии.

ВЛИЯНИЕ ДИССОМНИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АКНЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
Яковлева Е. Н.

Введение. Акне является одним из самых распространенных дерматозов, который влияет на качество жизни социально-активных молодых людей. У пациентов с акне часто отмечаются снижение самооценки, чувство беспокойства, депрессия, что может привести к социальной дезадаптации и проблемам в личной жизни больных. Основным следствием дистресса у пациентов с психологическими отклонениями, как правило, являются нарушение сна и сексуальные дисфункции.

Цель. Изучить влияние степени тяжести акне на уровень сомнологических расстройств и качество сексуальной жизни молодых женщин.

Задачи. 1) Оценить уровень сомнологических нарушений у пациенток с акне; 2) Провести сравнительную оценку качества жизни и сексуальной дисфункции у женщин с акне; 3) Определить корреляционную связь между степенью тяжести дерматоза качеством сна и уровнем сексуальной жизни.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены женщины с акне легкой и средней степени тяжести (n=130), средний возраст 23,3±2,7 года. Тяжесть дерматоза рассчитывали при помощи Глобальной системы оценки акне (GAGS); определение качества сна — Питтсбургский индекс качества сна (PSQI); оценка качества жизни — Дерматологический индекс качества жизни (DLQI) и Индекс женской сексуальной функции (FSFI).

Результаты. Пациентки были ранжированы на группы: I группа (PSQI≥5; Me-12,0 [10,0–13,0] балла) — «плохо спящие» (n=85); баллов и II группа (PSQI<5; Me-3,0 [2,0–3,0] балла) — «хорошо спящие» (n=45), p<0,001. Было установлено, что более тяжелая степень течения акне согласно индексу GAGS чаще регистрировалась в I группе 26 [25,0–28,0], где превалировали больные со средней степенью тяжести заболевания 96,47 % (n=82); во II группе медиана баллов составила 18 [16,0–19,0], и преобладали женщины с легкой формой дерматоза — 62,22 % (n=28). Акне оказывало очень сильное и чрезвычайно сильное влияние на качество жизни больных вне зависимости от степени тяжести заболевания в I и II группе больных, где общий балл составил 24,0 [21,0–28,0]. Низкие показатели индекса FSFI отражающие наличие женской сексуальной дисфункции превалировали в I группе и составили 23,0 [18,0–25,0] балла и 28,0 [26,0–31,0] баллов во II группе соответственно (p<0,001). В ходе исследования была констатирована достоверная корреляционная связь степени тяжести дерматоза GAGS с уровнем диссомнии PSQI (ρ=0,84; p<0,001), с сексуальной дисфункцией FSFI (ρ= –0,43; p<0,001) и качеством жизни DLQI (ρ=0,62; p<0,001).

Материалы и методы исследования. 1) Женщины с акне имеют высокую частоту распространенности сомнологических расстройств в популяции. 2) Дерматоз оказывает сильное влияние на качество жизни пациенток с акне и также на уровень сексуальных нарушений. 3) Степень тяжести акне коррелирует с уровнем сомнологических расстройств, показателями сексуальной дисфункции и уровнем качества жизни у молодых женщин.

ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Казакова П. О.

Введение. Прослеживается связь между заболеваниями, сопровождающимися аутоиммунными процессами, с большим числом онкозаболеваний, по сравнению с заболеваемостью онкологией в общей популяции. Так, локализованная склеродермия, характеризующаяся

появлением воспалительных очагов с признаками атрофии и фиброза, имеет опухоль-ассоциированную форму. Дерматоскопия очагов склеродермии демонстрирует соответствие гистологической картине, что делает её полезной при диагностике заболевания. Можно выделить более часто встречаемые дерматоскопические признаки в разные стадии заболевания. При воспалительном поражении на первое место выйдут красные бесструктурные области и линейные изогнутые сосуды, признаком склероза станут белые облака и полосы, а при атрофии чаще наблюдаются пигментные включения и красные бесструктурные области. Также известно, что лучевая терапия примерно в половине случаев вызывает местный фиброз тканей без обострения кожного заболевания. В то же время лучевая терапия может стать триггером для дебюта локализованной склеродермии или же обострить имеющийся процесс. Сравнительный анализ дерматоскопических признаков опухоль-ассоциированной локализованной склеродермии у пациентов, перенесших лучевую терапию, и у пациентов с другими методами лечения онкологических заболеваний в анамнезе позволит определить характерные дерматоскопические особенности опухоль-ассоциированной локализованной склеродермии, которые могут помочь клиницисту дифференцировать ее от локализованной склеродермии с очагами в области молочных желез; оценить влияние лучевой терапии на дерматоскопические признаки локализованной склеродермии, что облегчит мониторинг и прогнозирование течения заболевания, улучшит диагностику и дифференциальную диагностику локализованной склеродермии и может привести к более эффективному и своевременному лечению пациентов.

Цель. Провести сравнительный анализ дерматоскопической картины пациентов с опухоль-ассоциированной локализованной склеродермией, прошедших лучевую терапию по поводу рака молочной железы и без нее.

Материалы и методы. Обследовано 18 пациентов с диагнозом «локализованная склеродермия», подтвержденным гистологически, с предварительным консультированием врачом-ревматологом для исключения наличия системной склеродермии, имеющих очаги склеродермии на коже молочных желез. Среди них 12 пациентов (66,67 %) имели морфологически подтвержденный диагноз «рак молочной железы». Половина исследуемых (6 человек) имели лучевую терапию в анамнезе, у 6 пациентов проводились другие методы лечения заболевания. В качестве контрольной группы обследовали 6 пациентов (33,33 %) с локализованной склеродермией, имеющих очаги на коже молочных желез. Всем пациентам проведена дерматоскопия с использованием цифрового дерматоскопа DermLine Handyscope.

Результаты и обсуждение. Контрольная группа пациентов с локализованной склеродермией показывала наличие 3–4 дерматоскопических признака в очаге. Все признаки были яркими, четко различимыми. Хорошо выражен сосудистый компонент. У всех пациентов группы наблюдался признак белые облака, красные сосуды неправильной формы или фиолетовые сосуды встречались в 70 % случаев. У 1 пациента (33,33 %) также отмечались эритематозные пятна. В группе с опухоль-ассоциированной локализованной склеродермией отмечалось от 1 до 4 признаков в очаге. Характерна скудность, бледность дерматоскопической картины. В группе пациентов с опухоль-ассоциированной локализованной склеродермией, имеющих лучевую терапию в анамнезе, отмечается от 1 до 4 признаков в очаге, картина яркая, выраженная, чаще встречается пигментный компанент (50 %), в то время как сосудистые проявления, хоть и выражены, встречаются реже (30 %).

Выводы. Главным дерматоскопическим отличием локализованной склеродермии от опухоль-ассоциированной формы является более скудная и бледная дерматоскопическая картина при наличии онкологического процесса, в то время как после лучевой терапии очаги опухоль-ассоциированной формы приобретают более яркие дерматоскопические признаки при сохранении скудного разнообразия признаков.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ У ДЕТЕЙ

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского Департамента здравоохранения Москвы»
2. Научно-исследовательский клинический институт им. академика Ю. Е. Вельтищева, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Москва
Будкевич Л. И.[1,2], Мирзоян Г. В.[2]

Актуальность. Генерализованные формы бактериальной инфекции (ГФБИ) часто встречаются в детском возрасте, характеризуются высоким процентом летальности (9–11 %) и развитием тяжелых осложнений, приводящих к инвалидизации пациента. Наиболее распространенной формой ГФМИ является менингококковая инфекция (МИ), возбудителем которой является Neisseria meningitidis (N.M.). Ведущую роль в патогенезе МИ играет эндотоксин, который высвобождается при массовой гибели N.M., является сильным сосудистым ядом, вызывает расстройства микроциркуляции, ДВС синдром, приводит к массивным кровоизлияниям. Менингококкемия непредсказуема по молниеносности течения. В течение нескольких часов развивается инфекционно-токсический шок, полиорганная недостаточность, отек мозга, что и является причиной смерти. Последствиями генерализованной формы МИ является формирование обширных некрозов кожи и подлежащих тканей.

Цель. Представить имеющийся опыт лечения пациентов с последствиями перенесенной генерализованной МИ.

Материалы и методы. С 2008 по 2025 г. нами пролечено 22 ребенка в возрасте от 1 месяца до 13 лет, из них 18 детей в возрасте до 3 лет, 3 детей 3–4 лет, 1 девочка 13 лет. У всех пациентов была применена активная хирургическая тактика с максимально ранним удалением некротически измененных тканей. Это становилось возможным после четкого отграничения некрозов (не ранее 12–13 суток). Использовались все известные варианты хирургического лечения: некрэктомия, ампутации, резекции, аутодермопластика, пластика местными тканями, хирургический дебридмент с применением гидрохирургической системы Версаджет, NPWT-терапия, современные раневые покрытия. Для оценки выраженности сосудистых изменений в конечностях использовались методы ультразвуковой допплерографии сосудов конечностей (УЗДГ), КТ ангиографии конечностей. Площадь некрозов составляла от 5 % до 43 % п. т. (поверхности тела).

Результаты. Обобщение результатов лечения является сложной задачей, так как план оказания хирургической помощи разрабатывался индивидуально и зависел от тяжести состояния каждого пациента. Хирургическое лечение делилось на три этапа: некрэктомия, подготовка ран к пластике, аутодермопластика. Особенностью кожно-геморрагического синдрома при МИ является длительное отсутствие четкой линии демаркации, необходимость выполнения орган уносящих операций, поэтому понятно стремление

хирурга максимально сохранить компрометированные, но еще возможно жизнеспособные ткани. Длительность каждого этапа была индивидуальной. У части пациентов отмечались признаки гангрены конечностей, что потребовало выполнения ампутации. Для определения уровня ампутации использовали УЗДГ сосудов конечностей в динамике. Ампутация выполнялась гильотинным методом или костно-пластическим методом с одномоментным формированием опорной культи, что позволило в короткие сроки протезировать конечность. Основная подготовка образовавшихся после некркэтомий дефектов тканей заключалась в максимальном очищении ран от некротических тканей. Это достигалось этапными хирургическими обработками с применением альгинатных, гидрогелевых, гидроколлоидных покрытий, высокоэффективных антисептиков (октенидин дигидрохлорида, повидон йода, пронтосан). При небольших размерах дефектов использовали метод вторичной хирургической обработки и некрэктомии инфицированных ран с пластикой местными тканями. При обширных дефектах выполнялась аутодермопластика расщепленными перфорированными трансплантатами.

Заключение. Появление пациентов с некрозами кожи и подлежащих тканей вследствие перенесенной генерализованной формы МИ в последние 18 лет, вероятно, обусловлено успехами в лечении септического шока, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома. Для лечения таких детей необходимо привлечение специалистов ожоговых центров. Активная хирургическая тактика возможна только после четкого отграничения некрозов тканей (12–13 сутки). Необходимо применение всех известных вариантов хирургического лечения: некрэктомия, аутодермопластика, пластика местными тканями, использование аппаратов внешней фиксации. При оценке выраженности сосудистых изменений в конечностях, в том числе для определения уровня ампутации, наиболее информативен метод УЗДГ в динамике. Наша практика свидетельствует о необходимости комплексного подхода к пациентам с генерализованной менингококковой инфекцией с целью профилактики тяжелых осложнений.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Минздрава Российской Федерации
Москва
Айвазова Т. В., Ключникова Д. Е.

Введение. Ладонно-подошвенный псориаз (пальмоплантарный псориаз) (ПП) — клиническая форма псориаза, которая поражает кожу ладоней и подошв у людей всех возрастов. На него приходится 3–4% всех случаев псориаза. Это довольно редкое заболевание, и его необходимо дифференцировать от других заболеваний с высыпаниями на ладонях и подошвах. Клинически пациенты испытывают зуд, болезненность, жжение, боль, утолщение кожи и ее растрескивание, эти симптомы могут вызывать выраженный физический дискомфорт и значительно ухудшать качество жизни. Несмотря на то, что поражение ладоней и подошв затрагивает менее 5% общей площади тела, при низком балле PASI эти пациенты могут страдать от значительно больших физических ограничений, чем больные с псориазом других локализаций. Данная клиническая форма псориаза плохо поддается терапии, даже несмотря на то, что новые биологические методы лечения показали многообещающие результаты в лечении данного дерматоза. Псориатические высыпания на ладонях и подошвах клинически имеют сходство с проявлениями хронической экземы, что может вызвать трудности у практикующего дерматолога. В спорных ситуациях пациенту назначается патоморфологическое исследование, тем не менее оба заболевания имеют некоторые общие патогистологические особенности.

Цель исследования. Охарактеризовать специфические гистопатологические особенности ладонно-подошвенного псориаза.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование всех обращений пациентов на кафедру кожных и венерических болезней Российского университета медицины с ладонно-подошвенной формы псориаза с 2018 по 2023 год. Патоморфологические заключения анализировались для выявления признаков, типичных для псориаза, таких как псориазоподобный акантоз, паракератоз, микроабсцессы Мунро (нейтрофилы в роговом слое), губчатые микропустулы Когоя, расширенные и/или извилистые сосуды сосочкового слоя дермы, периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат и уменьшение/отсутствие зернистого слоя эпидермиса. Мы также исследовали другие гистологические особенности, включая спонгиоз, лимфоцитарный экзоцитоз и отек сосочкового слоя дермы, которые обычно не наблюдаются при псориазе, но часто встречаются при экземе.

Результаты исследования. В общей сложности мы исследовали описания результатов биопсий 13 пациентов: 8 мужчин и 5 женщин в возрасте от 28 до 73 лет, медиана возраста 49 лет. Во всех 13 заключениях отмечался паракератоз и паракератоз, чередующийся с участками ортокератоза. Нормальная толщина зернистого слоя была только у одного пациента (8%), у остальных пациентов (92%) зернистый слой либо истончался, либо наблюдались участки полностью без зернистого слоя, чередующиеся с гиперкератозом. У всех 13 пациентов были расширены сосуды сосочкового слоя дермы. Псориазоподобный акантоз отмечался у 11 пациентов (85%), а папилломатоз был у 10 больных (77%). Во всех описанных биоптатах был описан периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат различной выраженности от умеренного у 1 пациента (8%) до диффузного у 8 пациентов (62%). Микроабсцессы Мунро наблюдались у 12 пациентов (92%), а губчатые пустулы Когоя были обнаружены только в 2 (15%) биопсиях. Гистологические признаки, характерные для экземы, такие как спонгиоз и лимфоцитарный экзоцитоз, присутствовали в 13 (100%) и 3 (23%) описаниях биопсийного материала соответственно.

Выводы. Ладонно-подошвенный псориаз имеет много общих гистопатологических особенностей с экземой. Проанализировав типичные гистологические особенности пациентов с ПП, наиболее вероятными признаками, являются паракератоз, чередующийся с ортокератотическими участками, потеря зернистого слоя и микроабсцессы Мунро. Тем не менее спонгиоз и лимфоцитарный экзоцитоз не исключают диагноз ладонно-подошвенного псориаза.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гродненский государственный медицинский университет,
Полоцкая центральная городская больница
Гродно, Республика Беларусь
Хворик Д. Ф., Маркевич Е. Б., Городович А. Н.

Введение. Псориаз — распространенное хроническое эритематозно-сквамозное заболевание кожи, характеризующееся зудом, является результатом неконтролируемой пролиферации кератиноцитов, а его патогенез включает нарушение регуляции иммунной системы. Роль нейропептидов в регуляции данных клеток иммунной системы заключается в передаче неврологических импульсов от афферентных нервных волокон к сигналам, которые могут быть считаны иммунокомпетентными клетками, и это явление потенциально может усугубить воспалительную реакцию. К главным пептидным нейромедиаторам, играющим ведущую роль в патогенезе псориаза и сочетанной с ним патологии, относятся: амфирегулин (AREG), субстанция P (SP), пептид, связанный с геном кальцитонина (CGRP), цилиарный нейротрофный фактор (CNTF), рецептор эпидермального фактора роста (EGFR). В структуре психической патологии у пациентов, страдающих псориазом, на долю депрессии приходится 60–80 %, расстройств личности — 40–60 %, тревожных расстройств — до 30 %. К отличительным личностным чертам пациентов с псориазом можно отнести неустойчивое эмоциональное состояние, повышенную тревожность, ипохондрию и мнительность, конфликтность, что приводит к значительной психологической дезадаптации и нарушениям межличностных отношений, а впоследствии и к определенной социальной изоляции. Таким образом, роль нейропептидов и их рецепторов в патогенезе псориатической болезни остается недостаточно изученной — не определена их роль в развитии воспалительной реакции кожи и зуда, а также до конца не ясным остается их взаимодействие с другими факторами, влияющими на возникновение и течение сочетанной с псориазом патологией.

Цель исследования Определить содержание некоторых нейромедиаторов в сыворотке крови пациентов с различными клиническими формами псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Предметом клинического изучения явилась выборка из числа пациентов, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении Государственного учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Общую выборку составили 150 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-я группа — пациенты с псориазом (n=70); 2-я группа — пациенты с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами (n=80). В качестве контроля (3-я группа) использовалась сыворотка крови практически здоровых лиц без клинико-анамнестических признаков псориаза и психических расстройств (n=10). Количественное определение нейропептидов и нейтрофинов (SP, CNTF, CGRP, EGFR, AREG) в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием стандартных наборов в соответствии с инструкцией производителя на автоматическом анализаторе «Sunrise» TECAN (Австрия). Полученные цифровые данные обработаны методами непараметрической статистики с использованием лицензионных версий программ STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и их обсуждение. Максимальный уровень AREG в сыворотке крови установлен у пациентов с псориазом, при этом он был достоверно выше, чем у лиц контрольной группы, а также у пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами ($p<0,05$). Однако у пациентов с сочетанной патологией наблюдалось наибольшее содержание SP, CNTF и EGFR. В частности, уровень SP и CNTF в сыворотке крови был достоверно выше как по сравнению с контрольной, так и с группой пациентов с псориазом, а EGFR — только по сравнению с группой контроля. Достоверных различий по содержанию CGRP среди обследуемых групп не было установлено ($p>0,05$). При расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) у пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами, были выявлены следующие статистически значимые прямые корреляционные связи: между значениями возраста и длительностью заболевания R=0,51; между значениями индекса PASI и уровнем содержания нейропептидов AREG и SP в сыворотке крови R=0,56 и R=0,50 соответственно, что интерпретируется как умеренная корреляционная связь; между клинической формой и индексом PASI R=0,48 и уровнем содержания нейропептидов AREG и SP R=0,36 и R=0,3 соответственно (умеренная корреляционная связь); между уровнем содержания нейропептидов AREG и SP и AREG и CNTF в сыворотке крови R=0,29 и R=0,24, между индексом PASI и зудом кожи и индексом PASI и длительностью заболевания R=0,27 и R=0,26 (слабая корреляционная связь), а также статистически значимая обратная слабая корреляционная связь между значениями возраста и CNTF R= –0,22.

Заключение. Учитывая возможность терапевтического воздействия на уровень продукции нейропептидов, полученные данные об их роли в патогенезе псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами, позволят разработать персонифицированный подход к терапии с учетом тяжести заболевания и сочетанной патологии.

ИНСЕКТНАЯ АЛЛЕРГИЯ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

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
Касихина Е. И., Нада А. Я., Острецова М. Н.

Актуальность. Мастоцитоз — это редкое новообразование, характеризующееся аномальной пролиферацией и активацией клональных тучных клеток (ТК), обычно несущих мутацию KITD816V. Системные симптомы, вызванные медиаторами ТК, при мастоцитозе могут возникать спонтанно или провоцироваться определенными стимулами, в том числе при ужалении перепончатокрылыми и укусах кровососущими двукрылыми насекомыми. В настоящее время эпидемиологические аспекты, особенности клинической картины и лабораторной диагностики, связанные с укусами насекомых у детей с кожным мастоцитозом (КМ), мало изучены.

Цель. Проанализировать частоту и клинико-лабораторные особенности инсектной аллергии у детей с различными клиническими формами кожного мастоцитоза.

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. В исследование включали данные 310 детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с марта 2022 по октябрь 2024 года.

Результаты. Реакции на укусы перепончатокрылых в группе у детей с КМ развивались редко и составляли 1,3 %. Группа риска — дети с пятнисто-папулезным кожным мастоцитозом с уровнем базальной сывороточной триптазы (БСТ) выше 5,0 мкг/л. Доля детей с системными проявлениями на укусы как жалящих, так и кровососущих насекомых и уровнем БСТ более 8,0 мкг/л составила 45,5 %, что значимо выше ($p<0,01$), чем доля детей с низкими значениями БСТ (18,1 %). Реакции на укусы двукрылых (кровососущих) насекомых

были зарегистрированы у 9,4 % детей со всеми клиническими формами КМ. Исследование титров специфического IgE к яду осы обыкновенной показали незначимую степень сенсибилизации у всех детей с системными реакциями на укусы перепончатокрылых.
Выводы. Контроль за динамикой уровней триптазы у детей с КМ и своевременная терапевтическая коррекция кожных проявлений мастоцитоза (пузыри, волдыри, зуд, приливы) является важным аспектом профилактики развития системных медиаторных симптомов и анафилаксии на укусы насекомых. Наблюдение детей с мастоцитозом и инсектной аллергией должно проводиться совместно с аллергологом-иммунологом. Особое внимание следует уделять пациентам с мономорфным («взрослым») типом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза и уровнем триптазы выше 20,0 мкг/л, у которых существуют риски развития системного мастоцитоза и анафилактического шока на укусы перепончатокрылых насекомых. Результаты нашего исследования демонстрируют актуальность дальнейшего изучения клинико-эпидемиологических и лабораторных особенностей инсектной аллергии в группе детей с КМ.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТУ СТЕРОИДОГЕНЕЗА 21-ГИДРОКСИЛАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АУТОИММУННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России
Москва
Петров В. А., Жукова О. В., Трошина Е. А., Волнухин В. А., Юкина М. Ю., Нуралиева Н. Ф.

Актуальность. В ряде исследований установлена более частая, чем в популяции, ассоциация витилиго с другими эндокринными аутоиммунными заболеваниями, в том числе аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью (АНН). Данное заболевание может быть изолированным (не ассоциированным с другой эндокринной аутоиммунной патологией) или являться компонентом аутоиммунных полигландулярных синдромов (АПС). Важным диагностическим маркером первичной надпочечниковой недостаточности аутоиммунного генеза является исследование в крови пациентов антител к ферменту стероидогенеза 21-гидроксилазе (P450c21). Фермент считается строго специфичным для коры надпочечников. Повышенный уровень антител к 21-гидроксилазе в крови больных при отсутствии клинических проявлений дисфункции надпочечников может свидетельствовать о латентном (субклиническом) течении АНН, а также являться прогностическим маркером высокого риска развития манифестной стадии АНН.
Цель исследования. Оценить уровень антител к 21-гидроксилазе в крови пациентов с витилиго, в том числе при ассоциации заболевания с другой эндокринной и неэндокринной аутоиммунной патологией.
Материалы и методы. В исследование были включены пациенты старше 18 лет с сегментарным и несегментарным типом витилиго. Все больные были консультированы врачом-дерматовенерологом и врачом-эндокринологом. Определение содержания антител к 21-гидроксилазе (P450c21) в сыворотке крови пациентов осуществляли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов Bio Vendor (Чехия); референсные значения <0,4 Ед/мл.
Результаты. Всего обследовано 24 пациента с витилиго в возрасте от 19 лет до 71 года (средний возраст 38 лет): 16 (66,7 %) женщин и 8 (33,3 %) мужчин. У большинства больных (91,7 %) диагностирован несегментарный тип заболевания. Длительность витилиго варьировалась от 2 месяцев до 35 лет (в среднем 10,4 года), площадь поражения — от 0,2 % до 13,1 % (в среднем 4,1 %). Ассоциация витилиго с другими аутоиммунными заболеваниями установлена у 6 (25 %) пациентов: у 2 пациенток с АПС 1 типа, у 1 пациентки с АПС 2 типа, у 2 пациенток с аутоиммунным тиреоидитом, у 1 пациента с гнездной алопецией и склероатрофическим лихеном. У пациенток с АПС в рамках синдрома ранее была диагностирована АНН. Повышенный уровень антител к 21-гидроксилазе выявлен у 1 пациентки с АПС 1 типа (2,02 Ед/мл) и у 1 пациентки с АПС 2 типа (82,8 Ед/мл); длительность течения АНН у них составляла соответственно 22 года и 6 месяцев. У второй пациентки с АПС 1 типа уровень антител к 21-гидроксилазе не превышал референсных значений и составил 0,17 Ед/мл (длительность течения АНН у нее составила 27 лет). У остальных обследованных пациентов с витилиго, в том числе ассоциированного с аутоиммунным тиреоидитом, гнездной алопецией и склероатрофическим лихеном, повышенных титров антител не обнаружено.
Обсуждение. Исследование сывороточных антител к 21-гидроксилазе (P450c21) является ценным, высокоспецифичным и чувствительным тестом диагностики АНН. В нашем исследовании повышенный уровень антител к 21-гидроксилазе выявлен у двух пациенток с АНН (в рамках АПС), однако у третьей пациентки с АНН (также в рамках АПС) уровень антител не превышал референсных значений, что, скорее всего, было обусловлено большой длительностью течения АНН (27 лет). Это согласуется с данными других авторов, свидетельствующими о том, что частота выявления антител к 21-гидроксилазе уменьшается по мере увеличения длительности течения АНН (Фадеев В. В. и соавт., 1999). Определение уровня антител к 21-гидроксилазе рекомендуется проводить с целью прогнозирования развития и раннего выявления АНН, особенно в группах высокого риска развития заболевания: у пациентов с полиэндокринной патологией или одним аутоиммунным эндокринным заболеванием при сочетании его с неэндокринной аутоиммунной патологией, а также при наличии случаев аутоиммунных заболеваний у родственников первой лини родства.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1695 ГЕНА GSTP1 С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПСОРИАЗУ У ЖИТЕЛЕЙ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

Актуальность. Псориаз — хронический дерматоз неизвестной этиологии, клинически проявляющийся преимущественным по-

ражением кожи и костно-суставного аппарата. В то же самое время исследования показывают, что псориаз имеет выраженную генетическую предрасположенность, которая реализуется через нарушения врожденного и приобретенного иммунитета, а также редокс гомеостаза. В ряде исследований продемонстрирован значимый вклад нарушений редокс-баланса и биотрансформации ксенобиотиков в патогенез заболевания. В этой связи изучение вовлеченности полиморфных вариантов генов ферментов второй фазы биотрансформации ксенобиотиков, в частности глутатион-S-трансфераз в детерминацию предрасположенности к псориазу, представляет интерес не только в контексте понимания механизмов развития болезни, но и совершенствования и разработки персонализированных подходов к ее профилактике и лечению.

Целью настоящего исследования было изучение ассоциации полиморфизма rs1695 гена глутатион S-трансферазы P1 с предрасположенностью к псориазу.

Материалы и методы. Протокол настоящего исследования был одобрен региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета (протокол № 4 от 09.04.2018). Для проведения данного исследования использовались образцы ДНК и клинические данные 944 неродственных индивида, 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-венерологический диспансер 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 rs1695 полиморфизма гена глутатион S-трансферазы P1 было проведено с помощью лазерной десорбционно/ионизационной времяпролетной масс-спектрометрии на платформе MassArray Analyzer 4 (AgenaBioscience, США). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы PLINK, версия 1.9, которая позволяла оценивать уровень статистической значимости ассоциаций полиморфизма с псориазом посредством пермутационного теста. Ассоциации считали значимыми при Pperm<0,05.

Результаты. Частоты генотипов rs1695 гена GSTP1 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, как в частотах аллелей, так и генотипов. Также не было установлено статистически значимых ассоциаций полиморфизма rs1695 гена GSTP1 с псориазом при стратификации клинических групп по полу и факторам риска, таким как злоупотребление алкоголем и курение (P>0,05).

Выводы. Хотя отдельными исследованиями, выполненными в различных популяция мира, показана ассоциация полиморфизма гена rs1695 GSTP1 с повышенным риском развития псориаза, тем не менее результаты настоящего исследования указывают на то, что данный вариант не оказывает значимого влияния на предрасположенность к болезни у жителей Центральной России. Это, видимо, объясняется генетической гетерогенностью болезни в различных популяциях мира.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО ХРОНИЧЕСКОГО У ПОДРОСТКОВ

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

Алхаффар С., Жукова О.В., Уткин П.С., Касихина Е.И.

Актуальность. Парапсориазы — гетерогенная группа хронических воспалительных дерматозов, клиническими проявлениями которых являются пятна и/или папулы и бляшки, покрытые мелкопластинчатыми чешуйками. Питириаз лихеноидный хронический — редкое заболевание, которое характеризуется вариабельным течением с рецидивирующими высыпаниями и спонтанным регрессом. Заболевание регистрируется во всех этнических группах и в любых географических регионах, преимущественно у детей и молодых взрослых, хотя может развиваться в любом возрасте. Современные исследования, которые посвящены особенностям течения лихеноидного питириаза в подростковом возрасте, отсутствуют.

Цель работы. Изучить клинические и иммунологические особенности хронического лихеноидного питириаза у пациентов подросткового возраста.

Материал и методы. В исследование были включены данные 15 (9 мальчиков и 3 девочек) пациентов в возрасте 12 до 17 лет включительно (согласно классификации возрастных периодов ВОЗ), находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии». Для анализа концентрации хемокинов в сыворотке крови Eotaxin (CCL11), MCP-1 (CCL2), MIP-1 alpha (CCL3) использовался набор для мультиплексного анализа «ProcartaPlexTM Human Panel 1A Cytokine & Chemokine 34 plex» (eBioscience, Австрия).

Результаты. Медианный возраст дебюта питириаза составил 14 [13;16] лет. У 8 (53,3%) пациентов заболеванию предшествовали эпизоды ОРВИ или других инфекционных заболеваний, у 7 (46,7%) — стрессовые ситуации. Для клинической картины дебюта были свойственны умеренный или слабый зуд и распространенные множественные папулезные высыпания. Рецидивирующее течение было характерно для всех пациентов. Длительность процесса составила 4,5±1,7 лет. Выявлена прямая корреляционная связь между распространенностью высыпаний при дебюте заболевания и концентрацией хемокинов в сыворотке крови Eotaxin (CCL11) (r=0,65, p<0,05); MCP-1 (CCL2)(r=0,54, p<0,05); MIP-1 alpha (CCL3)(r=0,49, p<0,05). При рецидивах концентрация хемокинов MCP-1 (CCL2)MIP-1 alpha (CCL3) не превышала референсных значений. Концентрация хемокинов Eotaxin (CCL11) при длительном течении и обострении была повышенной и зависела от распространенности кожного процесса.

Вывод. Хемокин Eotaxin/CCL11 является медиатором аллергических реакций. Синтезируется эндотелиоцитами, В-лимфоцитами, фибробластами, макрофагами, гладкомышечными клетками и эозинофилами. Хемокин привлекает в патологический воспалительный очаг Th2-лимфоциты, базофилы, эозинофилы и активирует пролиферацию кератиноцитов эпидермиса, имеющих на поверхности мембраны рецептор CCR3. Изучение особенностей хемокинового профиля у пациентов с питириазом лихеноидным хроническим позволит

изучить патогенез заболевания и разработать эффективные схемы терапии с учетом возраста дебюта заболевания.

КОМОРБИДНОСТЬ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Невозинская З. А.

Введение. Буллезные дерматозы — это группа заболеваний аутоиммунного генеза, при которых пузырь является постоянным и обязательным симптомом заболевания. Чаще всего на приеме врача-дерматовенеролога встречаются вульгарная (акантолитическая) пузырчатка, буллезный пемфигоид Левера и герпетиформный дерматит Дюринга. В последнее время клиницисты всё чаще отмечают сочетание буллезных дерматозов с онкологическими заболеваниями, что усложняет ведение пациентов и повышает требование к междисциплинарному сотрудничеству. В последние годы в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (МНПЦДК ДЗМ) отмечен рост обращений пациентов с буллёзными дерматозами и подтверждёнными злокачественными новообразованиями. Часто у таких больных течение дерматоза проявляется более тяжело и атипично, требуя высоких поддерживающих дозировок глюкокортикоидов и/или иммунодепрессантов.
Целью работы было определить особенности клинического течения буллезных дерматозов при наличии сопутствующих онкологических заболеваний, а также оценить частоту встречаемости паранеопластических форм в группе пациентов, обратившихся в МНПЦДК ДЗМ.
Результаты. За последние три года (2022–2024 гг.) в филиале «Южный» МНПЦДК ДЗМ наблюдается 32 пациента, страдающих буллезными дерматозами. Из них 7 мужчин и 15 женщин. Средний возраст: 68 ± 7 лет. Давность течения буллёзного дерматоза колеблется от нескольких месяцев до 3 лет. Отмечается следующее распределение диагнозов: вульгарная пузырчатка — 19 больных, эритематозная пузырчатка — 9 пациентов, буллезный пемфигоид — 6. Среди пациентов данной группы у шестерых были выявлены злокачественные новообразования: рак легкого, рак желудка, у двух женщин был выявлен рак молочной железы и у 2 мужчин — рак толстого кишечника. У четверых больных кожное заболевание развилось на фоне уже существующего онкологического процесса. У двоих больных злокачественная опухоль была выявлена после диагностики буллезного дерматоза. У большинства больных как кожный, так и онкологический процесс характеризовались торпидным течением и резистентностью к терапии.
Заключение. Результаты, полученные в нашем исследовании, согласуются с мировыми данными и указывают на возрастающее количество случаев сочетания буллезных дерматозов с онкологическими заболеваниями. Повышение уровня настороженности дерматологов и онкологов в отношении паранеопластических форм дерматозов необходимо для своевременного выявления скрытых онкологических заболеваний и адекватной тактики ведения больного. Более тяжёлое течение аутоиммунного процесса часто требует более агрессивной иммуносупрессивной терапии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ И ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Москва
Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н.

Введение. Себорейный дерматит (СД) — это хронический рецидивирующий дерматоз, который характеризуется нарушением регуляции активности сальных желез и проявляется эритематозно-сквамозными высыпаниями в себорейных зонах. Основными звеньями в патогенезе СД выделяют: активацию сальных желез, колонизацию кожи грибами рода Malassezia, специфический иммунный ответ, влияние индивидуальных триггеров. Себорейный дерматит часто наблюдается при депрессивных расстройствах и психоэмоциональном напряжении, нарушении тонуса вегетативной нервной системы. В результате стрессового воздействия поднимается уровень катехоламинов в крови (адреналина, норадреналина, дофамина), кортизола, глюкозы, вследствие этого усиливается активность себоцитов, что приводит к возобновлению кожного процесса. При частом рецидивировании и неэффективности стандартных методов терапии снижается качество жизни данных пациентов.
Цель исследования. Совершенствование терапии себорейного дерматита с использованием комбинированной схемы лечения, включающей анксиолитики и физиотерапевтические методы.
Задачи исследования: 1) оценить эффективность комбинированного лечения себорейного дерматита с применением анксиолитика и физиотерапевтических методов; 2) оценить влияние себорейного дерматита на качество жизни пациентов до и после комбинированного лечения.
Материал и методы. Под наблюдением находилось 38 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 38,12 ± 4,25 лет) с диагнозом «Себорейный дерматит» в сочетании с нарушениями психоэмоционального и вегетативного статуса, с давностью заболевания от 1 года до 11 лет. Методом случайной выборки пациенты были распределены на 3 терапевтические группы. В 1 группу вошло 13 человек (n=13), которые получали стандартную терапию с использованием топических препаратов с противовоспалительной и противогрибковой активностью (бетаметазон 0,5 мг + клотримазол 10 мг + гентамицин 1 мг и такролимус 0,1 %) ежедневно 2 раза в день в течение 4 недель и физиотерапию с использованием интраназальной фотобиомодуляции 2 раза в неделю в течение 4 недель. Во 2 группу вошло 11 больных (n=11), которым наряду со стандартной терапией топическими препаратами (бетаметазон 0,5 мг + клотримазол 10 мг + гентамицин 1 мг и такролимус 0,1 %) ежедневно 2 раза в день в течение 4 недель получают терапию препаратом тофизопам 50 мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 4 недель. В 3 группу вошло 14 человек (n=14), которые получали стандартную терапию топическими препаратами (бетаметазон 0,5 мг + клотримазол 10 мг + гентамицин 1 мг и такролимус 0,1 %) ежедневно 2 раза в день на протяжении 4 недель. Оценка эффективности проводимой терапии осуществляли при помощи индекса оценки тяжести себорейного дерматита (SDASI), индекса качества жизни дерматологических больных (ДИКЖ, Dermatology Life Quality Index, DLQI), а также биохимического анализа крови, исследования уровня катехоламинов в крови (адреналина, но-

радреналина, дофамина), показателей себометрии. Все результаты были обработаны при помощи критерия Шапиро–Уилка, методов описательной статистики, дисперсионного анализа.

Результаты. В результате проводимой терапии были получены следующие данные: до лечения одинаково часто по данным SDASI у всех пациентов регистрировался себорейный дерматит как средней степени тяжести или тяжелый (1 группа — 9,12 ± 0,91; 2 группа — 8,89 ± 0,82; 3 группа — 8,56 ± 0,48 баллов, p <0,05 %). К 14-му дню терапии в 3 группах индекс SDASI уменьшился. В 1-й группе на 71,12 % (2,12 ± 0,52, p <0,05 %), на 63,25 % (2,51 ± 0,32 балла, p <0,05 %) во 2-й группе и на 56,15 % в 3-й группе (2,43 ± 0,21 балла, p <0,05 %). Через 1 месяц лечения в 1-й и 2-й группах на фоне комбинированной терапии динамика SDASI, по сравнению с показателями до лечения, составила 78,21 % и 76,15 % соответственно, в то время как в 3-й группе динамика этого показателя была меньше и составила 54,38 %. Наличие себорейного дерматита оказывало выраженное влияние на качество жизни больных, что проявлялось результатами тестирования: ДИКЖ у всех больных на момент первичного обращения был значительно снижен и определялся в 23,12±2,88 балла (p <0,05 %). Через 1 месяц комплексного лечения динамика ДИКЖ в 1-й группе составила 82,23 %, во 2-й — 86,22 % и в 3-й группе — 70,25 %. Показатели катехоламинов в крови в 1-й и 2-й группе снизились на 38,63 % и 41,56 %. Показатели себометрии до лечения в 1-й группе составили — 193,06±5,48 мкг/см2, во 2-й группе — 189,26±7,54 мкг/см2, в 3-й группе составили — 196,03±4,29 мкг/см2. После 4-недельного курса терапии в обеих группах было зарегистрировано снижение продукции кожного сала в среднем на 6 % от исходного уровня.

Обсуждение. Комбинированная терапия себорейного дерматита у пациентов с нарушениями психоэмоционального статуса и тонуса вегетативной нервной системы с использованием топических средств, препаратов из группы анксиолитиков и метода физиотерапевтического воздействия показывает высокую эффективность относительно регресса клинический проявлений, что проявляется в снижении индекса тяжести себорейного дерматита SDASI в среднем на 77,18 % и повышения уровня качества жизни данных больных по данным динамики ДИКЖ в среднем на 84,22 %. Применение комбинированной терапии у пациентов с расстройствами вегетативного тонуса и психоэмоциональным напряжением позволяет продлить ремиссию данного дерматоза и оказывает комплексное воздействие на возможные триггеры развития заболевания. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (протокол № 04–24 от 11.04.2024).

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства Здравоохранения Российской Федерации
Москва
Васильева П. А., Перламутров Ю. Н.

Актуальность. Акне является одним из самых распространенных дерматозов. Статистика показывает, что наиболее подвержены акне молодые люди: среди населения 18–24 лет страдает данным заболеванием подавляющее большинство — 85 %. С возрастом частота существенно снижается: в группе 25–34 лет показатель падает до 8 %, а среди людей 35–44 лет составляет всего 5 %. Особую тревогу вызывает образование рубцов, нарушение пигментации и появление симптомакомплекса постакне у данных пациентов. Клинические проявления акне и постакне приводят к значительным психоэмоциональным расстройствам и социальной дезадаптации. Именно поэтому ведение пациентов требует своевременного и эффективного подхода уже на ранних стадиях болезни, а также поиск новых методик лечения дерматоза.

Цель. Сравнить и оценить эффективность комбинированных фототерапевтических методов лечения и методов традиционной терапии на основании регистрации клинического эффекта и выраженности постакне.

Материал и методы исследования. В исследование были включены пациенты с диагнозом акне средней степени тяжести (n=47) и доказанным отсутствием эффекта от проведенной ранее наружной терапии в течение 4 месяцев, средний возраст пациентов составил 23,1± 2,3 года. Был проведен физикальный осмотр, регистрация данных анамнеза, дерматологический осмотр, взят биохимический анализ крови. Оценка степени тяжести акне проводилась при помощи дерматологического индекса тяжести акне (GAGS), а оценка выраженности постакне с помощью шкалы оценки рубцов от акне ECCA. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от проводимой терапии. В группе I (n=15) пациентам был назначен наружный препарат с фиксированной комбинацией адапалена (25мг/г) и бензоила пероксида (1мг/г) в сочетании с применением фототерапии широкополосным импульсным светом IPL 1 раз в месяц в течение 4 месяцев. В группе II (n=14) пациентам был назначен наружный комбинированный препарат адапален (25 мг/г) + бензоила пероксид (1мг/г), в сочетании с применением фотодинамической терапии еженедельно в течение 4х месяцев. В группе III (n=18) пациентам был назначен системный изотретиноин в дозировке 0,5 мг на кг массы тела перорально. Оценка изменения параметров в исследуемых группах после проведенного лечения проводилось с помощью дисперсионного анализа для повторных измерений.

Результаты. При первичном обследовании установлено, что среднее значение индекса GAGS было в I группе 22,03±1,58 баллов; во II группе 24,19±1,42 баллов, а в III — 23,05±1,95 баллов. По истечении 16 недель наибольший регресс высыпаний зарегистрирован у пациентов: в группе I – на 49,00 %, в группе III с применением системного изотретиноина регресс высыпаний на 47,35 %, в группе II, которая получала наружный комбинированный препарат адапален (25мг/г) + бензоила пероксид (1 мг/г) в сочетании с применением фотодинамической терапии, — на 36,22 %. Средний балл количественной шкалы ECCA у I группы уменьшился с 45 до 20 баллов после лечения, показатели II группы изменились с 42 до 22, а III — с 44 до 29 баллов (p <0,01).

Обсуждение. За 16 недель применения физиотерапевтических методик в сочетании с наружной терапией фиксированным препаратом адапален (25 мг/г) + бензоила пероксид (1 мг/г) для лечения больных со средней степенью тяжести течения акне удалось оценить эффективность методик, а также сравнить их с применением традиционной терапии системным изотретиноином. По результатам индекса GAGS все группы показали выраженный положительный эффект от терапии, однако полученные значения величин в группах I и III после лечения достоверно не различались (p <0,864). Количественный индекс выраженности ECCA в группах с фототерапевтическим воздействием (I и II) показал достоверно более выраженное снижение баллов в сравнении с группой, применявший системный изотретиноин. Все участники отмечали хорошую переносимость

терапии, однако в группе, применявшей фиксированную комбинацию адапалена (25 мг/г) и бензоила пероксида (1 мг/г) в сочетании с фототерапией широкополосным импульсным светом IPL, были отмечены нежелательные явления в виде болезненности проводимой процедуры, эритемы и отечности после нее. Стоит отметить, что пациенты, применявшие системный изотретиноин, имели ряд ожидаемых побочных эффектов в виде сухости и шелушения кожи, ксероза слизистой оболочки носа, и ксерофтальмию, 2 пациента жаловались на периодические носовые кровотечения. Данные осложнения были легко устраняемы симптоматическими и уходовыми процедурами.

Заключение. Можно сделать вывод, что фототерапевтические методики лечения в комбинации со стандартной наружной терапией являются высокоэффективными и перспективными вариантами в терапии акне, а также являются обоснованным выбором при необходимости снижения проявлений симптомокомплекса постакне.

КОМПЛЕКСНАЯ АНГИОПРОТЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра кожных и венерических болезней, Москва; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Долгопрудненская центральная городская больница» г. Долгопрудный

Пиругина Е. А.

Введение. Одним из важнейших этиологических факторов развития розацеа является развитие нарушения регуляции сосудистого тонуса с последующим нарушением микроциркуляции, которое проявляется повышенной сосудистой проницаемостью.

Цель исследования. Разработать и внедрить инновационный подход к лечению розацеа, включающий использование крема с 1 % ивермектина, ангиопротектор троксерутин и внутривенное лазерное облучение крови.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 90 пациентов с клинически диагностированным диагнозом «розацеа», эритемато-телеангиэктатическим и папуло-пустулезным подтипами: женщины — 64 (71,11 %) и мужчины — 26 (28,89 %) средний возраст пациентов составлял 40,24±2,25 лет. Длительность заболевания в среднем составила 3,55±1,20 лет. Состояние сосудистой стенки и микроциркуляции оценивали с помощью фотоплетизмографии («АнгиоСкан-01 П»). Анализ системы гемостаза проводился на тромбодинамическом анализаторе Т-2 («ГемаКор», Россия), имитирующем физиологические условия свертывания крови. Тяжесть розацеа определяли по Шкале Диагностической Оценки Розацеа (ШДОР, Адаскевич В. П., 2004). Показатели регистрировали до начала и через 12 недель от начала терапии. Пациенты были разделены на три терапевтические группы (по 30 человек): в группе 1 проводили монотерапию с использованием крема с 1 % ивермектином 1 раз в сутки вечером на очищенную кожу лица в течение 12 недель; в группе 2 — комплексная терапия с применением крема 1 % ивермектин в сочетании с препаратом Троксерутином (по 1 капсуле 3 раза в день в течение 90 дней); в группе 3 проводилась комбинированная терапия, аналогичная группе 2 с курсами внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с использованием аппарата КЛ-ВЛОК-405 (мощность 2,5 мВт, длина волны 0,63 мкм, курс — 9 сеансов по 30 минут с интервалом 10 дней).

Результаты. Установлено, что включение ангиопротектора троксерутина и внутривенного лазерного облучения крови в комплексную терапию розацеа способствует достижению более выраженного терапевтического эффекта по сравнению со стандартным лечением (монотерапия ивермектином). Комбинация ангиопротектора с ВЛОК на фоне наружной терапии не только усилил клинический эффект, но и способствовал восстановлению функции эндотелия, нормализации реологических свойств крови и снижению риска тромбообразования, что проявлялось достоверным снижением показателей ЧСС (частота сердечных сокращений) с 81,23±1,48 до 74,76±0,37 уд/мин (p=0,004), биологического возраста сосудов с 41,66±1,26 до 36,03±0,64 лет (p=0,002), жесткости сосудистой стенки с 12,05±0,82 до 7,63±0,34 лет (p=0,003), уровня стресса с 294,26±28,07 до 176,16±10,39 (p=0,002), V и Vst 27,69±0,95 до 23,55±0,67 мкм/мин (p=0,002), Tlag с 1,23±0,05 до 1,06±0,04 мин (p=0,014), Vi с 45,81±1,04 до 38,53±0,24 мкм/мин (p=0,003), CS с 920,83±19,63 до 894,66±13,32 мкм (p=0,002), D с 18013,82±903,42 до 15849,43±428,76 уе (p=0,004), Tsp с 1,13±0,59 мин до 0 мин (p=0,006). У пациентов в группе 3 у 28 (93,33 %) наблюдалась стойкая ремиссия заболевания, улучшение микроциркуляции и выраженное облегчение симптомов, что подчеркивает перспективность применения данной методики. У пациентов в группе 2 клиническое выздоровление выявлено у 9 (30 %) человек. У пациентов в группе 1 значительное улучшение у 2 (6,67 %) человек, клинического выздоровления не выявлено.

Выводы. Комбинированная терапия с использованием наружного применения ивермектина, ангиопротектора троксерутина и внутривенного лазерного облучения крови представляет собой этио-патогенетически обоснованный и высокоэффективный метод лечения розацеа, позволяющий достичь длительной ремиссии у большинства пациентов.

МОНИТОРИНГ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский кожно-венерологический диспансер № 1» Красноярск

Турчик Е. В., Винник Ю. Ю., Шестерня П. А.

Введение. Коморбидность псориаза (ПсО) и псориатического артрита (ПсА) с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями хорошо известна. Процессы атерогенеза и воспаления при ПсО и ПсА патогенетически обусловлены, однако в отношении редких форм ПсО эти данные крайне ограничены.

Цель. Оценить частоту атеросклеротических изменений и показателей липидного спектра у пациентов с различными формами ПсО.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с ПсО и ПсА в возрасте от 18 до 45 лет, обратившиеся за медицинской помощью в КГБУЗ «Красноярский кожно-венерологический диспансер № 1» в период с 12.03.2022 до 01.12.2024 гг., подписавшие информированное добровольное согласие. Вместе с этим проведен ретроспективный анализ и обследование пациентов с пустулезным ладонно-подошвенным ПсО за период с 01.01.2018 до 01.12.2024. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) брахиоцефальных артерий (БЦА) и артерий нижних конечно-

стей (АНК), а также исследование липидного спектра. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR. Исследование проводилось с соблюдением требований надлежащей клинической практики, одобрено этическими комитетами организаций участников.
Результаты. В исследование включено 99 пациентов, которые были разделены на 3 группы: пациенты с диагнозом пустулезный ладонно-подошвенный ПсО (группа 1: 26 пациентов, в том числе 20 (76,9±8,26%) женщин и 6 (23,1±8,26%) мужчин в возрасте 44,0 [36,0; 57,0] года), пациенты с диагнозом ПсО и ПсА (группа 2: 36 пациентов, из них 17 (47,2±8,32%) женщин и 19 (52,8±8,32%) мужчин в возрасте 36,00 [30,75; 40,25] лет), пациенты с диагнозом бляшечный ПсО до 45 лет (группа 3: 37 пациентов, из них 19 (51,4±8,22%) женщин и 18 (48,6±8,22%) мужчин в возрасте 35,0 [29,5; 40,0] лет). При исследовании липидного спектра получены следующие результаты: холестерин общий в 1 группе 5,11 [4,39; 5,99], во 2 группе 5,15 [4,32; 5,84], в 3 группе 4,56 [4,02; 5,36]; липопротеины высокой плотности (ЛПВП) в 1 группе 1,29 [1,01; 1,67], во 2 группе 1,14 [1,01; 1,29], в 3 группе 1,04 [0,93; 1,40], p1–3=0,024; липопротеины низкой плотности (ЛПНП) в 1 группе 3,15 [2,67; 3,99], во 2 группе 3,16 [2,43; 3,67], в 3 группе 2,72 [2,40; 3,11], p1–3=0,026; холестерин не-ЛПВП в 1 группе 3,60 [3,10; 4,35], во 2 группе 3,90 [3,04; 4,60], в 3 группе 3,40 [3,00; 4,05]; липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП) в 1 группе 0,50 [0,38; 0,70], во 2 группе 0,60 [0,40; 0,98], в 3 группе 0,60 [0,40; 0,83]; триглицериды в 1 группе 1,10 [0,87; 1,44], во 2 группе 1,37 [0,79; 2,08], в 3 группе 1,20 [0,88; 1,73]; индекс атерогенности в 1 группе 2,70 [2,10; 3,83], во 2 группе 3,45 [2,38; 4,25], в 3 группе 3,10 [2,25; 3,93]. Несмотря на сопоставимые уровни медианных значений показателей липидного спектра (разнонаправленные статистически значимые различия выявлены только в отношении ЛПВП и ЛПНП между группами 1 и 3). По результатам УЗДС выявлены признаки начального атеросклероза: (1 группа 12 (46,2±9,78%), 2 группа 16 (44,4±8,28%), 3 группа 9 (24,3±7,05%), p1–2=0,894, p1–3=0,071, p2–3=0,071). Установлены интересные данные в отношении субклинического атеросклероза магистральных артерий, частота выявления которого была выше у пациентов с пустулезным ладонно-подошвенным ПсО (46,2%) и пациентов с бляшечным ПсО и ПсА (44,4%) в сравнении с пациентами, имевшими только бляшечный ПсО (24,3%). При этом наиболее частой локализацией атеросклеротических изменений у пациентов в группе 2 было изолированное поражение артерии ног 10 (62,5±12,10%), в сравнении с группой 1 (16,7±10,76%) и группой 2 (33,3±15,71%), p=0,023.
Выводы. Пациенты с пустулезным ладонно-подошвенным ПсО имеют более высокие уровни ЛПВП и ЛПНП и сопоставимую частоту атеросклеротических изменений в сравнении с пациентами с бляшечной формой ПсО. При этом у пациентов молодого возраста (до 45 лет), имеющих псориатический артрит, в программу скрининга и оценки сердечно-сосудистого риска необходимо обязательное включение УЗДС артерий.

МЕТОТРЕКСАТ В ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»
Москва
Конышева А. А., Касихина Е. И., Жукова О. В.

Актуальность. Локализованная склеродермия — хроническое заболевание соединительной ткани, которое характеризуется появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отека) с последующим формированием в них склероза и / или атрофии кожи и подлежащих тканей. В патогенезе заболевания основную роль отводят аутоиммунным нарушениям, повышенному синтезу и отложению в коже и подкожной клетчатке коллагена и других компонентов соединительной ткани, микроциркуляторным расстройствам. При тяжелых формах локализованной склеродермии (линейная, генерализованная, пансклеротическая склеродермия, прогрессирующая гемиатрофия лица Парри–Ромберга) эффективным методом лечения является применение метотрексата в виде монотерапии или в комбинации с глюкокортикостероидными препаратами системного действия.
Цель. Провести анализ клинического течения локализованной склеродермии у детей, получавших метотрексат
Материал и методы. Под наблюдением находилось 8 детей с локализованной склеродермией в возрасте от 11 до 17 лет включительно (средний возраст составил 13,3± 3,8) Соотношение мальчиков и девочек составило 1:1,6. Давность заболевания варьировала от 2 до 12 месяцев. У всех детей клинический диагноз был подтвержден патоморфологическим исследованием.
Результаты. У 5 (62,5%) пациентов была диагностирована линейная форма локализованной склеродермии, у 2 (25,0%) — распространенная форма, у 1 (12,5%) пациента — буллезная форма. Ранее проводимая терапия топическими глюкокортикостероидами, топическими ингибиторами кальциневрина, дипиридамолом, бонгиуларонидазой акзосимером, депроитенизированным моногидратом телят не дала эффекта. Метотрексат назначался в дозе 10–17,5 мг/неделю подкожно. Длительность лечения составила от 6 до 12 месяцев. В процессе динамического наблюдения появления новых и прогрессии процесса в области существующих очагов поражения отмечено не было. Клинические и биохимические показатели сохранялись в пределах референсных значений. У всех детей отмечалась хорошая переносимость препарата.
Выводы. При ювенильной склеродермии существует риск развития ряда осложнений, приводящих к инвалидизации больных: уменьшение длины и объема конечностей, формирование контрактур, деформаций лица. В связи с этим лечение локализованной склеродермии у детей необходимо начинать как можно раньше, проводя активную терапию препаратом метотрексат. Наше наблюдение продемонстрировало хорошую переносимость препарата у детей.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России
Москва
Соколовская Т. А., Армашевская О. В.

Цель исследования. Представить действующие нормативно-правовые акты по профилю «Дерматовенерология» по профилактике, диагностике и лечению инфекций, передаваемых преимущественно половым путем.
Материалы и методы. Проведен контент-анализ действующих нормативно-правовых актов в системе «Консультант Плюс» по профилю «Дерматовенерология», выделена и представлена регла-

ментирующая документация по профилактике, диагностике и лечению инфекций, передаваемых преимущественно половым путем.
Результаты. В соответствии с Приказом Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 г. № 142н «Об утверждении профессионального стандарта «врач-дерматовенеролог» основная цель вида профессиональной деятельности определена как «Профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация при болезнях кожи и ее придатков, инфекциях, передаваемых половым путем, в том числе урогенитальных инфекционных заболеваниях, и вызванных ими осложнений, лепре». Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности) предполагает две обобщенные трудовые функции, одной из которых является оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю «дерматовенерология» в амбулаторных условиях. Среди пяти трудовых функций, каждая из которых имеет свой код, особое положение занимает «оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и вызванными ими осложнениями». Кроме особых условий допуска к работе врача-дерматовенеролога (Сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Дерматовенерология», полученное по результатам освоения программы ординатуры по специальности «Дерматовенерология») предполагаются и другие характеристики, включающие соблюдение нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан, регулирующих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что и позволяет специалисту грамотно выполнять такую трудовую функцию, как «ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала» и трудовые действия «определение диагностических признаков и симптомов болезней» и «формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований». Профессиональный стандарт врача-дерматовенеролога при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями указывает на необходимые знания специалистов и в том числе: нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере охраны здоровья, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; порядки оказания медицинской помощи и по профилю «дерматовенерология», а также «урология», «андрология», «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросу оказания медицинской помощи по этим профилям за исключением «онкология». В новом тысячелетии и по настоящее время регламентируют деятельность специалистов по профилю «дерматовенерология» Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2024), 103 Приказа Минздрава и Минздравсоцразвития России, 1 письмо Минздрава России и 15 клинических рекомендаций. Нормативная документация по ИППППП представлена 12 Приказами Минздрава, 1 письмом Минздрава России, 7 Приказами Минздравсоцразвития России и 3 клиническими рекомендациями.
Выводы. 1. Действующих нормативно-правовых актов по профилю «Дерматовенерология» в системе «Консультант Плюс» — 119, из них 23 посвящены ИППП, в связи с этим объем знаний специалиста, оказывающего медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология» огромен, что требует постоянной актуализации знаний не только по своему, но и по смежным профилям, указанным в профессиональном стандарте. 2. ИППП вносят значимый негативный вклад в состояние здоровья и влияют на возможность репродуктивной реализации населения, поэтому знания врача-дерматовенеролога регламентирующей документации способствуют своевременной профилактике, диагностике и лечению этих заболеваний и тем самым оказанию качественной медицинской помощи.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕКУКИНУМАБОМ СИНДРОМА НЕТЕРТОНА

Российская детская клиническая больница (РДКБ) — филиал Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России
Москва
Андреенко О. Н., Бородина М. А., Боткина А. С., Гуменная Э. Р., Зубова А. А., Лазутина Е. В.

Введение. Синдром Нетертона — это редкое генетическое, потенциально опасное для жизни мультисистемное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующееся триадой симптомов — врожденной ихтиозиформной эритродермией, специфической патологией стержня волос в виде инвагинирующего трихорексиса и нарушением иммунной регуляции. В зависимости от преобладающих симптомов выделяют два подтипа заболевания — эритродермический и огибающий ихтиоз Комеля. В основе заболевания лежит гомозиготная или сложная гетерозиготная мутация в гене SPINK5, расположенном на хромосоме 5q32, кодирующем лимфоэпителиальный ингибитор сериновой протеазы типа Казаля — LEKTI. Дефицит LEKTI приводит к неконтролируемой протеолитической активности сериновых протеаз KLK5, KLK6, KLK7, KLK13, KLK14 и катепсина G, что вызывает преждевременное отслоение рогового слоя эпидермиса и значительное нарушение кожного барьера, избыточную трансэпидермальную потерю воды, снижение инфекционной защиты и развитие воспаления, а также патологию волосяного стержня.
Способов полностью излечить синдром Нетертона в настоящее время не существует, все методы, используемые до недавнего времени, оказывали симптоматическое действие. Новое понимание патофизиологии синдрома Нетертона позволило перепрофилировать целый ряд биологических препаратов, применяемых при других воспалительных дерматозах.
Сравнительный молекулярный анализ пораженной кожи пациентов с синдромом Нетертона показал, что цитокиновый профиль больше напоминает псориаз, следовательно, целевое воздействие на ось IL-17/ IL-23 является рациональным вариантом лечения, а наиболее предпочтительным, по данным литературы, являются ингибиторы IL-17A
Цель. Поиск новых методов лечения.
Методы. Клинический результат оценивали каждый месяц по индексу площади и тяжести ихтиоза (IASI) и аналоговой шкале зуда. Побочные эффекты отслеживались на протяжении всего лечения.
Результаты. Под нашим наблюдением находятся 6 пациентов (возрастной диапазон 4–14 лет; 4 мальчика и 2 девочки) с клинически верифицированным и подтверждённым молекулярно-генетическим

исследованием синдром Нетертона. Пять из них имеют эритродермический подтип, а у одного пациента определяется огибающий ихтиоз Комеля. Всем пациентам после исключения острой и латентной инфекции, получения письменного информированного согласия был назначен секукинумаб, скорректированный по весу: 75 мг при весе менее 25 кг, 150 мг при весе от 25 до 50 кг и 300 мг при весе более 50 кг. Применялась схема, используемая у пациентов с псориазом: инициирующее введение установленной дозы на 0, 1, 2, 3, 4 неделях и далее каждые 4 недели после этого. На протяжении всего периода применения секукинумаба пациенты продолжали использование наружной терапии и бальнеолечение. Продолжительность терапии секукинумабом составляла от 6 до 15 месяцев. Ответ на лечение оценивался ежемесячно с использованием общего балла индекса площади и тяжести ихтиоза (IASI) и аналоговой шкале зуда. У всех пациентов к 3–6 месяцу терапии было отмечено уменьшение интенсивности эритродермии, уменьшении зуда и шелушения, реже возникали вторичные кожные и системные инфекции, улучшились темпы физического развития и эмоциональный фон. Более значимые изменения регистрировались в группе пациентов с эритродермическим подтипом. На всем протяжении лечения побочные эффекты не отмечались, изменений в лабораторных показателях также не отмечено.

Выводы. Таким образом, несмотря на длительную историю изучения заболевания, проблема ведения пациентов с синдромом Нетертона остается актуальной из-за небольшой выборки, сложности патогенеза и отсутствия эффективных методов лечения, особенно в детском возрасте. Основная задача состоит в том, чтобы найти методы лечения, которые одновременно купируют хроническое воспаление и восстанавливают нарушенный кожный барьер. Необходимо также при выборе тактики терапии пациентов с синдромом Нетертона учитывать подтип заболевания и цитокиновый профиль пациента. Дальнейшее изучение молекулярных основ заболевания и индивидуальный подход к пациенту позволят изменить естественное течение заболевания.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; филиал «Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии» «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва

Муминова М.С., Каткова К.В., Жукова О.В., Потекаев Н.Н., Корсунская И.М.

Актуальность. Псориаз является распространенным воспалительным заболеваниям с большим спектром разнообразных коморбидных состояний. Известно, что при псориазе наблюдается микрососудистая дисфункция. Недостаточность эндотелиальной функции кожи при псориазе сочетается с недостаточностью коронарного и почечного кровообращения. NO-опосредованная эндотелий-зависимая вазодилатация при псориазе снижена. Также отмечается, что проангиогенные медиаторы повышены в коже больных псориазом, тогда как экспрессия ингибиторов ангиогенеза снижена. Данные факты свидетельствуют о том, что ангиогенез играет значительную роль в патогенезе псориаза.

Цель. Изучить состояние микроциркуляторно-тканевой системы (МТС) у больных псориазом на фоне стандартной терапии

Материалы и методы. С помощью неинвазивных методов лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) и флуоресцентной спектроскопии (ФС) нами проведено исследование состояния микроциркуляторно-тканевой системы (МТС) у больных псориазом на фоне стандартной терапии.

Исследование было осуществлено на базе дерматовенерологических отделений № 1 и № 2 филиала «Клиники им. В.Г. Короленко» МНПЦДК с февраля по июнь 2022 года. В исследовании принимали участие 24 пациента с диагнозом «распространенный псориаз, экссудативная форма, прогрессирующая стадия» в возрасте от 28 до 45 лет и 10 здоровых добровольцев. У 100% обследованных пациентов обострение хронического кожного процесса произошло в среднем за 1 месяц до момента госпитализации (проведения обследования). 1-е исследование проводилось до начала комбинированной терапии (дезинтоксикационная, гепатопротекторная, десенсибилизирующая, антигистаминная терапия, физиотерапевтическое лечение (UVB311 нм), наружно: кератолитические мази, топические глюкокортикостероиды). 2-е исследование проводилось в среднем на 10 сутки от начала лечения с наступлением стационарной стадии псориаза. Диагностика состояния кожной ткани осуществлялось с применением двух Анализаторов лазерных микроциркуляции крови портативных «ЛАЗМА ПФ» (Регистрационное удостоверение Росздравнадзора № РЗН 2018/7853 от 26.11.2018 г.), в которых реализованы две оптические технологии: ЛДФ, обеспечивающая контроль микрогемодинамики в микроциркуляторном русле, и ФС, оценивающая состояние окислительного метаболизма.

Результаты. Показатель М (среднее значение показателя микроциркуляции крови) до терапии составлял 15,09±8,63, после терапии — 11,96±5,46 (референсные значения 3,5–9,5), Мн (среднее значение нутритивного кровотока) до терапии составлял 7,32±4,96, после терапии — 6,61±4,32 (референсные значения 1,5–3,5), А надн (амплитуда флуоресценции кофермента восстановленного никотинадениндинуклеотида — биомаркера окислительного метаболизма; повышение амплитуды означает снижение активности метаболизма, снижение амплитуды — активность повышается) до терапии составлял 3,82±4,04, после терапии — 7,85±12,41 (референсные значения 1,5–2,5), ПОМ (показатель окислительного метаболизма, комплексный параметр, прямо пропорционален Мн и обратно пропорционален А надн, характеризует состояние МТС) до терапии составлял 2,56±3,43, после терапии — 1,49±1,88 (референтные значения 0,7–1,7).

Выводы. Полученные данные демонстрируют положительную динамику диагностических показателей состояния микроциркуляции крови и окислительного метаболизма после терапии. Однако если диагностические показатели по микроциркуляции крови у большинства пациентов приближаются или соответствуют норме после терапии, то состояние окислительного метаболизма нормализуется у меньшего числа пациентов. Нарушения микроциркуляции при псориазе напрямую связаны с тяжестью псориатического процесса. Полученные данные свидетельствуют о необходимости поиска новых терапевтических методов, позволяющих улучшить окислительный метаболизм у пациентов с псориазом.

Развитие методов диагностики таких нарушений на ранних этапах является важной задачей для своевременного назначения терапии, улучшающей прогноз пациентов. Кроме того, использования методов неинвазивной диагностики для оценки проводимой терапии позволяют корректировать лечение, основываясь не только на данных визуального осмотра, но и с учетом динамики процессов микроциркуляции и метаболизма кожи.

СВЯЗЬ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города» Москвы
Москва
Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Невозинская З. А.

Введение. По данным ВОЗ, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире неуклонно растет. Согласно зарубежным статистическим данным, в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин преобладают рак молочной железы и рак матки, среди мужского населения преобладают опухоли органов дыхания (трахеи, бронхов, легкого) и простаты. Эти данные согласуются с информацией, предоставленной Федеральной службой государственной статистики РФ. Причинами, повышающим риск развития опухоли, считаются иммунные нарушения, вирусные заболевания, наследственная предрасположенность, УФ излучение и т. д. Также в последнее время отмечается рост количества пациентов с болезнями соединительной ткани, такими как локализованная склеродермия, дискоидная и диссеминированная красная волчанка, дерматомиозит. И все чаще на приеме врача-дерматовенеролога оказываются пациенты, страдающие одновременно кожным и онкологическим заболеванием. Согласно данным зарубежной и отечественной литературы, с болезнями соединительной ткани ассоциируются различные опухолевые процессы, а риск развития злокачественных новообразований у данной группы больных выше, чем в популяции. При этом кожный процесс может развиваться как до, так и после постановки онкологического диагноза.
Целью работы было выявление пациентов, страдающих онкопатологией и заболеваниями соединительной ткани, и изучение возможной связи этих патологических процессов.
Результаты. За последние пять лет в филиале Южный МНПЦДК наблюдается 27 пациентов (из них — 21 женщина и 6 мужчин), у которых выявлены как болезни соединительной ткани, так и злокачественные новообразования. Возраст пациентов колеблется от 49 до 68 лет. Длительность кожного заболевания варьирует от 2,5 до 5,5 лет, а онкологического процесса — от 1,5 до 8 лет. Среди болезней соединительной ткани преобладали локализованная склеродермия (15 больных) и дискоидная красная волчанка (9 человек). Еще у 3 пациенток со склероатрофическим лихеном на гениталиях была выявлена онкопатология ЖКТ. Среди злокачественных заболеваний встречались рак молочной железы и яичника, рак простаты, толстого кишечника, опухоли легкого и щитовидной железы, у одной пациентки был выявлен хронический лимфолейкоз. У большинства пациентов (у 25 из 27 человек) заболевания соединительной ткани развились на фоне прогрессирующего онкологического процесса. Только у 2 пациентов злокачественные опухоли развились на фоне терапии кожного заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что у большинства больных как кожный, так и онкологический процесс характеризуются торпидным течением и резистентностью к терапии.
Заключение. Полученные данные позволяют предположить, что злокачественные и болезни соединительной ткани обладают рядом общих патогенетических механизмов.

СОПУТСТВУЮЩАЯ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Москва
Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В.

Введение. Локализованная склеродермия (ЛС) — хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отека), с последующим формированием в них склероза и/или атрофии кожи и подлежащих тканей. Заболеваемость локализованной склеродермии колеблется от 0,4 до 2,7 случая на 100 тыс. населения. Заболевание встречается в любом возрасте с пиком заболеваемости между 20 и 40 годами. Этиология и патогенез склеродермии до конца не изучены. Коморбидная патология при локализованной склеродермии представляет собой сложную многогранную проблему, требующую индивидуализированного подхода к каждому пациенту и междисциплинарного взаимодействия с другими специалистами. Индекс Чарлсона представляет собой важный инструмент, предназначенный для оценки сопутствующей патологии у пациентов с различными хроническими заболеваниями.
Цель исследования. Анализ структуры сопутствующей и коморбидной патологий у пациентов с локализованной склеродермией.
Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (медицинская карта стационарного больного — форма № 003/у) 147 пациентов, из них 38 мужчин и 109 женщин, с диагнозом «Локализованная склеродермия» в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст составил 56±1,3), получивших стационарное лечение и наблюдение в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» в периоде с января 2024 г. по январь 2025 г. Средняя давность заболевания составляла 5,0±0,4 года. Коморбидность оценивали с помощью индекса Чарлсона (CCI). Отдельно изучали патологии щитовидной железы и суставов.
Результаты. Среди пациентов с ЛС преобладали лица женского пола. При анализе структуры коморбидной патологии пациентов с ЛС выявлено, что 64 (43 %) пациентов страдали патологией щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит был выявлен у 10 %, узловой зоб — у 20 %, гипотиреоз — у 13 % пациентов). Болезни суставов были диагностированы у 27 (18 %) пациентов. Сахарным диабетом страдали 7 (21 %) пациентов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалась у 15 (10 %) пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) было в анамнезе у 30 (20 %) пациентов, ХОБЛ у 2 (1 %), заболевания периферических сосудов были выявлены у 10 (7 %) пациентов, инфаркт миокарда был в анамнезе у 2 (1 %) пациентов, солидная опухоль имелась у 19 (13 %) пациентов, ХБП (от умеренной до тяжелой степени) страдали 7 (5 %) пациентов, болезни печени у 6 (4 %) пациентов. 11 (7 %) пациентов страдали другим кожным заболеванием (витилиго — 4 % и псориазом — 3 % пациентов). Хроническая сердечная недостаточность, деменция, гемиплегия, лейкемия, лимфома, СПИД у пациентов не наблюдались. Индекс коморбидности Чарлсона в среднем составил 3,6±0,2 (p= 0,05).

Выводы. Таким образом, в профиле сопутствующей и коморбидной патологий у пациентов с локализованной склеродермией лидирующее место занимала патология эндокринной системы (сахарный диабет и патология щитовидной железы), болезни суставов, ОНМК и заболевания периферических сосудов, что требует особое внимание и индивидуальный подход при диагностике и лечении пациентов.

СПОНТАННЫЙ И АНТИГЕН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ СИНТЕЗ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Медицинский институт непрерывного образования «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)». Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии.
Москва
Волчек И. А., Масюкова С. А., Теряев А. С., Гладько О. В., Ильина И. В., Сафонова Л. А., Тлостанова Д. З.

Введение. Розацеа — распространенный хронический дерматоз, распространенность которого составляет приблизительно 5,46 % населения мира. Этиопатогенез данного заболевания окончательно не изучен, однако известно, что в его основе лежат гиперактивация провоспалительной цитокиновой активности и, вероятно, сенсибилизация антигенами микроскопических клещей класса Demodex.
Цель работы. Исследование изменений уровня синтеза провоспалительных цитокинов клетками здоровых доноров и больных розацеа in vitro в ответ на стандартный митоген фитогемагглютинин и на антигены Demodex.
Материалы и методы. В исследование были включены 40 пациентов с диагнозом «розацеа» в фазе обострения до начала проведения стандартного лечения. Из них: 20 пациентов — с эритематозно-телеангиэктатической формой (группа 1) и 20 — с папуло-пустулезной формой (группа 2). Также обследовано 20 здоровых людей (группа контроля). Суммарный антиген клещей Demodex (AD) получали по методу Van Heurck N. et al. (2014). Выделение и культивирование мононуклеарных клеток (МНК) осуществляли при помощи градиентного центрифугирования в градиенте фиколл/пак. В часть проб каждой из групп добавляли фитогемагглютинин или AD. Клетки культивировали в течение 36 часов при 37 °C в атмосфере 5 % CO2. Затем в супернатантах определяли уровень IFNγ, IL-2, IL-6, IL-17, TNFα с использованием наборов ELISA Enzyme-linked Immunosorbent Assay Kit Cloud Clone Corp. Исследования осуществляли по протоколам производителя. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Statistica-7».
Результаты. Выявлен достоверно, по сравнению с контролем, более высокий уровень спонтанного синтеза всех исследуемых цитокинов мононуклеарными клетками больных розацеа. Особенно выражены были отличия уровней IL-17, IFNγ и IL-6 (контроль/группа 1/группа 2, пг/мл): IL-17 — 8,35±3,1/53,5±5,53/40,4±4,45; IFNγ — 0,3±0,9/277,1±0,4/214,3±0,9/; IL-6 — 185,3±7,9/227,9±49,2/ 255,7±0,9 (P≤0,01). Ответ на ФГА у больных был значительно менее выражен, чем в контроле. Например, изменения уровня интерлейкина 17. Контроль (ФГА/спонтанный синтез, пг/мл): IL-17 — 37,7±0,9/8,35±3,1; коэффициент прироста — 4,51. Группа 1 (ФГА/спонтанный синтез пг/мл): IL-17 — 68,5±1,1/53,5±5,53; коэффициент прироста — 1,28. Группа 2 (ФГА/спонтанный синтез, пг/мл): IL-17 — 55,2±0,7/40,4±4,45; коэффициент прироста — 1,36. Большой интерес представляют данные относительно ответа на антиген клеща. Выраженный ответ на антиген Demodex отмечен не только у больных, но и здоровых доноров. Изменения уровня интерлейкина 17. Контроль (AD/спонтанный синтез, пг/мл): IL-17 — 24,5±3,36±0,9/8,35±3,1; коэффициент прироста — 2,93. Группа 1 (AD/спонтанный синтез пг/мл): IL-17 — 73,3±4,04/53,5±5,53; коэффициент прироста — 1,37. Группа 2 (AD/спонтанный синтез, пг/мл): IL-17 — 49,05±5,03/40,4±4,45; коэффициент прироста –1,23.
Выводы. У больных розацеа наблюдается высокий уровень спонтанного синтеза провоспалительных цитокинов мононуклеарными клетками и относительно сниженный ответ на стандартный митоген ФГА. Также выявлен выраженный ответ на антиген Demodex не только у больных, но и здоровых доноров. Полученные данные отражают весьма сложные, во многом генетически детерминированные, общие и локальные патогенетические процессы при розацеа, триггером которым могут быть многие факторы эндо- и экзогенной природы, как, например, клещи рода Demodex.

О СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИКРОСПОРИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
Москва
Абдаллах Н. С. А., Острецова М. Н., Жукова О. В., Солнцев В. В.

Актуальность. Tinea capitis — распространенная грибковая инфекция кожи головы, в основном поражающая детей и вызываемая такими патогенными грибами, как Trichophyton spp. и Microsporum spp. Зоофильный Microsporum canis является наиболее часто регистрируемым патогеном, вызывающим tinea capitis во всем мире, а также преобладающим патогеном в г. Москве и в Московской области.
Цель. Изучить современные диагностические характеристики микоза волосистой части головы, вызванные M. canis, у детей на основании результатов прямой микроскопии и люминисцентного исследования очагов в лучах лампы Вуда. Паттерны инвазии гриба были сопоставлены с результатами люминисцентного свечения волос.
Результаты. В исследование было включено 60 детей (41 мальчик и 19 девочек, соотношение 2,16:1), наблюдавшихся в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» в 2022–2024 гг. Из них большинство были дети дошкольного возраста 3–7 лет (30 случаев, 50,0 %), дети в возрасте 7–12 лет — 21 (35,0 %), 1–3 года — 5 (8,3 %) и в возрасте до 1 года — 4 (6,7 %). Указания на контакт с животными отмечался в 48 (80,0 %) случаях: у 30 (50,0 %) — с кошками, у 14 (23,3 %) — с собаками, у 4 (6,7 %) — с кроликами и морскими свинками. При исследовании материала волос методом прямой микроскопии у 46 (76,7 %) детей результаты были положительными. Инвазия M. canis была представлена как endothrix у 12 (20,0 %) пациентов, у 16 (26,7 %) — как ectothrix и у 18 (30,0 %) — как смешанная инвазия. Все пациенты были осмотрены в лучах лампы Вуда. Патогномоничное ярко-зеленое свечение было определено у 38 (63,3 %), слабое свечение — у 14 (23,3 %) инфицированных M. canis. Флуоресценция отсутствовала у 8 (13,3 %) пациентов. Выявлена отрицательная корреляционная зависимость между паттерном endothrix и отсутствием свечения (r= –0,423, p<0,05), между паттерном ectothrix и выраженностью флуоресценции выявлена хорошая прямая корреляционная зависимость (r=0,674, p<0,05).

Вывод. Общепризнано, что Microsporum spp. вызывает инфицирование волоса по типу ectothrix, тогда как Trichophyton spp. — по типу endothrix. Однако микроскопическое изучение особенностей инвазии продемонстрировало, что Microsporum spp. может инфицировать волос и по типу endothrix, и по типу ectothrix одновременно. В некоторых случаях инвазия происходит по типу endothrix, что, вероятно, приводит к отсутствию свечения при люминисцентном исследовании. Также выявление данных особенностей объясняет подходы к системной и топической терапии. При инвазии волоса M. canis по типу ectothrix не рекомендуется проводить терапию с использованием только наружных противогрибковых средств. Паттерн инвазии endothrix при прямой микроскопии с большей вероятностью обнаруживался у пациентов с указаниями в анамнезе на самолечение (применение наружных противогрибковых средств до обращения к специалистам).

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОПРИНОЗИНА В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер» Омск

Алексеев С. М., Медведчиков Е. К., Крючева А. С., Тимченко Т. С.

Цель. Оценка эффективности и безопасности применения изопринозина (инозин пранобекс) — системный препарат, обладающий иммуностимулирующей активностью и неспецифическим противовирусным действием — в терапии пациентов с вирусными бородавками.

Материалы и методы. Пациенты наблюдались в течение 2 месяцев. Оценка эффективности терапии проводилась на основании клинических проявлений и наличию рецидивов. 42 пациента в возрасте от 8 до 43 лет с установленным диагнозом вирусные бородавки рецидивирующей формы с локализацией поражений на коже ладоней и стоп (23 женщины и 19 мужчин).

Результаты. У всех пациентов отмечались высыпания в виде округлых папул, в количестве не более 5 штук и размером до 0,5 см в диаметре, локализующиеся на коже подошв/стоп и ладонной поверхности кистей на одном уровне с неизмененной кожей, имеющие зернистую поверхность, покрытую гиперкератотическими наслоениями. В центре высыпаний располагались затромбированные капилляры. Диагноз основывался на типичных клинических проявлениях, данных анамнеза болезни, жалобах пациентов. Все пациенты получали лечение изопринозином 50 мг/кг в сутки (в 3 приема в сутки), 14–28 дней, в зависимости от степени выраженности клинических проявлений. Контроль эффективности терапии осуществлялся на 14-й день, окончательный результат оценивался через 2 месяца после начала лечения и по наличию рецидивов заболевания. В ходе наблюдения пациентам проводился осмотр кожных покровов и определение признаков (симптомов), фиксирование любых нежелательных явлений с момента последнего визита.

Результаты. По данным наблюдения на 14-й день контроля применения изопринозина у 95,4 % отсутствовали побочные реакции. У 6,9 % (3 пациента) отмечались появление новых высыпаний в течение 1-го месяца лечения. У 2,3 % отмечался зуд кожных покровов, еще у 2,3 % отмечалась тошнота. По результатам проведенного лечения изопринозином клиническое излечение отмечено у 85,7 % (36 пациентов), у 2,3 % (1 пациент) отмечаются появление новых высыпаний на фоне проводимого лечения. Вероятно, есть связь нарушений правил гигиены и плохой дезинфекции носков, обуви.

Выводы. Проведенное наблюдение показало клиническую эффективность и безопасность применения изопринозина, а также низкий показатель рецидивов заболевания. Изопринозин обладает хорошей переносимостью, имеет небольшой спектр побочных явлений, может быть использован при рецидивирующих формах вирусных бородавок.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи Москва

Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Ким Д. Г., Гомберг М. А., Халдин А. А.

Актуальность. По оценкам экспертов не менее 80 % сексуально активных людей, если они не вакцинированы против ВПЧ, инфицируются этим вирусом, по меньшей мере 1 раз в жизни, а аногенитальные бородавки, которые вызываются ВПЧ, являются одной из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в мире. ВПЧ высокого канцерогенного риска является причиной рака шейки матки, практически в 100 % случаев, а также причиной 90 % раков анального канала, значительной доли раков влагалища, вульвы, полости рта, гортани и полового члена. Следует отметить, что ВПЧ-инфекция это не только манифестные формы заболевания, которые могут быть представлены вышеперечисленными заболеваниями, самыми частыми из которых являются аногенитальные и вирусные бородавки, но и предраковые заболевания, такие как интраэпителиальные дисплазии различной локализации. По данным ВОЗ, в 70–90 % случаев инфекция протекает в латентной или субклинической формах и не имеет видимых клинических проявлений и симптомов. Отсутствие симптоматики является одной из самых значимых проблем ВПЧ-ассоциированных заболеваний и ключевым фактором в передаче и распространении инфекции, поскольку носители этой инфекции могут ее передавать при контактах, не зная, что они инфицированы. Кроме того, становится очевидным, что для полноценной и эффективной диагностики наличия вирусов, а также ВПЧ-ассоциированных заболеваний, в клинической практике необходимо применение современных диагностических методов выявления ВПЧ, а именно методов молекулярной диагностики, а при обнаружении инфекции, специальных методов исследования для выявления возможной патологии: цитологических, гистологических, а также оптических приборов с изменяющимся увеличением и дополнительным источником света. Кроме того, необходимо учитывать, что в зависимости от видов сексуальной активности ВПЧ могут инфицировать не только наружные половые органы, но и слизистую оболочку полости рта и гортани, область анального канала, уретру. Очевидно, что для полноценной диагностики и лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний кроме врача дерматовенеролога пациенту могут потребоваться консультации врачей других специальностей: оториноларинголога, колопроктолога, уролога и акушера-гинеколога. Таким образом, вопросы диагностики, лечения и профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний носят мультидисциплинарный характер, что очень важно при обращении пациентов по поводу данной проблемы.

Цель. Создание специализированного Центра с мультидисциплинарным подходом в диагностике, лечении и профилактике ВПЧ-ассоциированных заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Материалы и методы. При создании Центра использована материально-техническая база ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Результаты. В мае 2024 года по инициативе руководства ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» создана специализированная структура — «Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи» — обособленное отделение, в котором консолидированы специалисты разных медицинских профилей для решения вопросов, связанных с вирусными заболеваниями кожи. Работа Центра компетенций направлена на решение широких вопросов вирусной патологии кожи, однако основной акцент в работе Центра сделан на диагностику, лечение и профилактику ВПЧ-ассоциированных заболеваний, учитывая их повышенную медицинскую, социальную и экономическую значимость. Принимая во внимание, что самое частое проявление ВПЧ-инфекции — аногенитальные бородавки — относится к ИППП, на первом этапе в Центре компетенций проводится консультация пациентов врачом-дерматовенерологом, далее после сбора жалоб, клинического осмотра пациентов, выяснения сексуального анамнеза по показаниям пациентам рекомендуется консультация врачей: акушера-гинеколога, колопроктолога, уролога или оториноларинголога. Проводится детальная клинико-лабораторная диагностика, которая включает в себя молекулярно-биологическую диагностику, современный онкоцитологический скрининг, по показаниям биопсия тканей, а также методы видеовизуализации: кольпоскопия, уретроскопия. Кроме того, в ближайшей перспективе планируется проведение ректоскопии, ларингоскопии. В зависимости от установленного диагноза выбирается тактика ведения пациента: деструктивные методы терапии, иммунотерапия или проведение динамического наблюдения. Все пациенты с выявленными неоплазиями различной локализации, а также злокачественными заболеваниями, направляются для дальнейшего лечения и наблюдения в специализированные центры по профилю онкология. Кроме того, одним из приоритетных направлений работы Центра компетенций является профилактический этап — гендер-независимая вакцинопрофилактика против ВПЧ взрослого и детского населения.

Выводы. Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи, организованный в составе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», — единственная специализированная государственная структура в системе учреждений здравоохранения г. Москвы, с мультидисциплинарным подходом и самыми современными возможностями в диагностике, лечении и профилактике вирусной патологии кожи, включая ВПЧ-ассоциированные заболевания, имеющие повышенную медицинскую, социальную и экономическую значимость.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗОТРЕТИНОИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТИЛОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Минздрава Российской Федерации
Москва
Ключникова Д. Е., Айвазова Т. В.

Введение. Роговая (тилотическая) экзема (ТЭ) кистей рук хроническое, трудно поддающееся лечению заболевание, сильно осложняющее быт и профессиональную деятельность пациента. Данное состояние существенно снижает качество жизни пациентов. Тилотическая экзема составляет 7 % случаев хронической экземы, и значительная часть этих пациентов не поддается стандартной терапии в виде кератолитиков, сильнодействующих местных кортикостероидных мазей, десенсибилизирующей терапии и смягчающих кремов для рук. Длительное применение сильнодействующих местных кортикостероидов может дополнительно ослабить кожный барьер, может быть ограничено присоединением грибковой и пиококковой биоты, развитием тахифилаксии и атрофией кожи. Системный ретиноид изотретиноин, связываясь селективно с рецептором ретиноевой кислоты RAR, обладает обширными противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами и является препаратом, воздействующим на аномальную пролиферацию кератиноцитов.

Цель исследования. Анализ эффективности и безопасности системного изотретиноина в комплексной терапии пациентов с тилотической экземой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов, 8 мужчин и 3 женщины с тилотической экземой в возрасте от 30 до 74 лет, медиана возраста 52 года, страдающих заболеванием от 5 до 38 лет. В качестве терапии использовался системный изотретиноин в дозе 10 мг в сутки в течение 16 недель. Местная терапия включала Фукорцин, крем с мочевиной 30 %, мометазон мазь, крем гель Кератозан и крем Барьедерм. Пациенты сдавали биохимический анализ крови для контроля функции печени и концентрации глюкозы в крови до лечения, на 2-ю, 4-ю, 12-ю неделю лечения, а также после завершения терапии.

Результаты. На 4-й неделе лечения у всех пациентов наблюдалось положительная динамика кожного процесса с исчезновением трещин, уменьшением степени гиперкератоза на ладонях, усилением эластичности кожи рук. К 6-й неделе все пациенты отменили наружный кортикостероидный препарат, однако, ввиду снижения салопродукции под воздействием изотретиноина, пациенты постоянно использовали ожиряющие и увлажняющие уходовые средства для рук после 30 % крема с мочевиной и с окклюзией на время сна. К 16-й неделе все пациенты отмечали хороший и очень хороший эффект проводимой терапии. С полным заживлением трещин, исчезновением шелушения, уменьшением гиперкератоза и инфильтрацией кожи кистей. Пациенты продолжили использовать наружные смягчающие средства после окончания лечения. Надо отметить, что дозировка в 10 мг не вызвала ни у одного пациента значимых изменений в биохимическом анализе крови, что позволило не отменять препарат до окончания курса лечения всем пациентам. У 4 пациентов отмечался ретиноевой хейлит, легко устраняемый наружными увлажняющими помадами.

Вывод. Системный прием изотретиноина в сочетании с наружным лечением продемонстрировал высокую эффективность у взрослых пациентов с тилотической экземой. Малые дозировки препарата показывают достаточную эффективность при высоком профиле безопасности, а также отсутствие/незначительность побочных эффектов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

Введение. Пищевые продукты нередко являются фактором дебюта или обострения атопического дерматита (АД), а коррекция

пищевого поведения может быть фактором снижения риска обострений дерматоза.

Цель. Оценить эффективности разработанного персонализированного подхода к питанию больных АД на основании обучения их и/или их родителей навыкам ведения и анализа пищевого дневника.

Материалы и методы. Под наблюдением было 60 больных АД в возрасте от 1 года до 35 лет, которые наблюдались в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР в течение 2018–2023 гг. Диагноз АД, обследование и лечение проводили в соответствие с клиническими рекомендациями РФ. Всем пациентам и/или родителям на 1-м визите объясняли, как вести пищевой дневник, информировали о значении правильного питания и ухода за кожей для достижения долговременного эффекта. Пищевой дневник рекомендовали вести на бумажном носителе с заполнением следующих граф: «дата — время — пища / лекарство — состояние кожи /зуд — характер кала». В последующем анализировали динамику состояния кожи, зуда и особенности питания при каждом посещении в течение 6 месяцев. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (30 больных) — комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, 2-я группа (30 больных) — комплексная терапия сочеталась с гипоаллергенной диетой. Эффективность разработанной стратегии оценивали по динамике индекса SCORAD (SCORAD1 — до лечения, SCORAD2 — через 4 недели лечения), числу рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения.

Результаты. В обеих группах достигнут положительный терапевтический результат. Индекс SCORAD в 1 группе снизился с 54,53±3,7 до 12,48±2,9, а во 2 — с 54,61±4,1 до 18,71±3,4. В 1 группе, где комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, терапевтический эффект был достоверно более выраженным, чем у больных, комплексная терапия которых сочеталась только с гипоаллергенной диетой — SCORAD2 составил 12,48±1,9 и 18,71±2,8, соответственно, p≤0,001. В течение 6 месяцев рецидивы были у 26,7% больных 2 группы и лишь у 10% больных 1 группы. Отмечено, что у детей до 5 лет рецидивы АД в течение 12 месяцев были во 2 группе — у 49%, в 1 — лишь у 10%. Аналогичная тенденция отмечена и в других возрастных группах.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали значимость персонализированного питания и ведения пищевого дневника в долговременном контроле АД.

ОПЫТ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В СОЧЕТАНИИ С ДИФФУЗНОЙ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Донецк
Проценко Т. В., Милус И. Е., Шпатусько М. Н.

Введение. Диффузная телогеновая алопеция обычно сопровождает более тяжелое течение атопического дерматита, особенно у лиц старше 20 лет и на фоне соматической полиморбидности, требующей ежедневного приема медикаментов. В связи с этим актуальным является поиск немедикаментозных технологий лечения с широким спектром терапевтических эффектов.

Цель. Оценить эффективность гипокситерапии в комплексном лечении больных атопическим дерматитом (АД) и диффузной телогеновой алопецией (ДТА).

Материал и методы. Под наблюдением было 82 больных в возрасте от 18 до 58 лет, в т. ч. 36 мужчин и 46 женщин, у всех АД был в эритемато-сквамозной форме с лихенификацией, у 20 из них — в сочетание с ДТА. Пациента были распределены в 2 терапевтические группы: 1 группа — 42 больных (20 — с АД, 22 — АД в сочетание с ДТА), традиционную терапию сочетали с гипокситерапией, которую проводили в режиме 10 процедур 3–5 раз в неделю, повторные 2 курса весной и осенью. 2 группа — 40 человек (20 — с АД, 20 — АД и ДТА), получали только традиционную терапию. Оценивали переносимость, ближайшие (по регрессу воспалительных проявлений сыпи) и отдаленные результаты в течение 3 лет наблюдения.

Результаты. Соматическая патология была у 71 (86,6%), в большей степени у больных 1 группы, по сравнению со 2, — у 90% и 85,5% больных соответственно. Две и более соматических патологии было у 39,4%, в большей степени у больных 1 группы, чем у 2 — 61,1% и 32,1% больных соответственно. Ежедневный прием лекарств, в связи с этим был у 70,7%. Переносимость лечения у всех больных удовлетворительная. Ближайшие результаты терапии в группах сравнения существенно достоверно не отличались. У больных 1 группы положительный эффект отмечен как на дерматозы, так и на сопутствующие заболевания. Наиболее значимые результаты были при оценке отдаленных результатов терапии. Так, ремиссию свыше 3 лет отмечали у 47,7% больных, пролеченных с применением гипокситерапии, и лишь у 15% больных 2 группы, леченных традиционно. Продолжительность ремиссии до 1 года была у 60% больных 2 группы и лишь у 19% больных 1 группы. Ремиссия от 1 года до 3 лет была у 33,3% больных 1 группы и лишь у 25% — в 2 группе.

Выводы. Использование гипокситерапии позволяет в практике реализовать пациент-ориентированный подход, с учетом не только дерматологической, но и соматической патологии, за счет уникального механизма действия, влияющего на воспалительные и метаболические процессы не только в коже, но и других органов и систем: Гипокситерапия существенно расширяет возможности терапевтического воздействия при ведении хронических рецидивирующих дерматозах, особенно на фоне полиморбидности, увеличивает продолжительность ремиссии и может быть рекомендована для включения в протоколы ведения больных хроническими дерматозами.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУБИНОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Тимирязевский»
Москва
Мосунова Ю. П., Бохонович Д. В.

Введение. Среди эстетических недостатков, серьезно влияющих на самооценку и качество жизни, являются пигментные пятна на лице. Гиперпигментация — процесс, при котором происходит изменение цвета кожи из-за нарушения синтеза меланина. Среди основных причин возникновения выделяют: воздействие УФ-лучей, гормональные изменения, травматизация кожи, возрастные изменения, лекарственная терапия хронических заболеваний. В классификации пигментных пятен различают эфелиды (веснушки), лентиго, мелазму (хлоазму), поствоспалительную гиперпигмента-

цию, невусы, дерматоз Брока (пигментный периоральный дерматоз), актинический кератоз, лекарственные гиперпигментации. Самыми частыми причинами обращений к дерматологу для коррекции являются мелазма и поствоспалительные пигментные пятна на лице. По данным Иконниковой Е. В. и соавт., мелазма в настоящее время встречается у 11,3–46 % женщин, получающих оральные контрацептивы. Существуют разные методики удаления пигментных пятен (лазерная терапия, химические пилинги, микродермабразия, криотерапия, топические средства). Лазерная терапия — одна из самых популярных и эффективных методик. В дерматологической практике чаще используются твердотельные лазеры: александритовый, рубиновый, Nd: YAG (неодимовый), KTP-лазер (тип неодимового лазера, работающего на алюмоиттриевом гранатовом кристалле) и Er: YAG (эрбиевый).

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность применения рубинового лазера для лечения эпидермальных и дермальных неопухолевых гиперпигментаций.

Материалы и методы. В этом исследовании был использован рубиновый лазер (694 нм). Рубиновый лазер применяется для лазерной косметологии, работает по принципу селективного термолиза. Активная среда (кристалл рубина) обеспечивает высокую выходную энергию (100–200 МВт) лазерного излучения при очень коротком времени импульса (20–80 наносек) на длине волны 694 нм. Излучение с такой длиной волны в высокой степени избирательно поглощается целевой структурой (меланином, пигментом эпидермиса). Продолжительность импульса энергии лазера короче, чем время термической релаксации структуры-мишени. Данная длительность импульса гарантирует, что воздействие тепловой энергии ограничивается целевой структурой и не влияет на окружающие ткани.

В исследовании участвовали 58 пациентов с I–III фототипом кожи (в соответствии с классификацией Фицпатрика), с эпидермальными и дермальными пигментными поражениями кожи лица, вызванными УФ-воздействием (мелазма, лентиго). Все пациенты были женского пола в возрасте от 32–56 лет. Наружные средства с депигментирующими свойствами не использовались. Коррекция гиперпигментации оценивалась по пятибалльной шкале: от 0 — чистая кожа до 5 — очень интенсивная пигментация; шкале GAIS (Global Aesthetic Scale): 0 — ухудшение, 1 — без изменений, 2 — улучшение, 3 — умеренное улучшение, 4 — значительное улучшение. Было проведено от 1 до 3 процедур лазерного лечения пятен гиперпигментации с интервалом 4–6 недель.

Результаты. После процедуры на 2–3 день у 73,4 % пациентов наблюдался умеренный отек, гиперемия в области воздействия. У 13,3 % пациентов формирование серозных корочек. У 33,3 % пациентов уже после первого сеанса отмечался полный регресс очагов гиперпигментации, у 56,6 % значительное осветление пигмента. После 3 процедур применения рубинового лазера у 92,5 % пациентов отмечалась положительная динамика в виде разрешения или уменьшения интенсивности пигмента. Все пациенты после проведенного курса лазерной терапии отмечали улучшение по шкале GAIS (Global Aesthetic Scale).

Выводы. Результативное лечение неопухолевых пигментных пятен на коже может быть достигнуто после 1–6 сеансов рубинового лазера при уровне флюенса 8–10 Дж/см^2.

После процедуры могут наблюдаться отек, покраснение, корочки, которые самостоятельно разрешаются через несколько дней. После процедуры пациенты должны избегать пребывания на солнце и пользоваться солнцезащитными средствами широкого спектра действия с фактором защиты от солнца (SPF) не ниже 50.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

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

Введение. Красная волчанка — мультифакториальное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, поражающее различные органы и системы и имеющее широкий спектр клинических проявлений. Кожная форма красной волчанки (ККВ) представлена острой (ОККВ), подострой (ПККВ) и хронической (ХККВ) формами. Диагностика ККВ затруднена, что приводит к ее позднему выявлению и риску прогрессирования в системную красную волчанку (СКВ), вероятность которого, по разным данным, составляет от 0 до 30 %. Переход в СКВ наиболее вероятен при ОККВ (90 %), при ПККВ — 20–30 %, при диссеминированной дискоидной красной волчанке (ДДКВ) — 20 %, при локализованной форме (ЛДКВ) — 5 %. Факторами риска прогрессирования являются генетическая предрасположенность, ультрафиолетовое облучение, курение, лекарственные препараты и инфекции. Влияние SARS-CoV-2 требует дальнейшего изучения.

Цель. Акцентировать необходимость ранней диагностики кожных форм красной волчанки.

Материалы и методы. Анализ амбулаторной карты, анамнестических данных, клинических проявлений и результатов гистологического исследования.

Результаты. Проведен ретроспективный анализ 60 случаев ККВ, на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2017–2024 гг.). На догоспитальном этапе специфический диагноз установлен у 29 (48,33 %) пациентов, тогда как у 31 (51,67 %) были диагностированы другие дерматозы. В год появления первых симптомов за медицинской помощью обратились 54 (90 %) пациента, спустя год и более — 6 (10 %). Диагностическая биопсия проведена у 19 (35,85 %) пациентов до госпитализации, у 11 (20,75 %) — во время стационарного лечения, у 23 (43,40 %) биопсия не выполнялась. Патоморфологическое исследование проведено у 20 (33,33 %) пациентов в год первого обращения, 14 (23,33 %) были госпитализированы без предварительной диагностики, у 26 (43,33 %) морфологическое исследование не проводилось. Гистологическое исследование выполнено у 36 (60 %) пациентов, при этом совпадение клинического и морфологического диагноза отмечено в 23 (38,33 %) случаях. Атрофические изменения кожи выявлены у 53 (88,33 %) пациентов. Консультация врача-ревматолога проведена у 35 (58,33 %) пациентов, СКВ диагностирована у 2 (5,71 %).

В качестве примера приводим клинический случай, включенный в наше исследование. Пациентка В., 68 лет, отмечает кожные высыпания в течение 2 лет. Первоначально диагностирован фотодерматит, затем псориаз, назначенное лечение было неэффективным. После пребывания в Евпатории состояние ухудшилось, пациентка направлена на стационарное лечение в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (26.08.2024) с направительным диагнозом «L40.0 — псориаз?». При поступлении кожный процесс хронический, симметричный, представлен эритематозными инфильтрированными очагами до 5 см с четкими границами и атрофией в центре. Выявлены телеангиоэктазии, плотные сероватые чешуйки, псориатическая триада не воспроизводилась. Лабора-

торно-инструментальное обследование: СОЭ 70 мм/ч, лейкоциты 15–20 в ОАМ, бактерии ++, эпителий плоский 2–3 в п/зр, слизь + в п/зр, АЛТ 70,1 МЕ/л, АСТ 68,2 МЕ/л, мочевина 8,5 мМоль/л, общий белок 62,3 г/л. По данным ЭКГ — неспецифические изменения миокарда. УЗИ выявило признаки хронического пиелонефрита, цистита, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, хронический калькулезный холецистит, дискинезию желчевыводящих путей. Диагностическая биопсия кожи (26.08.2024, 28.08.2024) подтвердила морфологическую картину красной волчанки. Установлен диагноз L93.0 — дискоидная красная волчанка. Ревматолог на консультации не исключил СКВ, учитывая результаты исследований, рекомендовано дальнейшее дообследование: АНФ по Нер-2, АНА иммуноблот, С3-С4 компоненты комплемента, КТ ОГК, ЭХО-КГ, анализ мочи по Нечипоренко, суточная протеинурия. На момент выписки (05.09.2024) состояние улучшилось, свежих высыпаний не отмечалось. Продолжена терапия дапсоном, топическими ГКС, назначена фотозащита (SPF 50+), наблюдение у ревматолога, контроль иммунологических показателей.

Обсуждение. Данный случай демонстрирует значимость ранней диагностики ККВ и необходимость комплексного обследования, включающего обязательное гистологическое исследование при подозрении на ККВ и консультацию ревматолога для исключения системности процесса. Ошибки на ранних этапах диагностики привели к запоздалому лечению и прогрессированию заболевания. Своевременное проведение иммунологических и морфологических исследований, а также динамическое наблюдение, играет ключевую роль в предупреждении перехода ККВ в системную форму.

ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины», кафедра кожных и венерических болезней; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал Москва

Задионченко Е. В., Денисова Е. В.

Введение. По данным отечественных и зарубежных источников после эпидемии COVID-19 в популяции резко возросла численность пациентов с заболеваниями аутоиммунного характера. В настоящее время и у врачей дерматологов все больше регистрируется подобных случаев. Наряду с классическими аутоиммунными дерматозами, врачи стали отмечать более редкие заболевания и их редкие формы. Более того, в дерматологическом отделении стали появляться пациенты, имеющие в своем анамнезе несколько аутоиммунных проблем. В литературе это описывается термином «перекрестный синдром» — такое состояние, при котором у пациента наблюдаются одновременно несколько клинических и лабораторных симптомов, характерных для двух и более аутоиммунных заболеваний. Термин «перекрестный синдром» наиболее близко понятию «синдром взаимного отягощения», при котором происходит взаимное отягощение двух и более заболеваний. Проблемы, с которыми сталкиваются клиницисты, с синдромом перекреста, заключаются в том, чтобы определить, какой процесс является первичным, какие диагностические, лечебные мероприятия провести и каких результатов ожидать, а также, как осуществлять дальнейший контроль за такими пациентами. Современное лечение этой группы заболеваний, как правило, состоит из широко используемых групп препаратов, таких как системные глюкокортикостероиды, цитостатики, противомалярийные средства и биологические агенты. В связи с этим в ходе курации этих пациентов у дерматологов стал возникать ряд проблем, которые могут снижать эффективность оказания медицинской помощи и увеличивать сроки стационарного лечения.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры аутоиммунных заболеваний у больных дерматологического профиля, находящихся на стационарном лечении в клинике Филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», и демонстрация наиболее интересных клинических случаев.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный, текущий анализ медицинской документации и клинико-аналитическое наблюдение за больными на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Результаты. В ходе работы удалось выявить, что в отделении преобладают пациенты с моно аутоиммунными дерматологическими заболеваниями, такими как пузырчатка, пемфигоид, ограниченные формы склеродермии, красная волчанка. Имеется устойчивая тенденция к увеличению числа случаев красной волчанки. Среди буллезных дерматозов преобладает вульгарная форма пемфигуса, наряду с этим стала чаще регистрироваться листовидная форма и IgA-линейный дерматоз. По нашему мнению, наиболее интересными с практической и научной точки зрения, оказались пациенты, у которых было несколько аутоиммунных заболеваний. Под наблюдением оказалось 4 пациента с такими патологиями, как вульгарная пузырчатка и рассеянный склероз, линейная склеродермия и ревматоидный артрит, дерматомиозит и красная волчанка. Следует отметить, что возраст всех пациентов был молодой от 19 до 25 лет. Пациенты поступили в стационар с выраженными изменениями кожных покровов, соответствующих их дерматологическому диагнозу и наличием в анамнезе другого аутоиммунного заболевания, по поводу которого они получали ранее лечение. Пациентка с рассеянным склерозом проходила терапию моноклональными антителами, пациенты с линейной формой склеродермии и дерматомиозитом получали неоднократные курсы цитостатиков.

Заключение. Обращает на себя внимание наличие у всех представленных больных торпидности к проводимой терапии в стационаре (достаточно медленный регресс высыпаний и тенденция к прогрессированию процесса), кроме того, уже имеющиеся отклонения в лабораторных показателях крови и мочи при поступлении (анемия, лейкоцитопения, повышенный белок в моче, остеопороз, частые инфекции), которые затрудняли назначение препаратов необходимых для терапии основного кожного процесса. Назначение комбинированных схем лечения цитостатиков и системных глюкокортикостероидов повышало риски утяжеления уже имевшихся осложнений и возникновения новых. Для пациентов с перекрестными аутоиммунными заболеваниями под вопросом остается дальнейший прогноз по течению заболеваний и качеству жизни.

ПРОБЛЕМА БУЛЛИНГА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России
Тюмень

Бахлыкова Е. А., Шайшникова А. П., Художиткова П. А.

Актуальность. По данным различных социологических исследований, до 75% респондентов испытывали ситуацию буллинга на

различных этапах обучения в школе, колледжах, высших учебных заведениях. Молодые люди, испытавшие травлю, могут столкнуться с серьезными негативными последствиями, влияющими на самооценку, иметь проблемы в общении, социализации, предрасположенность к развитию тревожных и депрессивных расстройств психики. Школьники и студенты, имеющие хронические заболевания, отражающиеся на внешности, а дерматологические болезни относятся именно к таким патологиям, могут стать вероятными жертвами травли в коллективе.

Цель исследования. Исследовать опыт межличностного взаимодействия пациентов молодого возраста, страдающих дерматологическими заболеваниями, со сверстниками и взрослыми, а также выявить характерные психологические тенденции.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 93 пациентов ГАУЗ ТО ОКВД и студентов вузов г. Тюмени, страдающих дерматологическими заболеваниями. Респонденты отвечали на вопросы о настоящем или прошлом опыте, влиянии симптомов кожного заболевания на их психологический комфорт, отношения с окружающими, реакции сверстников и взрослых на проявления болезни, наличии поддержки, опыте обращения за помощью к психологу. Результаты исследования.

Результаты. Были опрошены 93 человека в возрасте от 11 до 23 лет, лиц мужского пола — 32 (34,4 %), женского — 61 (65,6 %). Среди них акне страдали 43 (46,2 %), атопическим дерматитом (АД) — 22 (23,6 %), псориазом — 23 (24,7 %), алопецией — 2 (2,2 %), витилиго — 3 (3,2 %) пациентов. Из них 13 % опрошенных имели сочетание двух и более патологий, чаще всего наблюдалось сочетание АД и акне. Среди опрошенных 90 % утверждают, что сверстники знают о наличии у них дерматологического заболевания. Выявлено, что сверстники относились к ним с пониманием и поддержкой — 30 %, сталкивались с неудобными вопросами — 18,5 %, с избеганием контакта — 8 %, с унижением, оскорблениями — 6 %. Возникало желание пропустить учебный день в связи с заболеванием кожи у 36,5 %, в подавляющем большинстве случаев (62 %) это было вызвано психологическим дискомфортом, тогда как с физическим дискомфортом связывали только 38 %. Почти половина респондентов (46 %) указывают, что на проявления их заболевания обращали внимание также и взрослые люди, они чаще задавали неудобные вопросы, чем сверстники, и так же часто избегали контакта. Чаще всего с унижениями и оскорблениями как со стороны сверстников, так и от взрослых, сталкивались пациенты с акне. С избеганием общения чаще сталкивались пациенты с АД и псориазом. Большинство (85 %) опрошенных отметили, что в их окружении есть люди, с которыми им комфортно поделиться своими переживаниями, связанными с психологическим дискомфортом по поводу состояния кожи, чаще всего этими людьми становятся родители и друзья, трое (3,2 %) отметили, что таким человеком является лечащий врач. Только двое (2,2 %) опрошенных обращались к психологу. В меньшей мере поддержку ощущают пациенты с акне (26 % от сверстников, 12 % от взрослых), с псориазом получали поддержку от ровесников в 40 % случаев, от взрослых — в 27 %, пациентов с АД чаще (64 %) поддерживали взрослые, чем сверстники, также были отрицательные результаты опроса (15 %). Абсолютное большинство опрошенных (96 %) считают важным просвещение в вопросах заболеваний кожи.

Вывод. Очевидно, что кожные заболевания оказывают серьезное влияние на качество жизни детей и подростков, их психологическое состояние, социальную адаптацию. Большое количество детей, подростков и молодых людей с дерматологическими заболеваниями являлись жертвами буллинга и сталкивались с негативными реакциями со стороны окружающих. Наиболее подверженной группой являются пациенты с акне, они также получают меньше поддержки как от взрослых, так и со стороны сверстников. Необходимо повышение внимания к проблеме буллинга молодых людей, страдающих дерматологическими заболеваниями, а также привлечение внимания родителей и преподавателей к важности этой проблемы. Понимание важности психологической поддержки пациентов, в том числе и с привлечением профессионалов в этой области, осведомленности населения о дерматологических заболеваниях, возможностях современной терапии, может дать положительные результаты, в том числе способствовать проведению социальной реабилитации и улучшению состояния пациентов в целом.

ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Минздрава РФ «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Санкт-Петербург

Дубовая Е. Г., Королькова Т. Н.

Доктрина информационной безопасности (далее ИБ) России определяет состояние защищенности национальных интересов в информационной сфере, определяющихся совокупностью сбалансированных интересов личности, общества и государства. Обычно в названной проблематике обсуждается обработка персональных данных и медицинская тайная информация. ИБ — совокупность следующих свойств: конфиденциальность, как доступ к информации только авторизованных пользователей; целостность, как достоверность и полнота информации и методов ее обработки; доступность, как доступ к информации и связанным с ней активам авторизованных пользователей по мере необходимости. Мы сегодня все чаще сталкиваемся с различными угрозами: компьютерное мошенничество, шпионаж, вредительство, вирусы, взлом и атаки типа отказа в обслуживании, становятся более распространенными, более агрессивными и все более изощренными. Что делать? Медицинские организации (далее МО) создают, утверждают и затем работают на основании объемного внутреннего документа, под названием Политика, Концепция или Положение об ИБ, или о персональных данных (далее ПД). Названные документы разрабатываются в соответствии с Конституцией РФ, Федеральным законом от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 27.07.06 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Федеральным законом от 22.10.04 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации», указанием Федерального агентства по образованию от 22.10.09 № 17-187 «Об обеспечении защиты персональных данных», Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ № 323), Приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и др. Проблемы: нет предела защищенности, криминальная фантазия опережает защиту; высокий уровень требований правовой защиты ПД, плюс постоянные изменения требований; дороговизна актуальных мер защиты; инертность мышления старшего поколения, и др. Прежде чем приступать к построению эффективной системы ИБ,

рекомендуют проанализировать уже существующую на предприятии систему хранения и обработки данных. Три основных шага: 1. Выявление критически важной информации; 2. Выявление слабых мест в корпоративной безопасности; 3. Оценка возможностей защиты этой информации. Силами своих сотрудников, либо заказать аудит ИБ. Специалисты выделяют основные направления мер ИБ: правовые, организационные и технические. Существует ряд интереснейших социологических и психологических наблюдений, утверждающих наиболее уязвимым организационный, а именно человеческий фактор (например, К. Митник, «Искусство обмана» http://www.evartist.narod.ru/text16/033.htm) информационной безопасности. Технические меры — все, что связано непосредственно с компьютерной сетью, программным обеспечением, конструкционные меры защиты от хищений, саботажа, диверсий, взрывов, установку резервных систем электропитания, оснащение помещений замками, установку сигнализации и многое другое. Обязанности по соблюдению требований безопасности распределяются на стадии подбора персонала, включаются в трудовые договоры и должностные обязанности, проводится их мониторинг в течение всего периода работы сотрудника. При необходимости, в условиях трудового договора указывается, что обязанность и ответственность распространяется и на работу вне помещений, и внерабочее время, например, в случае исполнения работы на дому. Отдельного внимания заслуживает переписка МО, ответы на обращения. Без согласия пациента медицинская информация, согласно ст. 13 ФЗ № 323, передается только закрытому перечню правоохранительных органов. Всем другим лицам деликатно формулируем ответы. Важно сотрудничество юристов, медиков и инженеров с целью уравновешивания всех трех видов мер в области информационных технологий в МО. Очевидно, что оптимальное развитие систем ИБ пациентов вообще и пациентов косметологов, в частности, возможно только при комплексном подходе ко всем перечисленным направлениям в системе охраны здоровья РФ. Таким образом, государство регулирует баланс между возможностью реализации права всех людей на свободный доступ к информации и конституционными гарантиями на признание, соблюдение и защиту прав пациентов на безопасность, информационную, в том числе.

РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГИБТ: КОМБИНИРОВАННЫЕ СХЕМЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПСОРИАЗЕ И ПСА

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Медицинский институт, кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Москва

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

Введение. Псориаз и псориатический артрит (ПсА) — хронические иммуновоспалительные заболевания, которые существенно ухудшают качество жизни пациентов. Несмотря на широкий арсенал терапевтических средств, включая генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), проблема заключается в отсутствии четко разработанных клинических рекомендаций по комбинированному лечению. Это ограничивает возможности эффективной индивидуализации терапии и приводит к вариативным клиническим результатам. Таким образом, на сегодняшний день актуально проведение исследований, направленных на создание и внедрение персонализированных комбинированных схем лечения, включающих ГИБП, системные препараты и дополнительные методы терапии с целью повышения эффективности и безопасности лечения.

Цель исследования. Оптимизация терапии тяжелых форм псориаза и ПсА через разработку комбинированных схем с использованием ГИБП для достижения ремиссии, минимизации побочных эффектов и повышения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Анализ литературных данных о существующих комбинированных подходах и их клинической эффективности. Использовались индексы PASI и DLQI, а также методы регрессионного и дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты исследования. 1. Комбинированные подходы к терапии. Сочетание ГИБП с системными препаратами (метотрексат, циклоспорин, «малые молекулы»), фототерапией (узкополосная UVB) и топическими средствами (кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина) демонстрирует значительные преимущества благодаря синергетическому эффекту. Однако на практике такие схемы применяются нерегулярно из-за отсутствия четких стандартов. 2. Пробелы в рекомендациях. Основные проблемы включают: недостаточное использование предикторов ответа на терапию; отсутствие алгоритмов комбинирования ГИБП с другими методами; нечеткий мониторинг побочных эффектов. 3. Разработка комбинированных схем. Основные компоненты комбинированных схем должны включать: ГИБП (ингибиторы ФНО-α, IL-17, IL-23); системные препараты (метотрексат, циклоспорин); селективные иммуносупрессоры; фототерапию (узкополосную UVB); топические средства (кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина). Индивидуализация схем базируется на предикторах (уровень С-реактивного белка, изменения на МРТ и УЗИ, генетические маркеры), что позволяет подобрать оптимальный план лечения. 4. Сравнительный анализ терапии. Комбинированные схемы обеспечивают более значительное купирование симптомов по сравнению с монотерапией ГИБП: снижение PASI на 70 % против 50 % при монотерапии; улучшение DLQI на 40 % против 25 %. Эти результаты подтверждают преимущества комбинированной терапии, но требуют тщательного мониторинга побочных эффектов. 5. Необходимость внедрения рекомендаций. Внедрение комбинированных схем в клиническую практику позволит: повысить эффективность лечения; снизить риски побочных эффектов; стандартизировать подходы к терапии тяжелых форм псориаза и ПсА.

Заключение. Стандартизация комбинированных схем лечения псориаза и ПсА с применением ГИБТ позволит минимизировать вариативность клинических исходов и повысить безопасность лечения. Практическая значимость. Разработка и внедрение новых терапевтических стандартов на основе комбинированных подходов и предикторов улучшат персонализацию лечения и долгосрочные результаты, особенно для пациентов с тяжелыми и резистентными формами заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСИМЫХ К КОДУ МКБ-10 Q80 «ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ», СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Заварина И. В., Иванова М. А., Толстогузова Э. В.

Цель исследования. Изучение и оценка распространенности и структуры нозологий, относимых к коду МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз», среди населения г. Москвы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе анализа медицинской документаций пациентов, проходивших амбулаторное лечение в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Анализировались клинические случаи, соответствующие диагнозу из группы заболеваний, классифицированных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), под кодом Q80 «Врожденный ихтиоз». В качестве источника информации были использованы данные отчетной статистической формы «Приложение «Дерматозы» к форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», разработанной ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», и данные первичной медицинской документации: учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», учетная форма № 025/у-12/у «Талон амбулаторного пациента». Для оценки частоты выявления заболеваний среди лиц различных возрастных групп был проведен поиск по трем возрастным категориям: дети (0–14 лет); подростки (15–17 лет); взрослые (18 лет и старше). При оценке уровня заболеваемости учитывался первичный диагноз пациентов.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в структуре клинических форм группы наследственных несиндромальных заболеваний с аномальной терминальной дифференцировкой кератиноцитов отмечалась тенденция роста заболеваемости по коду МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз»: 2017 — 0,083 %, 2018 — 0,067 %, 2019 — 0,089 %, 2020 — 0,97 %, 2021– 0,1 %, 2022 — 0,15 %. При анализе повозрастной динамики заболеваемости за 2017–2022 гг. установлено, что за пять лет наблюдался ее постоянный рост во всех возрастных группах без значимых изменений структуры: взрослая возрастная группа (18 лет и старше) от 0,55 % до 0,8 %, подростки (15–17 лет) от 0,3 % до 0,4 %, дети (0–14 лет) составляли от 0,12 % до 0,26 %. В структуре клинических форм во всех возрастных группах преобладали следующие нозологии: Q80.0 (Ихтиоз простой) от 73,2 % до 86,7 % и Q80.9 (Врожденный ихтиоз неуточненный) от 3,1 % до 12 %, Q80.8 «Другой врожденный ихтиоз» от 7 % до 16,64 %. В группе заболеваний по коду МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз» частота заболевания значительно превалировала у мужчин во всех нозологических единицах: Q80.0 «Ихтиоз простой» у мужчин составлял от 84 % до 87 %, у женщин соответственно от 16 % до 13 %, в группах аутосомно-рецессивного ихтиоза (Q80.2 «Пластинчатый, ламинарный ихтиоз», Q80.4 «Ихтиоз плода», Q80.8 «Другой врожденный ихтиоз», Q80.9 «Врожденный ихтиоз неуточненный») и кератинопатического ихтиоза (Q80.3 «Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия») — соответственно у мужчин от 65 % до 86 % и у женщин от 35 % до 14 %. В детской возрастной группе 18 % детей с впервые установленным диагнозом Q80.1 «Ихтиоз, связанный с Х-хромосомой» являлись лицами женского пола. Учитывая, что клинические проявления Х-сцепленного ихтиоза имеют только лица мужского пола, это могло быть связано со сложностями в диагностике наследственных заболеваний кожи в первичном звене амбулаторно-поликлинической помощи. Впервые установленный диагноз из группы МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз» был установлен в том числе у пациентов пенсионного возраста, в диапазоне от 0,55 % до 1,9 % пациентов от общего числа обратившихся. Учитывая сроки манифестации данной патологии (от рождения до 3–5 лет включительно), это свидетельствует не только о сложностях в диагностике, но и о необходимости онкологической настороженности у данной группы пациентов.

Заключение. В результате ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости нозологий по коду МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз» установлен постоянный рост заболеваемости во всех возрастных группах. Анализ эпидемиологических данных показал рост заболеваемости тяжелыми формами врожденного ихтиоза. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости создания специализированного регистра заболеваний по коду МКБ-10 Q80 «Врожденный ихтиоз» среди населения г. Москвы, что позволит создать валидированную базу данных для оптимизации оказания медицинской помощи и научных исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С МАСТОЦИТОЗОМ

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
Касихина Е. И., Потекаев Н. Н., Солнцев В. В.

Введение. Наблюдение и ведение пациентов с мастоцитозом в мире регулируется на основании классификации и диагностических критериев, разработанных международным (ЕС/США) консенсусным консорциумом, включающим членов Европейской сети компетенций по мастоцитозу (ECNM) и Американской инициативы по заболеваниям тучных клеток (AIM). В настоящее время специалисты располагают информацией в отношении коморбидных состояний, которые включают психоневрологические проблемы, психиатрическую патологию, дефицит витамина Д и IgE-зависимые аллергические заболевания. Изучению дефицита витамина Д уделяется внимание преимущественно во взрослой практике при системном мастоцитозе. К сожалению, информация по этой проблеме при кожном мастоцитозе у детей крайне скудна.

Цель. Изучить уровни витамина Д у детей с мастоцитозом

Материал и методы. Концентрация в венозной крови витамина Д (25-гидроксивитамин D, 25-гидроксикальциферол) определялась у 60 детей методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа (ECLIA). Уровни витамина Д сопоставлялись с концентрацией триптазы в сыворотке крови. С полиморфным типом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза (полиППКМ) наблюдались 21 (35,0 %) ребенок, мономорфным типом (моноППКМ) — 16 (26,7 %), мастоцитомой — 20 (33,3 %) и диффузном кожном мастоцитозе (ДКМ) — 3 (5,0 %).

Результаты. Уровни витамина Д в пределах нормы были выявлены у 5 (8,3%) детей из 60 обследованных. Уровень триптазы в крови у половины обследованных детей находился в пределах от 4,37 до 13,1 мкг/л при медиане (Me) равной 6,86 и амплитуде ряда 1,91–48,0 мкг/л. У пациентов с моноППКМ значение Me составило 8,7 [4,9; 11,0] мкг/л при амплитуде ряда 2,84–48,0 мкг/л. Значения витамина Д при полиППКМ составили 22,10±11,80 нг/мл, при моноППКМ — 17,18±5,80 нг/мл, мастоцитоме — 21,33±12,70 нг/мл, ДКМ — 17,20±3,70 нг/мл. Между клиническими проявлениями, низкими уровнями 25-гидроксикальциферола и высокими уровнями триптазы у детей с мономорфным типом ППКМ выявлена обратная корреляционная связь (коэффициент Спирмена rs= –0,468, p<0,05, отрицательная связь): при росте уровня триптазы имеется тенденция к снижению витамина Д. Самые низкие значения витамина определялись у детей с моноППКМ и ДКМ. Сопутствующие неврологические заболевания и патология опорно-двигательного аппарата были диагностированы у всех детей с мономорфным типом ППКМ. Признаки дисплазии соединительной ткани (плоскостопие, сколиоз, нарушение сердечного ритма и т. д.) наблюдались у половины детей с моноППКМ, обследованных в отношении уровня 25-гидроксикальциферола. Между низкими значениями витамина Д и тяжестью клинических проявлений ППКМ определена слабая корреляционная связь (r=0,304, p<0,05).

Выводы. Таким образом, дефицит витамина Д был выявлен у 91,7% детей с кожным мастоцитозом. Очевидно, что сниженный уровень витамина Д и высокая концентрация триптазы в сыворотке крови могут являться индикатором более тяжелого течения моноППКМ, с другой стороны, данные показатели можно использовать как доступный скрининг у детей с моноППКМ для оценки медиаторной активности клональных ТК.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЗОВ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С MALASSEZIA SPP

Новосибирский государственный университет; Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Новосибирск
Мамонкина Д. А., Пузырева А. С., Митичкина Т. П., Загуляева Т. В., Сергеева И. Г.

Введение. Строение кожи волосистой части головы имеет ряд особенностей, которые обусловливают специфичность микробиома и дерматозов в данной области, обилие сальных желез создает благоприятную среду для колонизации липофильными грибами Malassezia spp. Способность Malassezia spp. к активации воспаления в условиях уже существующей патологии кожи может приводить к изменению проявлений сквамозных дерматозов волосистой части головы.

Цель исследования. Изучить характер клинической картины сквамозных дерматозов волосистой части головы, ассоциированных с грибами Malassezia spp.

Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки было отобрано 104 пациента (61 мужчина и 43 женщины) в возрасте от 18 до 87 лет с псориазом (60 человек) и себорейным дерматитом (44 человека) с поражением кожи волосистой части головы. Каждому пациенту проводили оценку степени тяжести дерматоза, тяжесть псориаза оценивали с использованием шкалы PASI, себорейного дерматита на основании клинических проявлений. Определение грибов в чешуйках кожи из очагов дерматозов проводили методом микроскопического исследования нативных препаратов с 10% КОН.

Результаты. Из 44 пациентов с себорейным дерматитом у 29 (66%) обнаружены дрожжеподобные грибы, из 60 с псориазом — у 27 (45%). Тяжелое течение себорейного дерматита зарегистрировано у 11 (25%) пациентов, средняя степень тяжести — у 17 (38,6%), легкая — у 16 (36,4%). Тяжелая степень себорейного дерматита была ассоциирована с дрожжеподобными грибами у 11 (100%) лиц, средняя степень — у 9 (52,9%), легкая — у 9 (56,25%). Тяжелое течение псориаза установлено у 18 (30%) исследуемых, средняя степень тяжести — у 27 (45%), легкая — у 15 (25%). Среди пациентов с псориазом тяжелой степени положительное микроскопическое исследование на грибы было у 13 (72,2%), при средней степени тяжести — у 11 (40,7%), при легкой степени — у 3 (20%).

Заключение. Дерматозы волосистой части головы чаще были ассоциированы с дрожжеподобными грибами при тяжелом течении себорейного дерматита (100%) и псориаза (72,2%), чем при легкой и средней степенях тяжести этих заболеваний.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Красноярское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск
Симакова Н. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А.

Актуальность. У пациентов с псориазом вследствие изменения состояния кожи отмечается ухудшение качества жизни, которое тесно взаимосвязано со степенью прогрессирования псориаза. К сожалению, кроме психологического аспекта жизни, псориаз негативно влияет и на соматические заболевания. Так, у пациентов с псориазом и метаболическим синдромом наиболее высоким отмечен уровень триглицеридов, которым отдается ведущее значение в процессе атерогенеза и, как следствие, развитие сосудистых катастроф.

Цель. Выявить частоту встречаемости избыточной массы тела и ожирения у женщин первого зрелого возрастного периода (22–35 лет), страдающих псориазом, определить процент содержания жировой и безжировой масс в организме.

Материалы и методы. В период 02.2023–02.2024 гг. обследовано 126 пациенток первого зрелого возраста с диагнозом вульгарный псориаз. Обследуемым проведен расчет PASI (psoriasis area and severity index), антропометрия (рост, вес, окружность талии, бедер, запястья), вычислен индекс массы тела (ИМТ), выполнено биоимпедансометрическое исследование (жировая масса (%), безжировая масса).

Результаты. Установлено, что 31 пациентка (26%) имела нормальную массу тела (ИМТ 18,5–25 кг/м2), у 3 (2,4%) диагностирован ее дефицит (ИМТ <18,5 кг/м2), у 41 (32,5%) избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м2), у 51 (40,5%) ожирение (ИМТ >30,0 кг/м2). При расчете PASI выявлено, что среди пациентов с низкой массой тела в большем проценте случаев (66,7%) определялась легкая степень тяжести псориаза, у женщин с нормальной массой тела средняя (42,3%), а среди пациенток с избыточной массой тела и ожирением чаще диагностировалась тяжелая степень тяжести псориаза (41,5% и 70,6% соответственно), причем у женщин, имеющих ожирение,

практически в 2 раза чаще. По результатам биоимпедансометрического исследования, которое в отличие от показателя ИМТ отражает полную картину компонентного состава тела, выявлено, что повышенные показатели относительного содержания жировой массы диагностированы у пациентов с нормальной (29,3±4,8 %), избыточной массой тела (36,7±6,1 %) и ожирением (43,5±7,4 %).

Заключение. Пациентки первого зрелого возраста, страдающие вульгарным псориазом, чаще имели избыточную массу тела и ожирение. Тяжелое течение псориаза в подавляющем проценте случаев встречалось у пациенток этих групп. Кроме того, даже у женщин с нормальной массой тела по данным биоимпедансометрического анализа компонентного состава тела диагностировано повышение ее процентного содержания. Таким образом, целесообразно вводить метод биоимпедансометрии в рутинную практику врачей дерматовенерологов для формирования групп диспансерного наблюдения пациентов с псориазом, а также для точной диагностики ожирения по относительному содержанию жировой массы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ И АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ

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

Введение. Акне является одним из наиболее распространенных дерматологических заболеваний, поражающим до 85 % людей в возрасте от 12 до 24 лет (Федеральные клинические рекомендации «Акне», 2020 г.). В условиях амбулаторной практики особенно актуальным становится поиск оптимальных схем лечения, сочетающих высокую эффективность с экономической доступностью для пациентов. Топические ретиноиды и азелаиновая кислота являются препаратами первой линии в лечении акне, однако данные об их совместном применении в реальной клинической практике ограничены.

Цель. Оценить эффективность и безопасность комбинированной терапии акне легкой и средней степени тяжести с использованием топических ретиноидов и азелаиновой кислоты.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 47 пациентов (29 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 14 до 28 лет с акне легкой (n=25) и средней (n=22) степени тяжести. Критерии включения: наличие комедональных и папуло-пустулезных акне, отсутствие узловато-кистозных элементов, отсутствие системной терапии акне в течение последних 6 месяцев. Пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от преобладающих элементов: с преимущественно комедональной формой (n=28) и папуло-пустулезной формой (n=19). Схема лечения включала: очищение кожи мягким пенящимся средством (pH 5,5) утром и вечером, нанесение азелаиновой кислоты 15 % гель тонким слоем на чистую сухую кожу утром, использование фотозащитного средства SPF 30+ в дневное время, аппликацию адапалена 0,1 % гель тонким слоем на ночь. Первые две недели адапален применялся через день для минимизации раздражения. Пациентам с повышенной чувствительностью кожи (n=12) рекомендовалось предварительное нанесение увлажняющего средства за 15 минут до адапалена. Терапия проводилась в течение 12 недель с контрольными визитами каждые 4 недели. На каждом визите проводилась оценка по шкале общей тяжести акне (Global Acne Severity Scale, GEA), подсчет воспалительных и невоспалительных элементов в четырех стандартных зонах лица, фотодокументирование, регистрация нежелательных явлений и оценка комплаенса по дневникам пациентов.

Результаты. Через 12 недель лечения отмечено достоверное снижение показателя GEA с 3,2±0,8 до 1,8±0,6 баллов (p <0,001). Количество воспалительных элементов уменьшилось на 67,3 %, невоспалительных — на 58,9 %. Полное разрешение или значительное улучшение наблюдалось у 78,7 % пациентов. В подгруппе с преимущественно комедональной формой эффективность была выше (83,4 %) по сравнению с папуло-пустулезной формой (72,3 %). Нежелательные явления в виде легкого раздражения кожи отмечались у 23,4 % пациентов в первые 2 недели лечения и разрешались самостоятельно без отмены терапии. У пациентов, использовавших предварительное увлажнение, частота раздражения была ниже (16,7 %). Комплаенс составил 91,5 %.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют высокую эффективность и хорошую переносимость комбинированной терапии топическими ретиноидами и азелаиновой кислотой при лечении акне легкой и средней степени тяжести. Предложенная схема с постепенным увеличением частоты применения адапалена и использованием предварительного увлажнения у пациентов с чувствительной кожей позволяет минимизировать побочные эффекты без снижения эффективности. Данная схема лечения является экономически доступной и может быть рекомендована для широкого применения в амбулаторной практике. Ключевыми преимуществами являются взаимодополняющие механизмы действия препаратов, удобство применения и высокая приверженность пациентов к лечению.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ С ОТВЕТОМ НА ТРАМЕТИНИБ

Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н. П. Напалкова
Санкт-Петербург
Зуева Ю. Е.

Ювенильная ксантогранулема (ЮКГ) — доброкачественное новообразование фиброгистиоцитарного ряда. В 35 % случаев ЮКГ встречается у новорожденных, в 70 % — у младенцев. Иногда заболевание развивается у детей до 3 лет, а в 10 % наблюдений — у взрослых. Во многих случаях ювенильная ксантогранулема — единичные поражения кожи, склонные к спонтанной регрессии в сроки от нескольких месяцев до нескольких лет с образованием мелких атрофических рубцов или участков пигментации. При диссеминированном варианте чаще всего поражаются центральная нервная система (ЦНС) (40,9 %), печень (31,4 %), легкие (18,9 %), и реже всего встречается поражение глаз (18,2 %). В связи с редкостью данной патологии диагностика и лечение представляют определенные трудности. В настоящее время стандартов лечения не существует.
Цель исследования. Представить редкий клинический случай диссеминированной ювенильной ксантогранулемы у ребенка 9 месяцев с хорошим ответом на системную терапию МЕК-ингибитором — траметинибом.
Клинический случай. В августе 2023 года в поликлиническое отделение (ПО) КНПЦ СВМП (о) им. Н. П. Напалкова обратились родители мальчика 9 месяцев с жалобами на множественные высыпания желтого цвета по всему телу, субъективно не беспокоящие малыша. На момент обращения в ПО ребенку уже была проведена биопсия одного из кожных образований по месту жительства, и гистологически выявлен эпидермис с мелкими роговыми псевдокистами. В дерме определялись скопления относительно мономорфных клеток среднего размера с нормохромными овальными ядрами, мелкими ядрышками и светлоэозинофильной цитоплазмой без четких границ. При иммуногистохимическом исследовании выявлена экспрессия CD68, Factor XIIIa, очагово — s100 данными клетками. Экспрессия Langerin и CD1a обнаружена на рассеянных клетках Лангерганса, экспрессия CD25 — на единичных лимфоцитах, экспрессия CD117 — на единичных тучных клетках и в базальном слое эпидермиса, экспрессия ALK не выявлена. При осмотре выявлены дискретные плотные бляшки желтого цвета с ровными, четкими контурами, максимальным диаметром 1,5 × 1,0 см, с поражением кожи нижних конечностей, туловища, головы и век. При дерматоскопии отмечался паттерн «заходящего солнца»: красно-желтый центр и эритематозный ореол, мелкие телеангиэктазии. Осмотр офтальмолога: ксантогранулема слизистых обоих глаз, гифемы обоих глаз. Таким образом, установлен диагноз: диссеминированная ксантогранулема с поражением кожи и глаз.
Осложнения: Гифемы обоих глаз, в связи с чем была инициирована молекулярно-направленная терапия МЕК-ингибитором — траметинибом в дозе 0,25 мг/сут.
Результаты. Клинический ответ на лечение достигнут после 3 недель терапии — произошло разрешение гифем глаз. Далее, в течение 6 месяцев терапии траметинибом, наблюдалось значительное уменьшение размеров элементов ксантогранулем кожи. Ребенок хорошо переносил терапию, из побочных эффектов отмечена кожная токсичность 1-й степени, проявлявшаяся сухостью кожных покровов, которая купировалась назначением уходовой дерматокосметики. Наш клинический случай показывает, что ювенильная ксантогранулема хорошо отвечает на терапию МЕК-ингибиторами.
Выводы. Диагностика ювенильной ксантогранулемы основывается на данных клинического осмотра, дерматоскопии и гистологического исследования. Молекулярно-направленная терапия траметинибом может быть использована у пациентов с диссеминированной ювенильной ксантогранулемой как терапия 1-й линии. У нашего пациента даже небольшие дозы траметиниба вызвали регресс образований. По данным литературы и нашему наблюдению, траметиниб при ЮКГ хорошо переносится маленькими пациентами, что позволяет длительно контролировать заболевание. В настоящее время стандартов лечения диссеминированной ювенильной ксантогранулемы нет.

МЕЛАНОМА КОЖИ У ДЕТЕЙ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н. П. Напалкова
Санкт-Петербург
Зуева Ю. Е.

Актуальность. Меланома у детей — редкая форма рака диагностируемая в 1 % случаев от всей онкопатологии у детей.
Цель исследования. Оценка трудностей диагностики меланомы кожи.
Пациенты и методы. Проанализированы данные пациентов детского возраста, обратившихся в КНПЦ СВМП (онкологический) им. Н. П. Напалкова с диагнозом «меланома кожи». За период с января 2021 года по декабрь 2024 года обратилось 9 пациентов с диагнозом «меланома кожи». Средний возраст пациентов составил 15,4 года. Из них 7 пациентов были с верифицированным диагнозом «меланома кожи», при исследовании гистологического материала диагноз подтвердился у 3 пациентов, у остальных был диагностирован невус Шпиц. Верификация шпицоидных образований и меланомы в детской практике остается сложной задачей, основным способом верификации в настоящее время остается гистологическое исследование. Иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследования являются второстепенными методами диагностики. У одной пациентки гистологическая верификация до приема онколога не проводилась. На приеме была диагностирована тромбированная гемангиома, что подтверждено гистологически. Клинические признаки тромбированной гемангиомы (бляшка темно-синего, черного цвета) могут настораживать врача, но дерматоскопические признаки полностью исключают

меланоцитарное образование, что позволяет верно поставить диагноз на этапе предварительной диагностики и выбрать дальнейшую тактику ведения. Один пациент обратился с ангиомой для лазерного лечения, при осмотре всех новообразований кожи диагностирована меланома кожи левой лопатки, что подтверждено гистологически.

Результаты. Частой ошибкой врачей-специалистов является пренебрежение дерматоскопией, реже встречается нарушение техники осмотра кожи (осмотр локального образования без осмотра всей кожи). Несомненно, гистологическая верификация всех патологических процессов является «золотым стандартом» диагностики рака и должна проводиться опытными врачами в специализированных онкологических центрах. Таким образом, могут возникнуть трудности в диагностике: на этапе физикального осмотра, при проведении дерматоскопии и гистологического исследования, что осложняет постановку такого редкого диагноза в детской практике, как меланома кожи.

Выводы. Объединение усилий, разбор сложных клинических случаев меланомы кожи у детей и консолидация пациентов с диагнозом «рак кожи» на базе онкологического центра могут дать хорошие результаты как на этапе скрининга пациентов, так и для проведения дальнейших исследований для верификации патологического процесса и, соответственно, лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ СМАРТФОНА «DERMA ONKO CHECK» В ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации 2 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)» 3 Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Московский медико-социальный институт им. Ф. П. Гааза» 4 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Москва
Ламоткин И. А., Ламоткин А. И., Корабельников Д. И.

В настоящее время постоянно растет количество полезных медицинских диагностических программ с использованием искусственного интеллекта (ИИ) для смартфонов. В 2017 г. их было зарегистрировано более 165 000, в том числе и программ для диагностики опухолей кожи. Создание диагностических программ ИИ для смартфонов может улучшить диагностику злокачественных опухолей кожи.

Цель и задачи работы. Изучить диагностическую точность, чувствительность и специфичность программы ЭВМ для смартфона «Derma Onko Check» в экспресс-диагностике злокачественных опухолей кожи на первичном врачебном приеме.

Материалы и методы. Автором и разработчиком программы для визуальной идентификации злокачественных опухолей кожи «Derma Onko Check» является А. И. Ламоткин. Для обучения программы использовался набор данных HAM10000, содержащий 20 000 изображений опухолей кожи, а также дополнительные аугментированные данные. Модель программы разработана на основе архитектуры Xception с использованием библиотеки Keras. Клиническую оценку эффективности программы «Derma Onko Check» проводили дерматологи ГВКГ им. Н. Н. Бурденко совместно с автором этой программы ЭВМ. Фотографирование опухолей осуществлялось с помощью смартфона. Программа анализировала изображение опухоли, в дальнейшем она делала заключение является ли сфотографированная опухоль злокачественной или доброкачественной.

Полученные результаты. Эффективность программы «Derma Onko Check» изучалась в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко в течение 6 месяцев (с июня по ноябрь 2024 г.). На консультативном приеме различные опухоли кожи выявлены у 119 человек, что составило 22,1 % среди всех пациентов с кожными заболеваниями и новообразованиями (539 человек). Диагноз опухоли устанавливали на основании клинических, анамнестических и дерматоскопических признаков и в соответствии с классификацией опухолей кожи ВОЗ 2018 г. Диагноз злокачественной опухоли подтверждался морфологическим и иммуногистохимическим исследованием. В 79 случаях программа «Derma Onko Check» сделало заключение, что опухоль является доброкачественной. По результатам всех необходимых исследований установлены следующие диагнозы: меланома — 1 случай, актинический кератоз — 5, дерматофиброма — 2, невус меланоцитарный приобретенный или врожденный — 44, невус голубой — 4, сенильная гемангиома — 4, себорейный кератоз — 19. Таким образом, у данной программы был 1 случай ложноотрицательного результата в диагностике опухолей кожи. В 40 случаях программа «Derma Onko Check» сделало заключение, что опухоль является злокачественной. По результатам всех необходимых исследований установлены следующие диагнозы: кератоз актинический — 1, невус диспластический — 1, невус меланоцитарный приобретенный — 1, меланома — 24, базальноклеточный рак — 11, плоскоклеточный рак — 2 случая. Таким образом, у этой программы было 3 случая ложноположительного результата в диагностике опухолей кожи. Оценили диагностическую точность программы для ЭВМ для смартфона «Derma Onko Check». Были определены следующие величины: 1) истинно отрицательные (ИО) — количество случаев доброкачественных опухолей кожи, правильно определенных программой как «доброкачественные» (78 случаев); 2) истинно положительные (ИП) — количество случаев злокачественных опухолей кожи, правильно определенных программой как «злокачественные» (37 случаев); 3) ложноположительные (ЛП) — количество случаев доброкачественных опухолей кожи, ошибочно определенных программой как «злокачественные» (3 случая); 4) ложноотрицательные (ЛО) — количество случаев злокачественных опухолей кожи, ошибочно определенных как «доброкачественные» (1 случай). Определены показатели эффективности программы: 1) Диагностическая точность = (ИП + ИО) / всего случаев = (37 + 78) / 119 = 115 / 119 × 100 % = 96,6 %; 2) Чувствительность = ИП / (ИП + ЛО) = 37 / (37 + 1) = 37 / 38 × 100 % = 97,4 %; 3) Специфичность = ИО / (ИО + ЛП) = 78 / (78 + 3) = 78 / 81 × 100 % = 96,3 %; 4) Доля ложноположительных результатов (% ЛП) = ЛП / (ЛП + ИО) × 100 = 3 / (3 + 78) × 100 = 3,7 %; 5) Доля ложноотрицательных результатов (% ЛО) = ЛО / (ЛО + ИП) × 100 = 1 / (1 + 37) × 100 = 2,6 %. Таким образом, диагностическая точность составила 96,6 %, чувствительность — 97,4 %, специфичность — 96,3 %. Доля ложноположительных результатов — 3,7 %, ложноотрицательных — 2,6 %. Эти показатели свидетельствуют об эффективности программы ИИ для смартфона «Derma Onko Check» в экспресс-диагностике злокачественных опухолей кожи.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОСПЕЦИФИЧНОСТИ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА

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

Введение. Согласно современным представлениям, маркерами риска развития рака шейки матки (РШМ) при инфекции, обусловленной вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются персистенция вируса, высокая вирусная нагрузка (ВН) и интеграция вируса в геном хозяина. Значение результатов количественного определения ВПЧ оценивается авторами исследований неоднозначно. По наблюдениям авторов (Wissing M. D., и др., 2019), более высокая ВН связана с повышенной распространенностью и заболеваемостью ВПЧ соответствующего типа и снижением скорости клиренса вируса у больного индивидуума, а также его полового партнера. Схожие выводы были сделаны другими исследователями в более ранних наблюдениях [Biesaga B. и др., 2018, Grabowski M. K. и др. 2016, Trevisan A. и др., 2013). Исследователями показано, что при опухолевых процессах у женщин преобладает высокая ВН, а при воспалительных заболеваниях — ВН с разной степенью клинической значимости. С другой стороны, указывается, что высокая ВН ВПЧ является благоприятным прогностическим фактором при различных видах рака, связанных с ВПЧ, включая РШМ (Chang M. S. и др., 2014). Предполагается, что лучшая выживаемость пациентов с высокой ВН с ассоциированными с ВПЧ 16 типа опухолями является следствием транскрипционно активной инфекции и стимуляцией сильного иммунного ответа. Авторы отмечают, что типоспецифический уровень ВН ВПЧ может быть полезным диагностическим биомаркером, но поскольку изученного материала относительно мало, эти выводы требуют подтверждения на крупных группах больных.
Цель. Изучение типоспецифичности уровня вирусной нагрузки при генитальной папилломавирусной инфекции, обусловленной вирусами высокого онкогенного риска.
Материалы и методы. Обследовали 32398 женщин в возрасте 13–59 лет, обратившиеся в 2019–2023 гг. в лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга по поводу половых инфекций и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью. Средний возраст обследованных составил 33,6 (±11,28) лет. Генотипирование ВПЧ и определение ВН проводили методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Использовали реагенты «АмплиСенс®» (Москва). Результаты количественного определения ВПЧ интерпретировали в соответствии с рекомендациями производителя реагентов.
Результаты. Проводили анализ типоспецифичности уровня ВН у больных с выявленными моногенотипами ВПЧ 16, 18, и 45 типов. Выяснено, что высокая ВН ВПЧ 16 типа обнаруживалась в 50,57 % случаев (95 % ДИ 48,78–52,36), клинически значимая — в 33,98 % (95 % ДИ 32,28–35,67), малозначимая — в 15,45 % (95 % ДИ 14,16–16,75). При выявлении ВПЧ 18 типа высокая ВН обнаруживалась в 29,56 % (95 % ДИ 26,47–32,65) случаев, клинически значимая — в 32,18 % (95 % ДИ 29,02–35,34), малозначимая — в 38,26 % (95 % ДИ 34,97–41,55) случаев. При выявлении ВПЧ 45 типа высокая ВН обнаруживалась в 23,77 % (95 % ДИ 20,8–26,73), клинически значимая — в 47,41 % (95 % ДИ 43,93–50,89), малозначимая — в 28,82 % (95 % ДИ 25,67–31,98) случаев. Все выявленные различия достоверны (p<0,001).
Обсуждение результатов. В работе Cocuzza CE и соавт. (2017), проведенном на 120 образцах шейки матки, отмечаются самые высокие значения ВН для ВПЧ 16, а затем, по убыванию, для ВПЧ 51 и 45 типов. В другой работе, где определялись типоспецифические ВН генов E6 и E2 в клетках шейки матки у 240, 83 и 79 женщин, инфицированных ВПЧ 16, 18 и 58 типов соответственно, выяснено, что ВПЧ 18 типа имеет более низкую ВН, чем ВПЧ 16 типа, тогда как самая высокая ВН наблюдалась для ВПЧ 58 типа (Marra E., Lin C., Clifford G. M., 2019). В нашем исследовании, полученном при сравнении ВН ВПЧ 16, 18 и 45 типов у 2996, 839 и 791 женщин соответственно, получены сопоставимые **Результаты.** Так, частота случаев с высокой ВН ВПЧ 16 типа (ген E 6) была почти в два раза больше, чем при обнаружении других типов ВПЧ (p<0,001), частота случаев с высокой ВН ВПЧ 18 типа превышала показатель ВПЧ 45 типа (p<0,001).
Выводы. Типоспецифичность уровня ВН ВПЧ может быть уникальным диагностическим биомаркером, учитывая показанную в некоторых исследованиях корреляцию со степенью прогрессии цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN), важную роль показателя в инфекционности ВПЧ. Эти данные могут быть использованы для прогнозирования риска прогрессирования заболевания, что с клинической точки зрения представляется весьма перспективными, учитывая, что большая часть случаев CIN спонтанно регрессирует. По всей вероятности, продольные исследования на более крупных группах больных, которые изучают как нагрузку, так и физическое состояние ВПЧ предоставят больше информации для оценки полезности этих критериев в прогнозировании риска РШМ.

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск
Винник Ю. Ю., Попов В. Г., Симакова Н. А.,

Введение. На сегодняшний день, к числу распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), регистрируемых на территории Российской Федерации, наравне с гонококковой инфекцией относится и T. vaginalis. Одна из актуальных проблем диагностики — строгое соблюдение преаналитического этапа исследования и идентификация возбудителя в нативном материале. Очень важно вовремя доставить исследуемый материал в клинико-диагностическую лабораторию и провести исследование в течение 10–20 минут. В противном случае простейшие потеря-

ют подвижность и будут трудноотличимы от других клеточных элементов. А с условием поточности пациентов, задача доставки биологического материала из процедурного кабинета в лабораторию становится достаточно сложной.

Цель. Провести ретроспективный анализ выявления T. vaginalis при микроскопии нативных мазков содержимого урогенитального тракта пациентов КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» за период с 2022 по 2024 гг.

Материалы и методы. Мазки отделяемого урогенитального тракта, исследование проводилось методом микроскопии.

Результаты. Идентификация T. vaginalis динамически изменялась как среди мужчин, так и среди женщин. Так, например, в 2022 г. в отношении мужчин выполнено 4709 исследование, среди женщин — 1928. В 2023 г. количество исследований несколько увеличилось среди мужчин — выполнено 4834 исследования, уменьшилось среди женщин — 1528. В 2024 г. количество исследований также снизилось: в 2024 г. в отношении мужчин выполнено 3877 исследований, среди женщин — 1406 исследований. При проведении анализа положительных результатов с обнаружением T. vaginalis методом микроскопии мазка из гениталий, были получены следующие данные: в 2022 году количество положительных исследований среди мужчин составило — 269, среди женщин — 98. В 2023 году количество положительных исследований среди мужчин составило — 171, среди женщин — 88. В 2024 году количество положительных исследований среди мужчин — 167, среди женщин — 61. Удельный вес положительных пациентов в 2022 г.– 4,59 % среди мужчин и 0,91 % среди женщин. В 2023 г.– 3,3 % среди мужчин и 0,8 % среди женщин. В 2024 г.– 4,0 % среди мужчин и 0,3 % среди женщин.

Обсуждение. Удельный вес выявленных положительных результатов на T. vaginalis среди мужчин и женщин в динамике 2022–2024 гг. — отмечается незначительное уменьшение. Предполагаем, что, вероятно, пациентам стало удобнее посещать частные клиники, находящиеся в шаговой доступности, оказывающие услуги для идентификации ИППП, в том числе и выявлении трихомонадной инфекции. И это, в свою очередь, объясняется общим снижением числа пациентов. Однако в отношении невысокого числа выявленной трихомонадной инфекции можно объяснить тем, что, вполне вероятно, пациенты могут заниматься самолечением, не обращаясь за медицинской помощью в кожно-венерологический диспансер. При сомнительных случаях микроскопического исследования и с целью повышения качества идентификации возбудителя в биологическом материале нами рекомендовано отдать предпочтение молекулярно-биологическим метода.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ *TREPONEMA PALLIDUM* В НЕТРЕПОНЕМНЫХ И ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТАХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СКРЫТЫЙ ПОЗДНИЙ СИФИЛИС

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов нетрепонемных и трепонемных тестов в сыворотке крови беременных женщин разных возрастных групп с подтвержденным диагнозом скрытый поздний сифилис.

Материалы и методы. 100 образцов сыворотки крови беременных женщин с подтвержденным диагнозом скрытого позднего сифилиса. Все беременные женщины разделены на 3 группы: 1 группа (18–29 лет): 25 человек, 2 группа (30–39 лет): 63 человека, 3 группа (40 лет и старше): 12 человек. Сыворотки крови исследовались в тестах: реакция микропреципитации (РМП), определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА), определение IgG к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (ИФА) в линейке одного производителя тест-систем.

Результаты. В 1 возрастной группе (25 человек) получены следующие результаты: 7 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 8 человек с РМП (1–2+), IgG до 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 4 человека с РМП (3+), IgG 1:640 и РПГА с титром 1:10240, 6 человек с РМП (4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:5120. Во 2 возрастной группе (63 человека) получены следующие результаты: 25 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 18 человек с РМП (1–2+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 20 человек с РМП (3–4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:10240. В 3 возрастной группе (12 человек) получены следующие результаты: 5 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 5 человек с РМП (1–3+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 2 человека с РМП (4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:10240. Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее прогнозируемые высокие титры антител в ИФА IgG 1:640 и РПГА до 1:10240 наблюдаются у пациентов с положительной реакцией РМП от 3+ вне зависимости от возрастной группы.

Выводы. Известно, что при постановке беременной женщины на учет должно быть проведено скрининговое исследование на сифилис, которое повторяют во втором и третьем триместре беременности. Если женщина не состояла на учете по беременности, обследование на сифилис проводят во время родов. С целью исключения нейросифилиса необходимо провести спинномозговую пункцию после родоразрешения, особенно при РМП (+) и высоких титрах антител в ИФА IgG и РПГА в сыворотке крови.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЛИКВОРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки
Луганск
Радионов В. Г., Хайминов Е. М., Шварева Т. И., Лохматова И. А.

Введение. Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (T. pallidum). Основой его лабораторной диагностики является выявление антител к T. pallidum в сыворотке крови и/или цереброспинальной жидкости (ЦСЖ).

Цель работы. Провести анализ результатов серологических исследований и иммунологических тестов (РМП, РПГА, РИФ, ИФА) на сифилис в сыворотке крови и ликворе, а также показателей цитоза, белка и глюкозы в ЦСЖ.

Материал и методы. В работе проанализированы данные учетной формы 003/у пациентов (n=51) с диагнозом сифилис (29 женщин и 22 мужчины), находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР. Средний возраст пациентов составил 43,7±10,4 лет. Согласно клиническому диагнозу пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 16 пациентов (9 женщин и 7 мужчин) с нейросифилисом (НС). У 30 пациентов второй группы, из которых было 18 женщин и 12

мужчин, диагностирован скрытый поздний сифилис (СПС). Третью группу составили 5 пациентов, находящихся на клинико-серологическом контроле (КСК). Всем пациентам была проведена люмбальная пункция, произведен забор ликвора и венозной крови. В клинической диагностической лаборатории исследованы биопробы ЦСЖ и сыворотки крови с целью выявления патологии ликвора, а также проведения трепонемных (ТТ) и нетрепонемных тестов (НТТ) в количественном варианте (титр и% иммобилизации бледных трепонем).

Результаты. В первой группе по результатам ликворологического исследования у 6 пациентов (37,5%) отмечалось повышение показателей цитоза. Реакция Панди была положительна у 4 (25%) пациентов, реакция Нонне–Апельта положительна у 1 (6,3%) больного. По результатам серологического исследования у всех пациентов данной группы отмечались положительные результаты ТТ. Отрицательные результаты НТТ регистрировались у 6 (37,5%) пациентов. При этом в каждом наблюдении положительные ТТ с сывороткой крови коррелировали с положительными ТТ ликвора. У 2 (12,5%) пациентов результаты НТТ с сывороткой крови оказались отрицательными. В группе пациентов со СПС при ликворологической диагностике показатели цитоза, белка, глюкозы, реакций Панди и Нонне–Апельта находились в пределах нормы. Нетрепонемные реакции были отрицательными во всех наблюдаемых случаях. У 8 (27%) пациентов отмечались положительные реакции ИФА. Результаты реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) были слабоположительными у 6 (20%) пациентов, а у 2 (7%) — оказались резкоположительными. У 6 (20%) пациентов этой группы отмечались слабоположительные результаты РИФ. В данной группе у всех пациентов НТТ и ТТ с сывороткой крови характеризовались положительными результатами. У пациентов, находящихся на КСК, показатели цитоза, белка, глюкозы, реакций Панди и Нонне–Апельта находились в референсных интервалах нормы. У 3 (60%) пациентов серологические тесты были отрицательными. У 2 (40%) пациентов отмечались слабоположительные результаты РИФ, РПГА и положительные результаты ИФА. Серологические реакции с сывороткой крови также были положительными.

Выводы. Проведенные нами исследования доказывают, что абсолютным приоритетом в диагностике нейросифилиса является люмбальная пункция с последующим исследованием патологии ЦСЖ. Следует помнить, что отрицательные результаты НТТ с ликвором и сывороткой крови не исключают диагноз нейросифилиса. Однако и положительные результаты ТТ с ликвором в ряде случаев не позволяют подтвердить диагноз нейросифилиса, а лишь отражают факт инфицирования организма.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЖЕНЩИН К МЕТОДИКЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ИППП

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»
Москва
Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Новожилова О. Л., Шарапова Е. Н.

Введение. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются одной из ведущих причин нарушения репродуктивной функции у женщин, что делает их значимой медицинской и социальной проблемой. Возбудители ИППП, включая Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium и Trichomonas vaginalis, способны вызывать воспалительные процессы в органах репродуктивной системы, такие как цервицит, эндометрит, сальпингит и синдром хронической тазовой боли. Эти состояния повышают риск развития бесплодия, внематочной беременности и осложнений во время беременности. Зачастую у женщин наблюдается субъективно асимптомное течение ИППП: при гонококковой инфекции в 70% случаев, а при хламидийной инфекции — до 90%. Отсутствие своевременной диагностики и лечения приводит к формированию необратимых структурных изменений, особенно в фаллопиевых трубах, что усугубляет прогноз. Эффективные меры профилактики, включая скрининг, информирование населения и доступ к лечению, способны снизить распространенность ИППП и сохранить репродуктивное здоровье женщин, что подчеркивает важность комплексного подхода к решению этой проблемы. К новым технологиям в обследовании женщин на ИППП относится применение самостоятельного получения биологического материала в сочетании с молекулярно-биологическими методами лабораторной диагностики. Доказано, что образцы влагалищного биологического материала, полученные самостоятельно, равнозначны по чувствительности и специфичности образцам, полученным медицинскими работниками, в связи с чем эта стратегия скрининга весьма приемлема среди женщин.

Цель. Провести оценку эффективности методики самостоятельного получения биологического материала и уровня приверженности женщин к инновационным подходам при обследовании на ИППП.

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

Результаты. Для оценки приверженности к методике самозабора проведен научный анализ 78 анкет женщин в возрасте 18–70 лет. О существовании данной методики знали 41 (52%) женщина, при этом 64 (82%) анкетируемых указали, что данная процедура достаточно комфортна, и 65 (83%) — безболезненна; 54 (69%) ответили, что процедура допустима к применению в домашних условиях; 64 (82%) женщин охарактеризовали самозабор как удобную альтернативу при обследовании на ИППП и готовы использовать данную методику в дальнейшем; 36 (46%) женщин выразили готовность предложить методику самостоятельного получения биологического материала для диагностики ИППП половым партнерам. По результатам лабораторного обследования 78 женщин с применением методики самозабора и рутинного получения биоматериала медицинскими работниками ИППП были выявлены у 29 (37%). Моноинфекция была диагностирована у 26 (89,7%), микст-инфекция — у 3 (10,3%) пациенток. Среди обследованных женщин Chlamydia trachomatis была выявлена в 13 случаях. Полное совпадение результатов при использовании двух методик получения биоматериала отмечено в 100% случаев. Neisseria gonorrhoeae была выявлена в 17 случаях, в том числе, при заборе биоматериала врачом-дерматовенерологом в клинике — в 16 случаях (94%), при самозаборе — в 15 случаях (88%), при сопоставимости рутинного и самостоятельного получения биологического материала в 81%. Mycoplasma genitalium была выявлена у одной пациентки, Trichomonas vaginalis также была выявлена у одной пациентки. Результаты использования двух методик получения биоматериала были сопоставимы.

Выводы. Результаты проведенного анкетирования позволили выявить достаточно низкую информированность женщин (52%) о воз-

можности использования методики самостоятельного получения биологического материала из органов мочеполовой системы для тестирования на ИППП. Готовность использовать самозабор биоматериала продемонстрировали 82 % женщин из 78 анкетируемых. Методика самостоятельного получения биологического материала не снижает частоту выявления ИППП в сравнении с взятием биологического материала медицинскими работниками. Внедрение технологии самостоятельного получения биологического материала в сочетании с традиционными методами может представлять собой альтернативную стратегию для обследования женщин на ИППП.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС) И СИФИЛИСОМ БЕЗ НЕЙРОСИФИЛИСА (СБНС) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЧИПА НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОСФАН

АО «ЭКОлаб», Электрогорск; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва; Государственный научный центр «Федеральное государственное унитарное предприятие «Государственный научно-исследовательский институт биологического приборостроения», Москва; ООО «Иммуноскрин», Москва Москва

Жданович А. В., Марданлы С. Г., Фриго Н. В., Китаева Н. В., Помелова В. Г., Осин Н. С.

Введение. Нейросифилис (НС) — тяжелая форма сифилиса, которая может привести к инвалидности и даже смерти пациентов. Учитывая наблюдаемый в последние десятилетия рост заболеваемости НС в России и странах мира, актуальной является разработка новых подходов к диагностике этого заболевания. Одной из востребованных технологий, однако не нашедших пока широкого использования в отечественной промышленности и применения в сифилидологии, является метод иммуночипов.

Цель работы. Совершенствование лабораторной диагностики нейросифилиса с применением иммуночипа на основе диагностической технологии ФОСФАН.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили образцы ликвора «обучающей» выборки исследования (пациентов без подробных клинико-анамнестических и лабораторных данных), полученные от лиц с диагнозом нейросифилиса (n=35), от больных сифилисом без указаний на наличие нейросифилиса (n=75), а также 73 образца ликвора от больных сифилисом с отрицательными показателями ИФА ликвора (n=73). В работе использованы: планшеты 96 луночные полистироловые разборные, рекомбинантные антигены T. pallidum (Tp15, Tp17, Tp47Б TmpA), антивидовые антитела против IgM и IgG человека, конъюгированные с биотином, люминесцентные наночастицы с инкорпорированными внутри частицами хелата ионов европия, содержащие на поверхности ковалентно связанный стрептавидин, промывочные растворы (буферы). Измерение интенсивности фосфоресценции проводилось в режиме временного разрешения на импульсном индикаторе фотолюминесценции.

Результаты. Методика исследования основана на применении технологии ФОСФАН и заключалась в иммобилизации на дне лунок планшета 4 рекомбинантных антигенов (АГ) T. pallidum и проявлении комплексов антигенов с антителами (АТ), содержащимися в ликворе, с помощью биоспецифически связывающих реагентов, маркированных фосфоресцентной меткой. Первичные результаты исследования получали в виде цифровых значений интенсивности фосфоресценции (имп/сек) в зоне адсорбции каждого рекомбинантного антигена. В процессе выполнения исследования были определены предварительные точки отсечения (cut off), позволявшие дифференцировать «положительные» и «отрицательные пробы» по наличию IgM- и IgG-АТ к каждому из рекомбинантных антигенов T. pallidum. Значения пороговой интенсивности фосфоресценции (ИФ) cut off 99 % были установлены относительно 73 проб ликвора с отрицательными результатами ИФА. Значения люминесцентных сигналов были выражены в виде коэффициентов позитивности (КП), где: КП = ИФ пробы / (ИФ контроль + В), ИФ контроль — среднее значение ИФ отриц. проб (с вычетом экстремальных значений), В – коэффициент, соответствующий уровню cut-off 99 %. Сопоставление частот (%) встречаемости «положительных» по наличию IgG-АТ проб ликвора у лиц с НС и лиц СБНС с использованием метода четырехпольных таблиц показало наличие достоверных отличий по всем четырем антигенам T. pallidum, как по каждому АГ, так и суммарно ($p < 0,05$), при этом суммарная частота выявления «положительных» проб ликвора составила: при НС — 71 %, при СБНС — 36 %. Сопоставление частот (%) встречаемости «положительных» по наличию IgM-АТ проб ликвора у лиц с НС и лиц СБНС с использованием метода четырехпольных таблиц показало наличие достоверных отличий по двум антигенам T. pallidum (Tp15 и Tp47) и суммарно ($p < 0,05$), при этом суммарная частота выявления «положительных» проб ликвора составила: при НС — 20 %, при СБНС — 9 %. Сопоставление данных пациентов с НС и лиц с СБНС по абсолютным значениям КП показало отсутствие достоверных отличий показателей по наличию IgM-АТ ко всем антигенам T. pallidum и IgG-АТ к антигенам Tp47 и TmpA. Достоверные отличия были выявлены по показателям наличия IgG-АТ к антигенам Tp17 (49079±8735 при НС и 15482±3282 при СБНС; $p < 0,001$) и Tp15 (23876±66078 при НС и 3868±1545 при СБНС; $p < 0,05$).

Заключение. Предварительные данные, полученные на «обучающей» выборке пациентов, показывают, что разрабатываемый микропланшетный иммуночип, основанный на применении технологии ФОСФАН, демонстрирует довольно высокую чувствительность (70 %) при диагностике НС по тестированию ликвора. При этом отмечается высокая дискриминирующая способность «качественного» результата исследования (достоверные отличия в частоте положительных результатов определения IgG-АТ по всем антигенам и IgM-АТ к двум АГ T. pallidum) и количественного результата на IgG-АТ к двум антигенам T. pallidum (Tp17 иTp15). Продолжение исследований на тестовых (валидационных) выборках пациентов позволит оценить точность разрабатываемой модели диагностики НС.

РОЛЬ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К CANDIDA ALBICANS ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

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

Чернова Н. И., Задорожная И. С.

Актуальность. В последние годы значительно увеличилось число женщин с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом (РКВВ).

Несмотря на широкий спектр, как местных, так и системных антимикотических препаратов, проблема лечения пациенток с РКВВ не теряет своей актуальности. В ряде случаев причиной является резистентность к наиболее широко применяемым противогрибковым средствам, однако, учитывая высокую частоту рецидивирования заболевания, можно предположить, что в основе могут лежать иные механизмы. В исследованиях отечественных и зарубежных авторов рассматривается роль сенсибилизации к C. albicans в тактике ведения пациенток с РВВК, которая недооценена практикующими специалистами: акушерами-гинекологами, дерматовенерологами, аллергологами.

Цель. Выявление сывороточных иммуноглобулинов класса IgG, IgE к грибам рода Candida у пациенток с РКВВ и разработка оптимального алгоритма диагностики аллергического кандидозного вульвовагинита (АКВВ).

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 42 женщин в возрасте от 20 до 42 лет (медиана по возрасту 28,3 года) с диагнозом РКВВ (основная группа). Всем больным проводился сбор анамнестических данных, включающий оценку частоту рецидивов заболевания в течение года, длительность заболевания, отягощенность аллергологического анамнеза, пищевой анамнез (связь обострений заболевания с приемом определенной пищи). Лабораторное обследование включало: 1) микроскопическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала с окраской по Граму; 2) молекулярно-биологическое исследование методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в «реальном» времени отделяемого влагалища и цервикального канала на Candida spp. с уточнением вида; 3) определение специфических IgG к C. albicans в венозной крови методом твердофазного непрямого иммуноферментного анализа (ИФА) на спектрофотометре Multiskan Ascent («Thermo Electron»); 4) определение специфического IgE к C. albicans в сыворотке крови высокочувствительным автоматизированным методом ImmunoCap. Группу контроля составили 30 здоровых женщин без РКВВ, сопоставимые по возрасту, обратившиеся для профилактического осмотра.

Результаты. Анализ данных анамнеза показал частоту рецидивов кандидозного вульвовагинита (КВВ) 3–4 раза в течение полугода в 29/69 % наблюдений, 13/31 % пациенток отмечали обострения ежемесячно, длительность заболевания варьировала от 1 года до 6 лет. У достоверно большего числа женщин основной группы ($p \leq 0,05$) отмечалась высокая встречаемость отека Квинке и/или крапивницы на лекарственные препараты (6/14,3 %) и/или на пищевые продукты (2/4,8 %) и/или поллиноза (6/14,3 %) и/или атопического дерматита (3/7,1 %) и/или атопической формы бронхиальной астмы (3/7,1 %) по сравнению с группой контроля. При сборе пищевого анамнеза 12/28,6 % женщин при употреблении продуктов, провоцирующих рост дрожжевых грибов, отмечали усиление зуда в области половых органов и увеличение количества выделений из половых путей. Наличие IgG-антител к антигенам C. albicans статистически чаще диагностировалось у исследуемых основной группы (28/66,7 %) ($p \leq 0,05$) по отношению к группе контроля (2/6,67 %). При определении сывороточных IgE-антител к C. albicans из 42 больных с РКВВ у 7/16,7 % был положительный результат, тогда как у абсолютного числа в группе здоровых женщин уровни IgE-антител к C. albicans находились в пределах референсных значений. Одновременное повышение IgG+IgE-антител имели 7(16,7 %) пациенток с РКВВ, в анамнезе которых одномоментно наблюдались атопия в анамнезе, длительность заболевания более 3 лет, концентрация C. albicans ≥10^5 ГЭ/мл, у 6/85,7 % отмечалась связь обострений РКВВ с провоцирующими продуктами. У пациенток с изолированным повышением IgG-антител (n=28) у 8/28,6 % было зафиксировано одновременное сочетание длительности заболевания более 3 лет, концентрации C. albicans ≥10^5 ГЭ/мл и связь обострений РКВВ с провоцирующими продуктами, что позволяло предполагать наличие у данной группы пациенток АКВВ.

Выводы. 1. Установлено, что у женщин с РКВВ отмечается высокая частота выявления IgG-антител C. albicans в сыворотке крови (35/83,3 %), из них у 28/66,7 % — изолированное повышение, у 7/16,7 % — в сочетании с IgE-антителами к C. albicans. 2. По результатам анамнестических и лабораторных данных был разработан алгоритм диагностики АКВВ, согласно которому для постановки диагноза АКВВ у пациенток с РКВВ необходимо сочетание 3 и более факторов риска для развития дрожжевой сенсибилизации, к которым относятся атопические реакции в анамнезе, связь обострений заболевания с употреблением продуктов, провоцирующих рост дрожжевых грибов, длительность течения заболевания более 3 лет, концентрация C. albicans ≥10^5 ГЭ/мл по результатам ПЦР-исследования с повышением IgG-антител к C. albicans или сочетанным повышением IgG+IgE-антител.

СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЯМИ И БЕЗ МУТАЦИЙ УСТОЙЧИВОСТИ M. GENITALIUM К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва; Научно-исследовательский институт антимикробной химиотерапии «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России», Смоленск; АО «Эколаб», Электрогорск

Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Урпин М. В., Васильцова М. Ю., Хачатурян А. Ю., Баскакова И. Р., Эйдельштейн И. А., Марданлы С. Г.

Актуальность. Инфекция урогенитального тракта, вызываемая M. genitalium (MG), в настоящее время отнесена к инфекциям, передаваемым половым путем. Одной из важных проблем является рост антибиотикорезистентности M. genitalium к макролидам и фторхинолонам, однако работы, посвященные изучению возможной взаимосвязи между мутациями MG к антимикробным препаратам (АМП) и наличием клинических проявлений заболевания, представляют значительную редкость.

Цель. Определить возможное влияние мутаций устойчивости M. genitalium к антимикробным препаратам на клиническое течение заболевания с учетом бактериальной нагрузки возбудителя.

Материалы и методы. Обследовано 492 пациента, находившихся под наблюдением в МНПЦДК ДЗМ в 2021–2023 годы. В соскобах/отделяемом со слизистой оболочки органов урогенитального тракта пациентов методом ПЦР в режиме реального времени определялось наличие и концентрация ДНК M. genitalium. Мутации M. genitalium, ассоциированные с резистентностью к макролидам (V домен гена 23S рРНК) и фторхинолонам (ген ParC), определялись методом секвенирования.

Результаты. Установлено, что у пациентов Московского региона с MG-инфекцией наблюдается высокая частота мутаций устойчивости MG к антимикробным препаратам (общий показатель — 46,0 %,

устойчивость к макролидам — 20 %, устойчивость к фторхинолонам — 13 %, сочетанная устойчивость — 13 %). При низкой бактериальной нагрузке возбудителя (103–104 ГЭ/мл) существенного влияния мутаций устойчивости M. genitalium к антимикробным препаратам на частоту клинических проявлений не установлено; у большинства пациентов (81–96 %) заболевание протекало бессимптомно. При высокой бактериальной нагрузке M. genitalium (105–106 ГЭ/мл) у пациентов с мутантными штаммами M. genitalium клинически выраженные проявления заболевания наблюдались достоверно чаще (p <0,05), чем у лиц без мутаций. При наличии «двойных» мутаций (к макролидам и фторхинолонам) клиническая картина заболевания достоверно чаще (p <0,05), наблюдалась у лиц с мутациями и мало зависела от величины бактериальной нагрузки возбудителя, что свидетельствует о более высоком патогенном потенциале таких штаммов.

Заключение. Выявленное влияние мутаций устойчивости M. genitalium к антимикробным препаратам на характер течения заболевания подчеркивает необходимость интеграции генотипического определения резистентности M. genitalium в рутинный диагностический лабораторный процесс и в программы скрининга на инфекции, передаваемые половым путем.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИППП У ЖЕНЩИН В СОПОСТАВЛЕНИИ С УРОВНЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»
Москва
Мусакова М. В., Кисина В. И., Гущин А. Е.

Актуальность. Согласно литературным данным, степень бактериальной нагрузки возбудителей ИППП оказывает влияние на выраженность клинических симптомов мужчин, при этом имеются единичные исследования по данному вопросу среди женщин с экстрагенитальными формами ИППП.

Цель. Оценить частоту выявления и взаимосвязь клинического течения экстрагенитальных форм ИППП у женщин с уровнем бактериальной нагрузки возбудителей инфекций.

Материалы и методы. В период 2021–2024 гг. в филиалах ФГБУ МНПЦДК ДЗМ проведено клинико-лабораторное обследование женщин, обратившихся для обследования на ИППП. Получение биологического материала осуществлялось у всех пациенток как из урогенитальных, так и из экстрагенитальных локусов (ротоглотка, ректум, конъюнктива глаз) в отдельные пробирки одноразовыми инструментами. Для идентификации возбудителей ИППП применялся метод ПЦР в режиме реального времени (NCMT), позволяющий осуществлять одновременную детекцию N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium и T. vaginalis.

Результаты. Обследовано 270 женщин в возрасте от 18 до 71 года. Всего ИППП выявлено у 75 (28 %) пациенток. При этом вирусные агенты (Human papillomavirus, Herpes simplex 1,2) выявлены в 24/75 (32 %) случаев; бактериальные возбудители ИППП — в 55/75 (73,3 %) случаев. В урогенитальных образцах C. trachomatis обнаружены в 10/75 (13 %) случаев, из которых клинические проявления хламидийной инфекции констатированы 6/10 (60 %). Частота выявления N. gonorrhoeae в урогенитальных образцах составила 12/75 (16 %), при этом клинические проявления (обильные слизисто-гнойные вагинальных выделений, жжение) имели место среди 7/12 (58,3 %) случаев. В экстрагенитальных локусах 23 пациенток обнаружено 26 бактериальных возбудителей ИППП (у некоторых пациенток один и тот же возбудитель одновременно выявлялся в 2 экстрагенитальных локализациях). Согласно результатам, в 12/26 (46 %) случаев выявлены C. trachomatis. Наиболее часто C. trachomatis локализовалась в ректальной области 7/26 (26 %), частота обнаружения в ротоглотке составила 5/26 (19 %). Средняя величина бактериальной нагрузки C. trachomatis среди 3 случаев наличия клинических экстрагенитальных симптомов заболевания (боль при глотании, гиперемия миндалин, болезненность при акте дефекации, трещина в области ануса) составила 4,08*105 ГЭ/мл, а среди 9 случаев асимптомного течения ИППП в экстрагенитальных локусах — 1,14*104 ГЭ/мл (p= 0,036). N. gonorrhoeae была обнаружена в 14 из 26 (54 %) случаев: в ректальной области — 8/26 (30,8 %); в ротоглотке — 4/26 (15,4 %); одновременное поражение конъюнктивы глаз и урогенитального тракта констатировано у 2/26 (7,7 %); ректальной области в сочетании с урогенитальным трактом — в 2/26 (7,7 %); ротоглотки в сочетании с урогенитальным трактом — в 1/26 (3,8 %). Средняя величина бактериальной нагрузки N. gonorrhoeae при экстрагенитальных формах ИППП в случае выявления у 4 пациенток с выраженных клинических симптомов воспалительного процесса (болезненность при глотании, отмечалась осиплость голоса, слизисто-гнойные выделения из глаз, гиперемия конъюнктивы глаз) составила 2,29*106 ГЭ/мл, среди 10 случаев асимптомного течения — 9,92*105 ГЭ/мл (p= 0,041).

Выводы. 1. Экстрагенитальные формы ИППП (хламидийная и гонококковая инфекции) диагностированы в 4,4 % и у 5,9 % случаев среди всех 270 обследуемых женщинах соответственно, при этом одновременное поражение урогенитальных и экстрагенитальных локусов установлено в 1,5 % и 1,9 % случаев. Генитальные формы хламидийной и гонококковой инфекции были выявлены у 4 % и 4,4 % из 270 обследованных пациенток. Частота выявления C. trachomatis составила 5,8 %, N. gonorrhoeae — 9,6 %. 2. Среди пациенток с наличием клинических проявлений экстрагенитальных форм хламидийной и гонококковой инфекций уровень бактериальной нагрузки C. trachomatis и N. gonorrhoeae оказался выше (p<0,05) аналогичных показателей при асимптомном течении данных ИППП.

КОСМЕТОЛОГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНОГО ТИПА РУБЦОВ ВЕК

ООО «Академия пластической хирургии», ООО «АРТБИО»
Санкт-Петербург, Самара
Зорькина С. А., Пономарева Ю. В.

Блефаропластика является одной из наиболее востребованных и выполняемых хирургических манипуляций, позволяющей достигать длительного эстетического результата. Процессы формирования и реорганизации рубцов век после блефаропластики, а также после их травмы, зависят от множества факторов и далеко не во всех случаях приводят к удовлетворительным эстетическим результатам. Более 60 % пациентов обращаются повторно в различные сроки в связи с формированием гипертрофических, а с течением времени — атрофических рубцов. В качестве средств для профилактики и/или лечения патологических рубцов, применяют компрессионную терапию, силиконовые покрытия, топические глюкокортикостероиды, методы физиотерапевтического воздействия, физические факторы (лазерное излучение), Букки-терапию и другие. Тем не менее проблема удовлетворенности пациента достигнутым результатом остается актуальной. За период с 2017 по 2024 годы проведено лечение 284 пациентов с посттравматическими и послеоперационными (после различных видов блефаропластики) гипертрофическими и атрофическими рубцами. Большинство пациентов (96 %) были представлены женщинами. Средний возраст наблюдаемых составил 47,6+6,6 лет. 63 пациента с рубцами век обратились через 1–3 месяца после операции. При осмотре век, рубцы представляли собой линейные, возвышающиеся над кожей образования ярко красного цвета, безболезненные, подвижные. 103 пациента обратились через 4–6 месяцев после травмы или выполненной блефаропластики. При осмотре век у этих пациентов рубец определяли как линейное, возвышающееся над кожей образование, у ряда с включением единичных узловых образований, синюшно-красного цвета, нередко умеренно болезненные, ограниченно подвижные. 71 пациент обратился за консультацией через 6 и более месяцев с момента травмы или операции. При осмотре данные рубцы представляли собой по типу линейного, возвышающегося над кожей образования, синюшно-красного цвета, при пальпации болезненные, спаянные с подлежащими тканями орбиты. У 47 пациентов, обратившихся по поводу атрофических рубцов через 3–7 лет после операции, при осмотре выявлены линейной формы с углублением белесые образования, плотные, неподвижные, безболезненные. При выборе тактики лечения рубцов исходили из данных о том, что гипертрофические рубцы возникают из-за фибропролиферативных нарушений в сетчатом слое дермы, характеризирующихся хроническим воспалением, избыточными неоангиогенезом и коллагеногенезом, а атрофические рубцы — итог дистрофических процессов фиброзной ткани. В качестве основного средства терапии фиброзных изменений в области век были выбраны композиции гетерогенного коллагенсодержащего геля в виде гидролизата и частичного гидролизата, содержащего компоненты внеклеточного матрикса. Гидрогель является изделием медицинского назначения и содержит основные компоненты внеклеточного матрикса кожи естественного происхождения. У пациентов, обратившихся с гипертрофическими рубцами через 1–3 месяца с момента предшествующих их формированию событий применяли коллагенсодержащий гель в виде гидролизата троекратно с интервалом введения 7–10 дней, а далее еще 2–3 раза с интервалом 14–21 день. Коллагенсодержащий гидролизат инъецировали, отступя от краев рубца в объеме 0,2–0,3 мл, распределяя его на 2 века. Остающиеся 0,2–0,3 мл гидрогеля инъецировали периоорбитально. У пациентов, обратившихся с гипертрофическими рубцами через 4–6 месяцев применяли коллагенсодержащий гидролизат в виде геля 5–7 раз инъекционно с интервалом между процедурами 14 дней. Объем вводимой формы гидрогеля не превышал 0,2–0,3 мл на все рубцы. У пациентов с гипертрофическими рубцами 7–12 месячной давности применяли коллагенсодержащий гидролизат в виде геля на протяжении 5–10 процедур с интервалом 14 дней. Объем вводимой формы гидрогеля был аналогичным. Терапия атрофических рубцов была несколько иной. На протяжении 1–3 процедур с интервалом 7–14 дней осуществляли введение коллагенсодержащего гидролизата в виде геля. Затем на протяжении 1–2 процедур с интервалом в 1 месяц вводиликоллагенсодержащий частичный гидролизат с компонентами внеклеточного матрикса. Объем вводимой композиции не превышал 0,2–0,3 мл, при этом в участках максимальной атрофии, что определяли визуально как втяжение, осуществляли введение гидрогеля под фиброзную ткань, выполняя деликатную сепарацию и ретроградное введение до эффекта гиперкоррекции. Применяемый способ лечения гипертрофических и атрофических рубцов век послеоперационной и посттравматической этиологии позволил достичь удовлетворительных эстетических и функциональных результатов у всех анализируемых пациентов.

РУБЦЫ ПОСТАКНЕ: ВЫБОР МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА И ПРОГНОЗИРУЕМЫХ СРОКОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

Введение. Опираясь на мировую статистику, до 95 % пациентов с акне после лечения обращаются к врачам-косметологам для коррекции симптомокомплекса постакне. На сегодняшний день мы можем предложить нашим пациентам разные варианты терапии в зависимости от их социальной активности и возможностей для восстановления кожи.

Цели и задачи. Разработать протоколы процедур по коррекции симптомокомплекса постакне с учетом получения желаемого результата и ограничения социальной активности пациентов после травмирующих методик.

Материалы и методы. В «Клинике профессора Юцковской» за период с 2022 по 2024 год свыше 3600 пациентов прошли

лечение рубцов постакне разной степени выраженности. Пациенты были разделены на группы. Первую группу составляли пациенты, для кого был важен максимально выраженный результат в более короткие сроки. Срок реабилитации имел для них второстепенное значение. Вторую группу обследуемых больше интересовал непродолжительный срок реабилитации с возможно более длительным терапевтическим лечением для получения оптимального результата. И третью группу составляли пациенты с обезвоженной чувствительной кожей, для которых коррекция рубцов представляла определенный психологический страх ухудшения состояния кожи. В качестве лечения симптомокомплекса постакне использовались комбинации инъекционных и аппаратных методов лечения.

Результаты и обсуждение. Основа лечения рубцов — это их разрушение, восстановление дермального матрикса и стимуляция неоколлагеногенеза в коже. Современные аппаратные технологии могут обеспечить травматизацию на разных заданных уровнях. А разнообразие компонентов для инъекционного введения позволяют ускорить процесс реабилитации кожи. Поэтому врач-косметолог может обговорить с пациентом варианты лечения и составить индивидуальный протокол терапии. Для того, чтобы составить комплексный план коррекции, пациент проходил анкетирование, где указывал исходное состояние кожи, желаемые сроки получения результатов и возможный для его социальной активности период реабилитации. «Клиника профессора Юцковской» обладает полным необходимым парком оборудования для решения задачи уменьшения рубцовой ткани. Понимая механизмы воздействия лазера CO2, эрбиевого лазеров и игольчатого RF-лифтинга, а так же количество дней для реабилитации, мы разработали комплексные протоколы применения аппаратов и инъекций для достижения максимальных результатов в наиболее короткие сроки для каждого варианта физического травмирующего воздействия.

Выводы. Полученный опыт составления индивидуального протокола лечения рубцов для каждой группы пациентов позволяет нам рекомендовать использовать разработанные нами комплексные протоколы коррекции симптомокомплекса постакне.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛАХ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

МК-Клиника
Мытищи, Московская область
Раджабова М.М.

Цель. Оценить эффективность применения фотодинамической терапии в различных комбинациях и сочетаниях с другими технологиями с целью терапии возрастных изменений кожи.

Материалы и методы. Для проведения процедур ФДТ применяется фотосенсибилизатор на основе диметилглюкаминовой соли хлорина-е 6 и используется оборудование отечественного производства, генерирующее низкоинтенсивне световое излучение длиной волны 660+2 нм. В основе механизма фотодинамической терапии лежит фотодинамический эффект, который развивается в отношении клеток-мишеней, участвующих в процессе развития возрастных изменений кожи. Дополнительным является развитие фототерапевтического действия используемого низкоинтенсивного светового излучения видимого красного спектра на здоровые кожные структуры. С 2014 года было проведено более 2500 процедур ФДТ, разработаны протоколы сочетанного и комбинированного применения данной технологии с другими методами при различных состояниях и заболеваниях кожи, большей частью в протоколах коррекции возрастных изменений кожи. Как правило, в сочетанных протоколах ФДТ проводится как завершающий этап процедуры, а в комбинированных протоколах на фоне курса проводимых процедур фотодинамической терапии назначаются дополнительно различные инъекционные и аппаратные процедуры с целью повышения их клинической эффективности и сокращения периода реабилитации после применения агрессивных методик. В частности, на базе ООО «МК-Клиника» был разработан протокол сочетанного последовательного применения поверхностного аблативного фототермолиза и фотодинамической терапии для коррекции возрастных изменений кожи. Был также разработан протокол комбинированного и сочетанного применения ФДТ с такими инъекционными процедурами, как аутоплазмотерапия/плазмофиллинг и армирование кожи препаратами на основе полимолочной кислоты.

Результаты. Во всех случаях сочетанного и/или комбинированного применения фотодинамической терапии с другими технологиями и методами эффективность и результативность последних была существенно выше, чем ожидались бы от изолированного их применения. Также отмечалось сокращение реабилитационного периода после агрессивных и высоко травматичных методик.

Выводы. Благодаря своему уникальному механизму действия и множеству терапевтических эффектов, фотодинамическая терапия обладает высокой степенью сочетаемости и комбинаторности с другими технологиями, применяемыми в эстетической медицине. Посредством фотодинамической терапии происходит повышение качества клеточного состава дермы, эпидермиса, а также дополнительное мощное фототерапевтическое воздействие. В итоге происходит повышение функциональной активности здоровых нормально функционирующих клеток, улучшается качество дермального межклеточного матрикса и развивается закономерный высокий результат при укорочении сроков постпроцедурного реабилитационного периода.

НИТЕВОЙ ЛИФТИНГ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЛИЦА

Институт красоты Belle Allure
Москва
Васильева Е.В.

Опущение тканей в центральной части лица является таким же закономерным биологическим процессом, как и в других его областях. Известно, что центральная область гораздо реже подвергается коррекции малоинвазивными и малотравматичными методами. Поэтому вопрос нитевого лифтинга этой зоны является актуальным и вместе с тем обладает высокой эффективностью и безопасностью.

Цель. Определить эффективность лифтинга и омоложения нитями из 100% полимолочной кислоты для коррекции инволюционных изменений области носа и периоральной области в практике врача-косметолога

Объекты исследования: пациенты центра — 28 человек в возрасте от 33 до 43 лет, женщины. Оценка эффективности проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 3 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом с помо-

щью опросника. Пациентам были имплантированы по 2 нити с каждой стороны с целью сокращения назолабиального расстояния, уменьшения выраженности носогубной складки и уменьшения морщин вокруг губ. А также по 1 нити в области носа для его поднятия. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2 % лидокаином 2–4 мл, введение по разметке подкожно нитей через один прокол с каждой стороны иглой 90 мм 20G, перемещение (лифтинг) ткани по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 25 (89,3 %), хороший у 3 (10,7 %). Ярковыраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счет стимуляции собственного неоколлагенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин.

Выводы. Результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантируют оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога и позволяя избежать возможных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИКРОНИДЛИНГА, ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА И ИХ КОМБИНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ АКНЕ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Клиника профессора Юцковской
Москва
Еззет А. Ф., Юцковский А. Д.

Введение. Атрофические рубцы постакне представляют собой одну из наиболее сложных проблем в современной дерматологии, существенно влияющих на психоэмоциональное состояние пациентов и их качество жизни. Традиционные методы коррекции, такие как микронидлинг и химический пилинг, демонстрируют различную степень эффективности, что обуславливает необходимость исследования комбинированных подходов к лечению данной патологии.

Цель. Настоящее исследование направлено на оценку клинической эффективности и безопасности комбинированного применения микронидлинга с химическим пилингом для лечения атрофических рубцов после акне, а также на сравнение результативности данного метода с монотерапией каждым из компонентов.

Материалы и методы. В рамках рандомизированного двойного слепого контролируемого исследования были включены 120 пациентов «Клиники профессора Юцковской» (94 женщины и 26 мужчин, возраст 18–45 лет). Участники были случайным образом разделены на три группы: 1 группа (микронидлинг), 2 группа (химический пилинг, содержащий трихлоруксусную кислоту (33 %), коевую кислоту (5 %) и перекись водорода (5 %)) и 3 группа (комбинированное лечение). Каждый пациент прошел четыре процедуры с интервалом в 20 дней. Клиническое состояние оценивалось по шкале Goodman-Baron до и после лечения двумя независимыми экспертами, не знающими о назначении конкретной терапии. Удовлетворенность пациентов была оценена с помощью индекса Dermatology Life Quality Index (DLQI). Коэффициент согласия между экспертами (Cohen's k) составил 0,90–0,91 до лечения и 0,93–0,94 после, что свидетельствует о высокой надежности полученных данных. Согласно результатам исследования, только комбинированная терапия продемонстрировала статистически значимое улучшение по шкале Goodman-Baron (до лечения: 2,87 ± 0,83; после: 2,03 ± 1,16; p = 0,0005). Аналогичная тенденция наблюдалась в подгруппе женщин (до лечения: 2,86 ± 0,83; после: 1,89 ± 1,11; p = 0,0005). Ни одно из применяемых методов не обеспечило значимого улучшения в мужской подгруппе (p > 0,05). При детальном анализе эффективности методов лечения: в 3 группе 83,3 % женщин отметили улучшение внешнего вида кожи на одну или более ступеней по шкале Goodman-Baron, тогда как среди мужчин этот показатель составил 50 %. В 2 группе лишь 24,2 % женщин и 25 % мужчин зафиксировали положительный эффект, остальные пациенты не наблюдали значимых изменений. В 1 группе показатели составили 36,7 % женщин и 20 % мужчин, отметивших улучшение. Серьезных побочных эффектов выявлено не было.

Выводы. Таким образом, комбинированное лечение микронидлингом и химическим пилингом является оптимальным решением для коррекции атрофических рубцов постакне, особенно в популяции женщин. Несмотря на меньшую эффективность у мужчин, все методы способствуют улучшению качества жизни пациентов, что делает их ценными для практического применения. Комбинированный подход рекомендуется как приоритетный вариант лечения для достижения максимальных клинических результатов.

ЭКЗОСОМАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИКРОИГОЛЬЧАТЫМ RF-ЛИФТИНГОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Клиника Профессора Юцковской
Москва
Черненко О. А. Юцковский А. Д.

Экзосомы представляют собой двухслойные везикулы диаметром 30–200 нм, которые продуцируются клетками и играют важную роль в межклеточной коммуникации и транспорте. Поскольку рост волос регулируются взаимодействием между стволовыми клетками волосяного фолликула (HFSC) и клетками дермального сосочка (DPC), применение экзосомальной терапии может стать перспективным направлением в лечении андрогенетической алопеции. Однако, учитывая, что ни один препарат, содержащий экзосомы, не имеет регистрации для подкожного введения на территории РФ, следует сочетать их с методиками, повышающими их эффективность и проникновение в глубокие слои кожи.

Цель. Оценить эффективность использования микроигольчатого радиоволнового лифтинга и водного раствора дуальных комбинированных экзосом для стимуляции роста волос у пациентов с андрогенной алопецией (АГА).

Материалы и методы. В течение 3–6 месяцев мы наблюдали за пациентами, получавшими терапию дуальными комбинированными экзосомами, которые наносились на кожу волосистой части головы после микроигольчатого радиоволнового лифтинга. Кратность процедур: 1 процедура в месяц, всего № 3. Пациенты мужского пола, n=5 с диагнозом АГА. В качестве домашней терапии пациенты также получали наружную терапию лосьоном с капиксилом. Обследование испытуемых до и после лечения проводилось с помощью неинвазивных инструментальных методов исследования: 1. Дерматологический осмотр и изучение анамнеза

основного заболевания 2. Оценка состояния волос и кожи головы с использованием трихоскопа Aramo SG и программы HairXPro 3. Стандартное фотографирование.

Результаты. По результатам трихоскопии наблюдалось увеличение среднего количества волос на квадратный сантиметр (в среднем от 90 до 120 волос), визуальное зарастание очагов облысения, при сравнении обзорных фото.

Выводы или заключение. Сочетание комбинированных дуальных экзосом с процедурой микроигольчатого радиоволнового лифтинга и лосьона для наружной терапии с капиксилом, оправдано и эффективно. Комбинация методик, за счет комфорта пациента во время процедуры, кратности самих процедур, а также выраженного результата, повышает приверженность пациентов к терапии, что не исключает комплексного подхода в лечении АГА с учётом коррекции дефицитных состояний, использования наружной терапии и пр.

ПОДОЛОГИЯ И МИКОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ НАРУЖНЫХ АНТИМИКОТИКОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОСКОПИИ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ОНИХОМИКОЗА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет», 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., Котляр А. М., Шипилова Н. А., Пахомова В. В., Сергеева И. Г.

Введение. Онихомикоз является одним из самых распространенных заболеваний ногтей в дерматологической практике. За счет простоты выполнения и быстрого получения результатов основным методом его лабораторной диагностики остается прямое микроскопическое исследование соскобов с пораженных ногтей. Чувствительность микроскопии зависит от субъективных и объективных факторов. Также существуют трудности лечения и высокая частота рецидивов онихомикоза. Для принятия универсальных терапевтических решений с учетом тяжести заболевания был разработан математический индекс КИОТОС (SCIO). Оцениваемые параметры включают клиническую форму онихомикоза, длину пораженной части ногтя, степень выраженности гиперкератоза, а также локализацию изменений и возраст пациента, влияющие на скорость роста ногтевой пластинки.
Цель. Оценить влияние самостоятельного использования наружных противогрибковых препаратов на результаты микроскопии и степень тяжести онихомикоза.
Материалы и методы. В исследование включено 56 пациентов в возрасте от 33–85 лет, обратившихся по поводу изменений ногтевых пластинок в Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер. Обследование состояло из сбора анамнеза, клинического осмотра с фотофиксацией пораженных ногтей, соскоба материала с патологически измененных ногтевых пластинок для микроскопического исследования с 10 % КОН. В случае первых отрицательных результатов микроскопии назначали последующие визиты (до 3) с целью повторного взятия соскоба. Оценку степени тяжести онихомикоза проводили на основании индекса КИОТОС (SCIO) с помощью калькулятора SCIO. Пациентов разделили на 2 группы: 1–28 пациентов (средний возраст 61,9±11,4; 16 мужчин,12 женщин) с предшествующим наружным самостоятельным лечением в анамнезе, 2–28 пациентов (средний возраст 61,6±13,7; 15 мужчин, 13 женщин) не использовавших местную противогрибковую терапию до обращения за дерматологической помощью.
Результаты. У пациентов 1 группы значение индекса КИОТОС (SCIO) варьировало от 8 до 30, у пациентов 2 группы — от 13 до 30. Среднее значение индекса КИОТОС в 1 группе наблюдений составило 23,6±6,9; во 2 группе — 24,6±5,4 (p>0,2). У 18 (64,3 %) пациентов 1 группы диагноз грибковой инфекции после первого анализа не был подтвержден (получены отрицательные результаты микроскопии с 10 % КОН), во 2 группе первый отрицательный анализ был у 11 (39,3 %) человек.
Выводы. Тяжесть онихомикоза по КИОТОС (SCIO) у пациентов, применявших самостоятельное наружное лечение, сопоставима с больными, не получавшими терапию. Для диагностики заболевания по результатам микроскопического исследования соскобов с ногтевой пластинки на грибок у таких пациентов в два раза чаще, чем у пациентов, не применявших самолечение, требуется повторение лабораторных тестов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОЗОВ СТОП У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Новосибирский государственный университет. Новосибирский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Новосибирск
Двоеглазова В. Е., Крылышкина Е. С., Марченко И. И., Ковач Е. Н., Сергеева И. Г.

Введение. Микоз стоп является наиболее частой дерматологической проблемой в практике врачей-дерматологов, для которой характерны разнообразные клинические проявления, сопровождающиеся дискомфортом в виде зуда, жжения и неприятного запаха. Для лечения доступны местные и системные противогрибковые препараты, выбор которых зависит от клинической формы и степени выраженности инфекции.
Цель. Изучить клиническую характеристику микозов стоп у пациентов пожилого и старческого возраста.
Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки было отобрано 50 человек (20 мужчин и 30 женщин) с микозом стоп в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 70,9 ± 1,0 лет). Установление диагноза микоза стоп проводили на основании положительного результата микроскопического анализа материала, полученного с использованием соскоба с кожи стоп с 20 % КОН. Клиническую форму микоза стоп устанавливали в соответствии с клиническими рекомендациями «Микозы кожи головы, туловища, кистей и стоп»: сквамозная, гиперкератотическая, интертригинозная, дисгидротическая. Также возможно сочетание данных клинических форм.
Результаты. Наиболее распространенной изолированной клинической формой микоза стоп являлась сквамозная — у 16 (32 %) человек. Реже встречали интертригинозную — у 5 (10 %), гиперкератотическую — у 5 (10 %), дисгидротическую — у 1 (2 %) формы поражения кожи стоп. Также у ряда пациентов наблюдали сочетание двух форм поражения, среди которых преобладала сквамозно-гиперкератотическая — у 18 (36 %), реже были представлены сквамозно-интертригинозная — у 4 (8 %) и интертригинозно-дисгидротическая — у 1 (2 %).

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста преобладают так называемые «хронические» формы микоза стоп, проявляющиеся шелушением кожи и развитием гиперкератоза, самым частым вариантом течения заболевания является сочетание сквамозной и гиперкератотической форм (36%).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗОМ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАНОЙ АНКЕТЫ ONYCOE-T ДО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

Актуальность исследования обусловлена неуклонным ростом заболеваемости онихомикозом — грибковым поражением ногтевых пластин, а также увеличением числа случаев резистентности к традиционным методам лечения, включая наружные и системные антимикотические препараты. В связи с этим в современной дерматологии активно внедряются световые методы терапии: лазерная и фотодинамическая терапия. Для объективной оценки эффективности новых методов лечения и степени влияния заболевания на повседневную активность пациентов применяются различные опросники качества жизни, среди которых особого внимания заслуживает специализированный опросник OnyCOE-T, разработанный группой исследователей под руководством Lubeck D. P. Цель исследования заключалась в оценке динамики показателей качества жизни пациентов с онихомикозом до и после проведения курса лазерной и фотодинамической терапии с использованием модифицированного опросника OnyCOE-T.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 пациента (24 женщины — 57% и 18 мужчин — 43%) в возрасте от 21 до 85 лет с верифицированным клинически и микологически диагнозом онихомикоза. Участники были распределены на две группы, сопоставимые по показателю КИОТОС. Первая группа (n=12) получала лечение Nd: YAG-лазером с длиной волны 1064 нм (параметры: длительность импульса 0,3 мс, плотность энергии 25–40 Дж/см2, размер светового пятна 4–6 мм) еженедельно в течение трех месяцев, затем дважды в месяц на протяжении последующих двух месяцев. Вторая группа (n=30) получала фотодинамическую терапию (ФДТ) с применением хлоринсодержащего фотосенсибилизатора при световой дозе 100 Дж/см2 на каждую ногтевую пластину по аналогичной схеме. Также всем пациентам проводилась аппаратная обработка гиперкератотически измененных ногтевых пластин с назначением местных антимикотиков до полного отрастания ногтей. Оценка результатов осуществлялась с помощью модифицированного опросника OnyCOE-T, включающего четыре блока: оценка симптомов (максимум 30 баллов), проблемы с внешностью и физической активностью (максимум 48 баллов), общий масштаб проблемы (максимум 28 баллов) и удовлетворенность лечением (максимум 10 баллов). Максимальная сумма баллов составляла 116, где более высокие показатели соответствовали лучшему качеству жизни. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 10.1011.0 при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. В ходе первичного анкетирования установлено существенное влияние онихомикоза на качество жизни обследуемых пациентов. Подавляющее большинство респондентов (79%, n=33) отметили "сильное влияние" заболевания на повседневную жизнь. Меньшая часть опрошенных (16%, n=8) охарактеризовала влияние как "умеренное", а 5% пациентов (n=2) указали на "чрезвычайное влияние" патологии. Примечательно, что среди обследованных не выявлено лиц, не испытывающих негативного воздействия онихомикоза на качество жизни. Корреляционный анализ по методу Спирмена продемонстрировал достоверную слабую взаимосвязь между степенью неудовлетворенности качеством жизни и молодым возрастом пациентов ($r = 0.44$). Основными факторами дискомфорта респонденты называли эстетическую неудовлетворенность состоянием ногтевых пластин, психологический дискомфорт при посещении общественных мест, а также беспокойство относительно контагиозности заболевания и потенциальных осложнений. Сравнительный анализ эффективности терапевтических подходов выявил значительное превосходство ФДТ над лазерным лечением. В группе пациентов, получавших ФДТ, отмечено существенное повышение среднего показателя OnyCOE-T с 52,3 до 110 баллов, что свидетельствует о значимом улучшении качества жизни. Напротив, в группе лазерной терапии зафиксировано незначительное снижение данного показателя с 53 до 51 балла, что указывает на недостаточную эффективность и дискомфортность метода.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует выраженное негативное влияние онихомикоза на психофизическое состояние пациентов. Применение ФДТ способствовало существенному повышению качества жизни пациентов, что подтверждает клиническую эффективность и практическую целесообразность данного метода лечения.

ТРИХОЛОГИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТАРГЕТНОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»
Москва
Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Попова Е. А.

Введение. Гнездная алопеция (ГА) — это распространенное хроническое заболевание, вызванное иммунным повреждением волосяных фолликулов, которое приводит к нерубцовой потере волос различной степени выраженности. В большинстве случаев ГА развивается в возрасте до 40 лет, при этом у 48 % пациентов заболевание возникает в первые два десятилетия жизни, что делает ГА одной из основных причин потери волос у детей. Несмотря на появление современных таргетных иммуносупрессивных средств, лечение ГА остается сложной задачей. Подходы к терапии зависят не только от площади поражения, но и от возраста пациентов, степени влияния заболевания на качество жизни, наличия сопутствующих патологий и противопоказаний. При умеренной и тяжелой формах ГА, а также при неэффективности топических препаратов и существенном ухудшении качества жизни, даже при ограниченной площади выпадения волос, показана системная терапия, которая, однако, требует тщательного обоснования ее применения в связи с риском развития серьезных побочных эффектов. Цель: определить основные предикторы эффективности таргетной иммуносупрессивной терапии ГА. Материалы и методы: клинико-анамнестические данные пациентов с ГА за период наблюдения 52 недели в процессе лечения препаратами из группы ингибиторов JAK (тофацитиниб, упадацитиниб, аброцитиниб, барицитиниб) и блокатором IL-4/13 дупилумабом. Степень тяжести ГА и эффективность терапии оценивались с помощью шкалы SALT.
Результаты. Группу наблюдения составили 13 пациентов с ГА, 6 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 12 до 40 лет (средний возраст 19,69±2,68 лет); из них 12 пациентов принимают пероральные ингибиторы JAK и 1 пациент — дупилумаб. У 7 из 13 пациентов (54 %) диагностирован сопутствующий атопический дерматит, включая пациента, получающего дупилумаб. До начала лечения среднее значение показателя SALT составляло 79,41±7,96 %, при этом 7/13 (54 %) пациентов имели тотальную или универсальную формы ГА. Через 52 недели наблюдения возобновление роста волос отмечено у 11/13 пациентов (85 %), из них у 85 % достигнут косметически приемлемый результат (восстановление волос на голове на 75 % и более от исходного); среднее значение SALT в группе составило 26,88±9,59 %. У 2 из 13 пациентов (15 %), имеющих универсальную алопецию, эффект от лечения оказался незначительным в виде частичного отрастания волос в области бровей и ресниц без признаков оживления фолликулярного аппарата на коже скальпа. У двух других пациентов отмечен очаговый рост волос на голове и теле, но такой результат не является достаточным для отказа от маскирующих средств. Средний период от начала лечения до появления первых признаков роста волос составил 15,23±2,32 недели. Все 4 пациента, которые практически не ответили на лечение или показали недостаточный результат, имели длительность тотальной или универсальной алопеции более 8 лет и начало заболевания в возрасте до 5 лет.
Выводы. Эффективность системной терапии ГА зависит от нескольких параметров, среди которых ключевыми являются возраст начала заболевания и продолжительность течения тотальной или универсальной форм алопеции. Наличие сопутствующих атопических заболеваний не имеет существенного значения в прогнозировании эффективности терапии, хотя может усугублять тяжесть ГА. Ранняя диагностика и своевременное начало адекватной терапии способны значительно повысить вероятность положительного ответа на лечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского», кафедра внутренних болезней медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер» Калуга
Беликов А.Н., Савкина С. Д., Крюкова А. Н.

Введение. Норвежская чесотка — редкая клиническая форма заболевания, разновидность чесотки, вызываемая чесоточным клещом Sarcoptes scabiei. В группе риска по данному заболеванию находятся дети в возрасте до двух лет и пожилые люди. За последние 20 лет в России описано в литературе 48 случаев норвежской чесотки. Специфика норвежской чесотки заключается в более интенсивном зуде и тяжелой симптоматике по сравнению с обычной чесоткой из-за обилия клещей на коже и толстых корок. Патология является рецидивирующей. Распространенный процесс на коже и отсутствие адекватной терапии могут быть причиной гибели пациента в связи с интоксикацией организма. Проблема терапии детей грудного возраста с чесоткой остается важной и не решенной в отечественной дерматовенерологии, т. к. противочесоточные препараты подходят для лечения детей с 1 года жизни.
Цель. Осуществить подбор и оценить терапию пациента грудного возраста, пораженного норвежской чесоткой.
Результаты. В ГБУЗ КО «КОКДБ» поступил пациент 3-месячного возраста с жалобами на: вялость, слабость, продуктивный частый кашель, t тела 39,2С°, сыпь. В связи с данными, полученными при поступлении, был выставлен диагноз: А.49.9 Генерализованная инфекция (дерматит, стоматит, фарингит, бронхит) смешанной этиологии. Герпес-вирусная инфекция: герпес 6-го типа, ЦМВ, ВЭБ. Кожный процесс на теле пациента носил распространенный характер, локализовался на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях. Наблюдались массивные серо-коричневые корки, многослойные экскориации, глубокие трещины. При госпитализации ребенка совместно с дерматовенерологом было рекомендовано выполнить микроскопическое исследование соскоба с кожи. По результатам исследования был обнаружен клещ Sarcoptes Scabiei в высокой концентрации особей. Основываясь на клинических и лабораторных данных, выставлен диагноз норвежская чесотка. Данный случай можно считать уникальным в дерматологической практике, поскольку ранее случаев норвежской чесотки у детей грудного возраста не было описано в литературе. При подборе терапии данному пациенту выявились сложности. Для лечения чесотки детей в возрасте до 1 года рекомендовано применять аэрозоль «Спрегаль», но с 2014 года препарат не регистрируется на территории Российской Федерации. Других противочесоточных препаратов на фармацевтическом рынке нашей страны для лечения детей грудного возраста не существует. С учетом высокой контагиозности данной клинической формы чесотки и необходимости лечения было решено использовать косметологическое средство «Пермилайт». Лосьон «Пермилайт» содержит 5 % перметрина в вязкой лосьонной основе. Перметрин обладает противопаразитарным эффектом. Нарушает проницаемость для катионов мембран нервных клеток насекомых. Эффективен в отношении чесоточных клещей, а также гнид, личинок и половозрелых особей головных и лобковых вшей. Препарат был применен на всей поверхности кожных покровов. Кроме этого, на очаги с массивными корками накладывались примочки с чаем, 3 % серной мазью с дальнейшим использованием «Адвантана» и «Белобазы» в качестве эмолента. Для купирования зуда применялись антигистаминные препараты. Результат. Спустя 3 недели от начала лечения состояние кожных покровов значительно улучшилось. Произошло отторжение корок, на их месте образовались гиперпигментированные пятна. После 2,5 месяцев от начала лечения наступило полное разрешение процесса.
Выводы. Таким образом, терапия косметологическим лосьоном «Пермилайт» явилась успешной в лечении ребенка грудного возраста с норвежской чесоткой. Данный клинический случай призван обратить внимание специалистов на возможность появления норвежской чесотки у детей грудного возраста, а своевременная диагностика и рационализированная терапия позволяют предупредить распространение инфекции.

СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента Здравоохранения города Москвы», филиал «Юго-Западный» Москва
Плотова У. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.

Введение. Основными типами неходжкинских лимфом (НХЛ) у детей являются высоко агрессивные формы, например, такие, как лимфобластная лимфома и лимфома Беркитта. Эти заболевания требуют немедленного и агрессивного лечения, поскольку прогрессируют быстрее, чем их эквиваленты у взрослых. Клинические проявления НХЛ у детей также имеют свои особенности: они часто выявляются на более поздних стадиях и могут сопровождаться системными симптомами, такими как лихорадка, потеря веса.
Цель работы. Изучить алгоритм диагностики врача-дерматовенеролога в разрезе высоко агрессивных заболеваний для ускоренной постановки диагноза и представить случай из практики НХЛ у ребенка 10 лет. Проблема диагностики агрессивных заболеваний высоко актуальна по причине необходимости ускоренной постановки диагноза из-за возможного неблагоприятного прогноза в связи с отсутствием активной терапии.
В ГБУЗ МНПЦДК КДО № 17 обратился пациент Н. 10 лет с жалобами на распространенные высыпания. Из анамнеза известно, что ребенок болен около 3 недель, когда мама впервые отметила высыпания в области волосистой части головы, которые рас-

пространились на кожу лба, век, периоральной области и шеи. Отмечались: эпизодичное повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение 2 дней, повышенная утомляемость, снижение аппетита. Высыпания распространились на кожу туловища, паховой области. При осмотре: кожный процесс воспалительного характера, распространенный, локализован на коже волосистой части головы, лице, туловище и паховой области, представлен множественными узлами красно-синюшного оттенка. Дермографизм красный. Выполнена диагностическая биопсия, заключение: выявленные изменения соответствуют вторичному поражению кожи при системной лимфопролиферативном заболевании. При возникновении жалоб на боль и снижение слуха был госпитализирован по каналу СМП в ДГКБ им. Сперанского. Пациент в течение 2 дней наблюдался специалистами с диагнозом: «Псориаз неуточненный». При дообследовании отмечался нейтрофильный лейкоцитоз; по результатам консультаций оториноларинголога, аллерголога — патологии не выявлено. Ребенок выписан с рекомендациями консультации дерматолога. Амбулаторно выполнена Rg ОГК, диагностирована пневмония, госпитализирован в ДИО ИКБ № 2, где по результатам обследования выявлено объемное образование переднего средостения, генерализованная лимфаденопатия. Ребенок был переведен в отделение торакальной хирургии МДГКБ, откуда по тяжести состояния в ОРИТ. Выполнена костномозговая и плевральная пункции, компьютерная томограмма. Выявлено: ТЭЛА правой легочной артерии и сегментарных ветвей. Компрессионный ателектаз, гидроперикард, левосторонний гидроторакс. Диффузное снижение плотности паренхимы печени. Множественные очаговые образования почек. Также проведена диагностическая биопсия и иммуногистохимическое исследование с элементов сыпи, заключение: морфологическая картина поражения кожи субстратом Т-клеточного лимфобластного лейкоза/лимфомы. На основании жалоб, анамнеза, клинической картины и результатов исследования выставлен диагноз: «Диффузная Т-лимфобластная лимфома с поражением костного мозга, кожи, лимфоузлов средостения, периферических лимфоузлов (над-, подключичные), почек». Пациент получает специфическую терапию у врача-онколога с положительной динамикой.

Заключение. В большинстве случаев врачи-дерматологи устанавливают первоначальный диагноз, опираясь на клинические данные и результаты гистологического исследования. Гистологическое исследование биоптата кожи служит основой для диагностики первичной лимфомы кожи, но из-за высокого полиморфизма первичных элементов результаты могут обладать низкой информативностью. Также в каждом случае необходимо провести иммунофенотипирование опухолевых клеток, используя либо иммуногистохимический метод, либо проточную цитометрию (иммуноцитохимию). В случае возникновения сомнений выполняется окрашивание с использованием панели моноклональных антител, а также может быть проведено цитогенетическое и молекулярное исследование. Данные исследования направлены на установление точного типа лимфом. Основным недостатком указанных методов диагностики являются сроки получения результатов, которые могут повлиять на скорость постановки точного диагноза и отсрочить получение оптимальной терапии, ведущее к неблагоприятному прогнозу.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ»

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

Введение. Грибовидный микоз — первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи, характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами.
Цель исследования. Клинический случай диагностики и лечения Грибовидного микоза.
Материалы и методы. Медицинская карта амбулаторного больного, оценка анамнестических данных, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных исследований. Пациент М., 53 года, считает себя больным с 2023, когда впервые стал отмечать появление высыпаний на коже, с сентября 2024 отметил выраженную прогрессию, мокнутие, распадающиеся узлы на коже, болезненность, зуд, снижение веса на 15 кг, ночную потливость. По результатам ИГХ от 04.10.2024: морфологическая картина более всего соответствует первичной кожной неспецифированной периферической Т-клеточной лимфоме. По результатам прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала от 08.10.2024: морфологическая картина может наблюдаться при лимфомах кожи, лимфоматоидных лекарственных токсических реакциях. Консультирован онкогематологом от 08.10.2024, подтвержден диагноз «Периферическая Т-клеточная лимфома С84.4». Проведено 2 курса химиотерапии по схеме CHOEP (Доксорубицин, Циклофосфамид, Этопозид, Винкристин, Преднизолон) без динамики. Проведен онкоконсилиум, у пациента на фоне проведенных курсов химиотерапии по схеме CHOEP отмечалась разнонаправленная динамика — сокращение размеров и активности пятен, единичных бляшек, усиление лимфореи, увеличение размеров бляшек. С целью дифференциального диагноза между периферической Т-клеточной лимфомой и Грибовидным микозом, онкогематологами была рекомендована повторная биопсия кожи. С учетом недостаточного ответа от проведения курсов химиотерапии 1 линии, прогрессирования заболевания после 2 курса химиотерапии, показано проведение монотерапии метотрексатом 50 мг 1 раз в неделю. Выполнена биопсия вновь появившихся пятен в правой подмышечной области и в области левой подколенной ямки. ИГХ от 17.12.2024: Грибовидный микоз, крупноклеточная трансформация, с поражением кожи подмышечной области. Подтвержден диагноз «Грибовидный микоз с поражением мягких тканей верхних и нижних конечностей, грудной и брюшной стенки». IVB ст. по Ann-Arbor. Проведенное лечение: 2 курса химиотерапии по схеме CHOEP, прогрессирование. Монотерапия метотрексатом № 5 с 29.11.2024.
Результаты. После проведения повторного ИГХ в связи с отсутствием эффекта от 2 курсов химиотерапии по схеме CHOEP, проведено повторное гистологическое исследование и ИГХ, подтвержден диагноз «Грибовидный микоз» и инициировано монолечение метотрексатом 50 мг 1 раз в неделю. В плане городской консилиум с целью решения вопроса о назначении терапии брентуксимабом ведотином.
Заключение. Данный случай представляет клинический интерес как редко встречающийся дерматоз, лечением которого занимаются врачи-онкогематологи. Задача врача-дерматовенеролога провести дифференциальную диагностику, соблюдать маршрутизацию

пациента при типичных жалобах. Не стоит также забывать о необходимости проведения повторного гистологического исследования и ИГХ в случае разнонаправленной динамики заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Останкинский»
Москва
Беленкова А. А., Абесадзе Г. А.

Введение. Плоский волосяной лишай — первичная лимфоцитарная рубцовая алопеция, Заболевание также считается фолликулярным вариантом красного плоского лишая. Существует теория, что это заболевание является аутоиммунным, специфичным для волос, при котором активированные Т-лимфоциты воздействуют на фолликулярные антигены.

В настоящее время выделяют несколько подтипов данного заболевания: классический плоский волосяной лишай, фронтальная фиброзная алопеция, синдром Грэхэма–Литтла–Пиккарди–Лассюэрра. Некоторые авторы выделяют еще один подтип — фиброзная алопеция с типичным распределением.

Плоский волосяной лишай чаще поражает женщин в возрасте от 40 до 60 лет. Пациенты могут жаловаться на выпадение волос, зуд, жжение и боль в области поражения. У 50 % больных могут отмечаться симптомы, характерные для красного плоского лишая, с поражением других участков кожи, слизистых оболочек и ногтей. Поражения кожи головы могут быть единичными или множественными, очаговыми или диффузными, без характерной локализации. По краям оголенных участков волосяные фолликулы окружает перифолликулярная эритема и перифолликулярные чешуйки. При pull-тесте можно увидеть анагеновые волосы, что отражает активное состояние патологического процесса. Также важны трихоскопические признаки: перифолликулярное шелушение, области цвета клубничного мороженого, волосяные муфты.

Диагноз устанавливается на основании жалоб, клинической картины, результатов трихоскопии и заключений гистологического исследования. Исследуется 2 биоптата по 4 мм в диаметре — из краевой области с перифолликулярной эритемой и перифолликулярными чешуйками.

Клинический случай. Пациентка К., 37 лет, обратилась в филиал «Останкинский» ГБУЗ «Московского Центра дерматовенерологии и косметологии» с жалобами на потерю волос, зуд, чувство стягивания в области высыпаний. Со слов пациентки: отмечала появление высыпаний около 3 лет назад, которое ни с чем не связывала. Лечение не проводила. Отмечала постепенное прогрессирование процесса, распространение очагов алопеции. При осмотре патологический процесс носил ограниченный характер, локализовался на волосистой части головы, был представлен участками облысения, до 0,5 см в диаметре, сливающимися в более обширные очаги. Отмечался блеск кожи, без изменения цвета. Pull-тест по краям очага был положительный. При проведении трихоскопии в пределах очага — перифолликулярное шелушение, молочно-красные зоны, белые точки, муфты по длине волос. После сбора анамнеза и осмотра была заподозрена рубцовая алопеция. Для установления точного диагноза была проведена диагностическая биопсия. По результатам гистологического исследования было получено заключение: морфологическая картина более всего соответствует фолликулярной форме красного плоского лишая.

Заключение. Представленное заболевание является серьезной проблемой как для пациента, так и для врача, и требует к себе особого внимания, так как для врача-дерматовенеролога важно остановить дальнейшее прогрессирование процесса, чтобы качество жизни пациента не снижалось. Разработанные в настоящее время схемы лечения не обладают гарантией стабилизации процесса, а часть препаратов могут негативно влиять на общее состоянии пациента. Клинический случай представляет интерес для врачей-дерматовенерологов в связи с редкостью заболевания, необходимостью проведения дифференциального поиска и индивидуального подхода к терапии.

СЛУЧАЙ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА ДАРЬЕ–УАЙТА

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

Введение. Фолликулярный дискератоз Дарье–Уайта — редкий наследственный дерматоз, характеризующий нарушениями процессов кератинизации по типу доброкачественного дискератоза. Заболевание встречается с частотой 1–3 случая на 100 000 населения, распространено во всем мире; как правило, начинается в детском и юношеском возрасте. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. У большинства пациентов прослеживается четкий семейный анамнез.

Цель. Рассмотреть случай ошибочной диагностики фолликулярного дискератоза Дарье–Уайта.

Результаты. На прием обратилась женщина 30 лет с жалобами на высыпания на коже лица, сопровождающиеся незначительным периодическим зудом. Вышеуказанные жалобы впервые появились в сентябре 2024 г. Сразу обратилась к дерматологу по месту жительства. Получала лечение с диагнозом «розацеа» — без эффекта. Через 1,5 месяца обратилась к другому дерматологу, был установлен диагноз «позднее акне». Проводимая соответствующая топическая терапия также без улучшения. При осмотре патологический процесс носил распространенный симметричный характер и локализовался на коже лица (особенно по краю роста волос и в носогубных складках), межлопаточной зоны, груди, подмышечных складок, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания мономорфные, представлены множественными фолликулярными папулами серовато-коричневого цвета, плотной консистенции, диаметром 2–4 мм, не склонными к слиянию. На верхушке большинства папул видны мелкие чешуйки-корочки темно-серого цвета, плотно прикрепленные к их поверхности. Кожа ладоней и подошв не изменена. Выражен подногтевой гиперкератоз стоп. Наследственный анамнез: у отца пациентки были похожие высыпания на коже спины и груди, к дерматологам не обращался. Была проведена диагностическая биопсия. Гистологическая картина: акантоз, гиперкератоз, очаговый дискератоз с образованием круглых телец и зерен, местами роговые пробки и эпидермальные пузырьки, в верхних отделах дермы — скудный лимфогистиоцитарный инфильтрат, что соответствует изменениям, характерным для фолликулярного дискератоза Дарье–Уайта. При

дообследовании у больной выявлен синдром Жильбера, синдром мультифолликулярных яичников, нарушения менструального цикла.
Выводы. Фолликулярный дискератоз Дарье–Уайта — редкая кожная патология, которую необходимо дифференцировать с другими дерматозами, при которых первичными морфологическими элементами являются фолликулярные папулы. В постановке клинического диагноза важную роль играют анализ анамнеза жизни и жалоб, полный осмотр пациента, гистологическое подтверждение диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПРИЕМ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННОЙ АГЕНЕЗИЕЙ ПОЧКИ

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

Введение. Ретиноиды — одни из наиболее эффективных препаратов для лечения средне-тяжелой и тяжелой угревой сыпи, однако побочные реакции, связанные с их использованием, вызывают обеспокоенность по поводу потенциального влияния на различные органы и системы, в том числе и почки. Несмотря на то, что неблагоприятные реакции системного изотретиноина на почки и мочевыделительную систему маловероятны и крайне редки, литературные данные носят противоречивый характер: в нескольких исследованиях описаны случаи развития острого интерстициального нефрита, нефротического синдрома и гематурии с дизурией, в то время как другая часть работ посвящена нефропротекторной функции изотретиноина за счет его антипролиферативного и противовоспалительного действия.
Цель. Описание клинического случая.
Результаты. В июне 2024 года в филиал «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ обратился пациент Р., 18 лет, с жалобами на множественные высыпания на коже. Считает себя больным с подросткового возраста, когда впервые стал отмечать появление единичных высыпаний на коже лица. К врачу-дерматологу ранее не обращался, самостоятельно использовал различные уходовые средства, содержащие цинк и салициловую кислоту. Однако со временем кожный процесс прогрессировал, распространялся на кожу груди и спины. В связи с тяжестью и распространенностью кожного процесса было принято решение инициировать терапию системными ретиноидами. Так как в ходе сбора анамнеза было выяснено, что у пациента имеется врожденный порок развития: агенезия почки, он был направлен на консультацию к врачу-урологу для получения заключения об отсутствии противопоказаний для приема препарата. Другие сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность: не отягощена. Антропометрические данные: рост 179 см, вес 60 кг. При дообследовании: показатели общего анализа мочи и биохимического анализа крови в пределах референсных значений. При повторном приеме был назначен изотретиноин из расчета 0,3 мг на кг массы тела (20 мг) перорально, кумулятивная доза рассчитана 120 мг/кг (7200 мг). Через 1 месяц непрерывно приема препарата в связи с хорошей переносимостью и отсутствием значимых изменений в биохимическом анализе крови (триглицериды 1,96 мМоль/л), суточная дозировка была повышена до 0,5 мг/кг (30 мг). В ходе последующих визитов пациент отмечает выраженный регресс высыпаний и отсутствие новых элементов. В настоящее время набрана кумулятивная доза 5610 мг, в биохимическом анализе крови: триглицериды 1,85 мМоль/л, остальные показатели в пределах референсных значений. Прием капсул изотретиноина продолжен в дозе 30 (20+10) мг до набора целевой кумулятивной дозы. Пациент предъявляет жалобы на незначительную сухость губ, для купирования которой использует метилурациловую мазь, с положительным эффектом. Жалоб на мочевыделительную систему нет. Локальный статус: патологический процесс на коже носит хронический ограниченный мономорфный характер, локализован на коже лица. Представлен единичными застойными пятнами поствоспалительной гиперпигментации и атрофическими рубцами. Слизистые оболочки, ногтевые пластины кистей и стоп, кожа волосистой части головы интактны.
Выводы. Несмотря на широкий спектр терапевтических эффектов изотретиноина, сообщается о различных побочных реакциях этого препарата: тератогенности, влиянии на липидный обмен, офтальмологических и неврологических осложнениях. При этом в литературе крайне мало внимания уделяется влиянию изотретиноина на почечную систему, что требует дальнейшего изучения. Данный клинический случай демонстрирует безопасность приема ретиноидов пациентами с врожденной агенезией почки.

СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА ПОД МАСКОЙ ВИТИЛИГО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Тимирязевский»
Москва
Городечная С. С., Бохонович Д. В.

Введение. Сифилитическая лейкодерма или пигментный сифилид — редкое проявление вторичного сифилиса, характеризующееся наличием депигментированных пятен на нормально пигментированном и/или гиперпигментированном фоне. Выделяют три клинических формы сифилитической лейкодермы: пятнистая, сетчатая и мраморная. Высыпания в большинстве случаев располагаются на коже задней и боковых поверхностей шеи (ожерелье Венеры), однако встречаются распространенные формы, которые могут поражать кожу туловища и конечностей. Пигментный сифилид несколько чаще встречается у женщин, существует длительно, слабо реагирует на специфическую терапию и является косвенным признаком поражения ЦНС. По данным Ворониной Л. Г. с соавт., среди клинических форм вторичного сифилиса лейкодерма встречается в 6,5 % случаев. Дифференциальную диагностику пигментного сифилида следует проводить с витилиго, вторичными лейкодермами при пиодермиях, псориазе, отрубевидном лишае.
Цель. Актуализировать обследование на сифилис у всех пациентов с клиническими проявлениями нарушения пигментации кожи.
Материалы и методы. При описании клинического случая использовались данные анамнеза, клинической картины, лабораторные методы исследования.
Результаты. Пациентка Е., 42 лет, обратилась в филиал «Тимирязевский» с целью обследования в связи с положительными серологическими реакциями на сифилис, обнаруженными в женской консультации при подготовке к хирургическому вмешательству по поводу образования яичника. Жалобы на депигментированные пятна на коже шеи, туловища и конечностей.
Из анамнеза: не замужем, постоянный половой партнер на протяжении 15 лет — при обследовании здоров. На протяжении 2–3 лет

наблюдалась у дерматолога с диагнозом «Витилиго» в коммерческой клинике. На сифилис не обследована. За последний год у пациентки было два коротких курса антибиотикотерапии по поводу стоматологического вмешательства и ОРВИ (название препарата не помнит). Локальный статус: патологический процесс носит распространенный невоспалительный характер. Локализуется в области латеральных и задней поверхности шеи с переходом на межлопаточную область, сгибательной поверхности верхних конечностей. В области шеи высыпания представлены белыми пятнами неправильной формы с четкими, местами нечеткими границами, среди которых определяются небольшие (до 1 см) пятна гиперпигментации округлой и неправильной формы. В области задней поверхности туловища и внутренней поверхности плеч изменения представлены множественными пятнами белого цвета неправильной формы с четкими контурами, местами сливного характера.

При лабораторном обследовании: РМП 2+, РПГА 4+ 1: 1280, ИФА сумм. КП 16.3, IgM не обнаружены, IgG КП 8,6; РИФ 2+/4+, РИБТ — 62 %.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра и лабораторных методов обследования установлен диагноз: Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, сифилитическая лейкодерма (A51.3).

С учетом необходимости скорейшего хирургического лечения по поводу опухоли яичника пациентке проведено лечение по поводу сифилиса согласно Федеральным клиническим рекомендациям 2024 года. После выписки планируется дообследование с целью исключения нейросифилиса в Московском городском референс-центре по диагностике сифилиса.

Выводы. Сифилитическая лейкодерма относится к редко встречающимся клиническим формам вторичного сифилиса, что представляет интерес для практикующих врачей. Данный клинический случай демонстрирует позднюю диагностику заболевания, в связи с дефектом оказания помощи дерматологом коммерческого центра, где пациентке был поставлен неверный диагноз и не проведены необходимые для нее серологические исследования на сифилис.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С КАРЦИНОМОЙ IN SITU ЗАДНЕГО ПРОХОДА [АНУСА] И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

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

Введение. Злокачественные опухоли анального канала — сравнительно редкое заболевание. Частота их составляет, по данным различных авторов, 1–6 % всех злокачественных опухолей прямой кишки. Точная статистика заболеваемости и смертности от рака анального канала в России не ведется. Средний возраст пациентов — 60 лет. Среди пациентов преобладают женщины, соотношение с мужчинами составляет 7:1. Считается, что развитие рака анального канала связано с носительством вирусов папилломы человека онкогенных типов (16, 18 и др.). Механизм заражения и распространения носительства вируса в популяции происходит преимущественно через анальный половой контакт.

Представлен клинический случай пациентки 65 лет. Пациентка Г., считает себя больной с марта 2024 г., когда отметила появление образования на коже промежности и перианальной области. Субъективно беспокоил зуд, отмечала медленный рост. В анамнезе рецидивирующие остроконечные кондиломы, ВПЧ 16 типа. Последняя деструкция кондилом проведена в 2012 году, в частном медицинском центре, дальнейшее наблюдение не проводилось. В июле 2024 г. в связи с появившимся периодическим зудом в области образования, обратилась к гинекологу по месту жительства, рекомендована консультация дерматовенеролога. В августе 2024 г. обратилась к дерматологу в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Кутузовский». При осмотре на коже промежности и перианальной области множественные неравномерно пигментированные плоские бляшки неправильной округлой формы, с четкими границами до 8,0 см в диаметре, неоднородного розово-бело-коричневого цвета, в пределах которых отмечаются многочисленные папулы розового цвета, мягко-эластической консистенции, на широком основании, до 2,0 см в диаметре, имеющие вид «петушиного гребня». Дерматоскопически гломерулярные сосуды, роговые наложения, белые точки, неравномерная коричневая пигментация, множественные коричнево-серые точки и глобулы, бесструктурные беловатые участки. Пациентка направлена на консультацию в ООСМП МНПЦДК ДЗМ, выставлен диагноз: «Плоскоклеточная карцинома?», выдано направление к онкологу для дообследования и определения дальнейшей тактики ведения. В ГБУЗ «ММНКЦ им. С. П. Боткина» ДЗМ произведена диагностическая биопсия, по результатам которой установлено: «Заключение: Морфологическая картина HSIL/c-r in situ кожи» Выставлен диагноз: D01.3 Карцинома in situ заднего прохода [ануса] и анального канала. Произведено хирургическое лечение — иссечение новообразований перианальной области и анального канала. Выписана под наблюдение врача-онколога по месту жительства.

Заключение. Многие пациенты, из-за смущения, бессимптомного или малосимптомного течения заболевания поздно обращаются к врачам. Образование может существовать годами и даже десятилетиями, вероятно, за счет баланса опухолевого роста и противоопухолевого иммунитета. Прогноз заболевания существенно зависит от стадии процесса на момент первоначальной диагностики. Ранняя диагностика и лечение крайне важны для предотвращения прогрессирования карциномы, которая может трансформироваться в инвазивную карциному имеющую склонность к метастазированию, и необходимости проведения обширной калечащей операции. Профилактика включает в себя предотвращение факторов риска и вакцинацию против ВПЧ. Поскольку многие, если не большинство, случаев рака анального канала вызваны ВПЧ-инфекцией, а вакцина против ВПЧ до заражения ВПЧ предотвращает заражение некоторыми штаммами вируса и, как было доказано, снижает частоту потенциально предраковых поражений. Эффективность вакцины против ВПЧ типов 16 и 18 у неинфицированных женщин в возрасте ≤26 лет составляет от 91 до 100 %.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ САРКОМЫ КАПОШИ

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

Введение. Саркома Капоши (ангиосаркома Капоши, множественная идиопатическая геморрагическая саркома; далее СК) — это системное опухолевое полиочаговое заболевание сосудистого русла

с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. Существует четыре широко признанных типа СК, которые гистологически не отличаются, но имеют особенности в эпидемиологии и прогнозе. К ним относятся классические, эндемические, иммуносупрессивные и эпидемические типы. В соответствии с определением ВОЗ, саркома Капоши представляет собой локально-агрессивную пролиферацию эндотелия, которая обычно проявляется кожными изменениями в виде множественных пятен, бляшек или узелков, но также может поражать участки слизистых оболочек, лимфатические узлы и внутренние органы. СК всегда ассоциирована с инфекцией вируса простого герпеса 8 типа (далее HHV-8) и представляет собой пример индуцированной вирусом пролиферации сосудов. Вероятнее всего, образование веретенообразных клеток происходит из эндотелия лимфатических сосудов. Вирус простого герпеса 8 типа может быть причиной нескольких заболеваний: саркома Капоши, болезнь Каслмана, первичная лимфома, цитокиновый синдром. HHV-8 обладает наибольшей тропностью к сосудистым эндотелиальным клеткам, а также к различным видам гемопоэтических клеток и моноцитам. Выявление HHV-8 является диагностически значимым критерием для постановки диагноза СК. В патогенезе заболевания ведущая роль отводится иммуносупрессии, в связи с чем наличие HHV-8 является важным, но не ключевым фактором в развитии заболевания.

Клинический случай. Мужчина, 77лет, обратился в филиал «Южный» ГБУЗ МНПЦДК с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей и левой кисти без субъективных ощущений. Впервые появление высыпаний отметил около 4 месяцев назад, на коже правой голени, без видимых причин. Постепенно процесс распространился на кожу левой голени, а затем через месяц на кожу левой кисти, с незначительными болевыми ощущениями. При осмотре патологический процесс локализовался на коже обеих голеней, коленей и левой кисти. Был представлен множественными папулами полушаровидной формы от 2 до 10 мм в диаметре, буро-красного цвета, плотноэластической консистенции, а также бляшками с гладкой поверхностью. Бляшки имели оттенки от буро-красного до темно-коричневого и достигали в размере 2–3 см. На коже левой кисти процесс представлен отечными папулами до 8 мм, фиолетового цвета, сливающиеся в эритематозные очаги. Высыпания на коже левой кисти сопровождались незначительными болезненными ощущениями. Предварительно выставлен диагноз: Красный плоский лишай, гипертрофическая форма? Саркома Капоши? При обследовании серологические тесты на сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию были отрицательными. Проведена диагностическая биопсия. На основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, обследования и гистологического заключения пациенту выставлен заключительный диагноз: Саркома Капоши. Ввиду того, что это заболевание относится к разделу сосудистых опухолей, пациент был направлен в онкологическое учреждение, где в условиях стационара назначен первый курс химиотерапевтического лечения.

Заключение. Несмотря на типичную картину высыпаний с характерной локализацией, есть сложности в постановке диагноза СК, который может имитировать различные хронические дерматозы. Поэтому важно проводить патоморфологическое исследование для ранней диагностики и своевременного получения адекватной терапии по профилю «онкология».

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СОЧЕТАНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТКИ 59 ЛЕТ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии»; Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Москва

Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р., Бойко Т. Ю.

Введение. Сочетание атопического дерматита и псориаза у одного пациента встречается редко, что создает диагностические и терапевтические сложности. Ранее атопический дерматит и псориаз рассматривались как взаимоисключающие заболевания из-за различий в иммунопатогенезе. Современные исследования показывают, что несмотря на различия в иммунных механизмах, оба заболевания могут сосуществовать у одного пациента из-за сложного взаимодействия генетических факторов, дисрегуляции иммунного ответа и изменений кожного барьера. Клинические проявления данных нозологий могут маскировать друг друга, что затрудняет диагностику и повышает риск диагностических ошибок. Сочетание атопического дерматита и псориаза требует тщательного сбора анамнеза, алгоритмов диагностики и разработки индивидуализированных схем лечения.

Цель. Описание клинического случая.

Результаты. В филиал «Бабушкинский» в 2020 году обратилась пациентка 54 лет с жалобами на высыпания на коже. Высыпания на коже сопровождались выраженным зудом. Из анамнеза известно, что пациентка в раннем детском возрасте наблюдалась у врача-педиатра по месту жительства с диагнозом: «Атопический дерматит». Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена, пищевую и лекарственную аллергию отрицала. Соматически здорова. Длительное время за медицинской помощью не обращалась в связи с ремиссией кожного процесса. В 2015 году отметила появление высыпаний на волосистой части головы в виде очагов шелушения. Появление высыпаний на коже пациентка ни с чем не связывала. Кожный процесс регрессировал самостоятельно через 2 месяца. В 2020 году вновь появились высыпания на коже волосистой части головы, в связи с чем пациентка обратилась к врачу-дерматовенерологу в филиал «Бабушкинский». Был установлен диагноз: «Псориаз обыкновенный», назначено лечение топическими глюкокортикостероидами с положительным эффектом. В феврале 2022 года появились высыпания на коже туловища, сопровождающиеся зудом. Пациентка связывала появление высыпаний с перенесенной коронавирусной инфекцией. Был установлен предварительный диагноз: «Атопический дерматит?», после проведения диагностической биопсии диагноз был подтвержден патоморфологически. По результатам лабораторного обследования уровень общего IgE был повышен до 163 МЕ/мл. Пациентка получала курс стационарного лечения в филиале «Клиника им. В. Г. Короленко». Была выписана с улучшением. В августе 2023 года обратилась с жалобами на появление высыпаний на коже волосистой части головы, кистей и стоп в виде эритематозно-сквамозных инфильтрированных бляшек с инфильтрацией и шелушением на поверхности. Псориатическая триада была положительна. Также пациентка обратила внимание на наличие болей в области правого голеностопного сустава, в связи с чем была проконсультирована врачом-ревматологом. Был установлен диагноз «Артропатический псориаз». Получала лечение в дневном стационаре дерматологического профиля, где

была инициирована терапия препаратом «Метотрексат» в среднетерапевтической дозе (15 мг еженедельно) с положительным эффектом. В настоящее время пациентка состоит на диспансерном наблюдении в филиале с диагнозом: «Атопический дерматит. Псориаз артропатический». Получает базисную терапию препаратом «Метотрексат» с положительным клиническим эффектом под регулярным контролем лабораторных показателей крови. Сохраняется повышенный уровень общего IgE (160 МЕ/мл). Пациентка регулярно посещает лечащего врача, использует эмоленты на постоянной основе, рекомендации соблюдает.

Выводы. Описание данного клинического случая обращает внимание на возможность сочетания диагнозов «Атопический дерматит» и «Псориаз», подчеркивая необходимость системного подхода на всех этапах: от верификации диагноза до долгосрочного контроля терапии. Сочетание атопического дерматита и псориаза требует комплексной диагностики и персонализированного подхода к терапии для улучшения качества жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Останкинский»
Москва
Беленкова А. А., Абесадзе Г. А.

Введение. Плоский волосяной лишай — первичная лимфоцитарная рубцовая алопеция, Заболевание также считается фолликулярным вариантом красного плоского лишая. Существует теория, что это заболевание является аутоиммунным, специфичным для волос, при котором активированные Т-лимфоциты воздействуют на фолликулярные антигены.

В настоящее время выделяют несколько подтипов данного заболевания: классический плоский волосяной лишай, фронтальная фиброзная алопеция, синдром Грэхэма–Литтла–Пиккарди–Лассюэрра. Некоторые авторы выделяют еще один подтип — фиброзная алопеция с типичным распределением. Плоский волосяной лишай чаще поражает женщин в возрасте от 40 до 60 лет. Пациенты могут жаловаться на выпадение волос, зуд, жжение и боль в области поражения. У 50 % больных могут отмечаться симптомы, характерные для красного плоского лишая, с поражением других участков кожи, слизистых оболочек и ногтей. Поражения кожи головы могут быть единичными или множественными, очаговыми или диффузными, без характерной локализации. По краям оголенных участков волосяные фолликулы окружает перифолликулярная эритема и перифолликулярные чешуйки. При pull-тесте можно увидеть анагеновые волосы, что отражает активное состояние патологического процесса. Также важны трихоскопические признаки: перифолликулярное шелушение, области цвета клубничного мороженого, волосяные муфты. Диагноз устанавливается на основании жалоб, клинической картины, результатов трихоскопии и заключений гистологического исследования. Исследуется 2 биоптата по 4 мм в диаметре — из краевой области с перифолликулярной эритемой и перифолликулярными чешуйками.

Клинический случай. Пациентка К., 37 лет, обратилась в филиал «Останкинский» ГБУЗ «Московского Центра дерматовенерологии и косметологии» с жалобами на потерю волос, зуд, чувство стягивания в области высыпаний. Из анамнеза: появление высыпаний заметила около 3 лет назад, ни с чем не связывала. Лечение не проводила. Отмечала постепенное прогрессирование процесса, распространение очагов алопеции. При осмотре патологический процесс носит ограниченный характер, локализуется на волосистой части головы, представлен участками облысения до 0,5 см в диаметре, сливающимися в более обширные очаги. Отмечается блеск кожи, без изменения цвета. Pull-тест по краям очагов положительный. При проведении трихоскопии в пределах очагов наблюдается перифолликулярное шелушение, молочно-красные зоны, белые точки, муфты по длине волос. После сбора анамнеза и осмотра заподозрена рубцовая алопеция. Для дифференциальной диагностики проведена диагностическая биопсия. Результаты гистологического исследования: морфологическая картина более всего соответствует фолликулярной форме красного плоского лишая.

Заключение. Представленное заболевание является серьезной проблемой как для пациента, так и для врача, и требует к себе особого внимания, так как для врача-дерматовенеролога важно остановить дальнейшее прогрессирование процесса, чтобы качество жизни пациента не снижалось. Разработанные в настоящее время схемы лечения не обладают гарантией стабилизации процесса, а часть препаратов могут негативно влиять на общее состоянии пациента. Клинический случай представляет интерес для врачей-дерматовенерологов в связи с редкостью заболевания, необходимостью проведения дифференциального поиска и индивидуального подхода к терапии.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА У ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

Введение. Ранняя диагностика и своевременное лечение сифилиса обеспечивают клинико-микробиологическое излечение, что особенно важно у женщин репродуктивного возраста. В то же время многообразие клинических проявлений вторичного сифилиса и отсутствие настороженности врачей нередко приводит к ошибке или поздней диагностике системной инфекции.

Цель. Рассмотреть случай поздней диагностики вторичного рецидивного сифилиса.

Результаты. На консультацию направлена женщина 1996 года рождения с подозрением на мастоцитоз в связи с высыпаниями на груди и под молочными железами без субъективных ощущений, существующими несколько месяцев. Ранее обращалась к дерматологу в частный медицинский центр, получала лечение с диагнозом «отрубевидный лишай» — без эффекта. Параллельно с этим в связи с выпадением волос у трихолога в другом медицинском центре получала курсы мезотерапии витаминными коктейлями — с незначительным результатом. В процессе лечения у трихолога стала отмечать слабость, недомогание, субфебрильную температуру, в связи с чем была направлена к инфекционисту. После комплексного обследования, в том числе серологического (реакция Вассермана — как потом оказалось — микрометод), инфекционную патологию исключили и направили к ревматологу, который заподозрил ангиит и назначил метипред 20 мг/сутки. Состояние больной не улучшалось,

в связи с чем была представлена на консультацию республиканскому ревматологу, который усомнился в диагнозе и направил на консультацию к профессору-дерматологу. Из анамнеза было выяснено, что пациентка проводила самолечение «язвочки» на половой губе 4 месяца назад, 2 месяца назад лечилась у гинеколога в связи с «воспалением» (с антибиотиками). Эпиданамнез: случайные кратковременные половые связи в течение последнего года. При осмотре на коже груди под молочными железами определялись овальной и округлой формы светло-коричневые пятна без шелушения на поверхности. Симптом Унны–Дарье отрицательный. На коже правой ладони — одна нумулярная папула кирпично-красного цвета с западающим центром и венчиком рогового слоя по периферии. Аналогичные многочисленные папулы на обеих подошвах. При серологическом обследовании клинико-серологические реакции резко положительные: реакция иммунофлюоресценции (РИФ) 200 и РИФ абс 4+, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА) — положительные. Был установлен диагноз: Сифилис вторичный рецидивный. Проведено лечение, высыпания регрессировали.

Выводы. Приведенное наблюдение свидетельствует о необходимости настороженности в отношении сифилиса всех практикующих специалистов, обязательного осмотра всей кожи, серологического обследования, объем которого определяется индивидуально.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИОЧАГОВОГО ВВЕДЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2B

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»; Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи Москва

Ким Д. Г., Вишневская А. А., Халдин А. А., Гомберг М. А.

Актуальность. Аногенитальные бородавки — одно из самых распространенных заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП) в мире. На сегодняшний день известно более 200 генотипов вируса папилломы человека (ВПЧ), из них приблизительно 45 способны поражать урогенитальный тракт человека. Доказана связь ВПЧ с широким спектром онкологических заболеваний: раком шейки матки, вульвы, влагалища, полового члена, перианальной области, а также слизистой оболочки ротоглотки и гортани. В большинстве случаев онкологические заболевания вызываются ВПЧ высокого онкогенного риска, при этом, по наблюдениям специалистов, ВПЧ низкого онкогенного риска, кроме индукции доброкачественных новообразований — аногенитальных бородавок, хоть и реже, но также способны приводить к развитию злокачественных неоплазий. В настоящее время, в лечении аногенитальных бородавок применяются различные методы, среди которых в клинической практике преобладают методы деструкции: электрокоагуляция, лазерная вапоризация, радиочастотная термоаблация, криодеструкция. Вместе с тем деструкция вирусиндуцированных новообразований не приводит к элиминации ВПЧ, в связи с этим, в практической работе, специалисты отмечают высокую частоту рецидивирования клинических проявлений аногенитальных бородавок, достигающую, по оценкам экспертов 30 %. Наличие рецидивов заболевания влечет за собой существенное снижение качества жизни пациентов, а также увеличение финансовых затрат на лечение. Также следует отметить, что наличие манифестных форм папилломавирусной инфекции увеличивает эпидемиологический риск передачи вируса и способствует распространению заболевания. Кроме того, деструктивные методы терапии аногенитальных бородавок субъективно болезненны, сопровождаются относительно длительным периодом реабилитации, а также риском образования рубцовых деформаций. В настоящее время в арсенале врачей отсутствует специфический противовирусный препарат, способный полностью элиминировать ВПЧ из организма человека, однако в некоторых исследованиях была показана эффективность применения рекомбинантного интерферона (ИНФ) альфа 2b в комплексном лечении ВПЧ-ассоциированных поражений. Учитывая вышеизложенное, вопрос выбора рациональной тактики ведения пациентов с аногенитальными бородавками, особенно с рецидивирующими, устойчивыми к проводимой терапии формами, в настоящее время является актуальным.

Цель. Демонстрация клинического опыта внутриочаговой терапии рекомбинантным ИНФ альфа 2b у пациента с рецидивирующими аногенитальными бородавками, устойчивыми к лечению традиционными деструктивными методами.

Материалы и методы. Объектом исследования явился пациент А., 34 года, с диагнозом аногенитальные бородавки. Проведено лабораторное исследование: анализ крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные гепатиты В, С, сифилис, ПЦР-диагностика на Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis, генотипирование ВПЧ, мазок из уретры на микрофлору, оценка уровня эндогенных ИНФ, с определением чувствительности к ИНФ и индукторам ИНФ.

Результаты. Пациент А., 34 года, обратился с жалобами на наличие новообразований на коже наружных половых органов. Из анамнеза стало известно, что первые высыпания отметил в 2023 году, получал лечение у дерматовенеролога с диагнозом аногенитальные бородавки с применением деструктивных методов терапии (лазерная вапоризация, радиочастотная термоаблация) с развитием рецидивов заболевания в короткие сроки. В общей сложности перенес более 15 деструктивных воздействий. В мае 2024 г. пациент был направлен в «Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи» МНПЦДК ДЗМ. Результаты проведенного обследования: исследование крови на антитела к бледной трепонеме, ВИЧ, вирусные гепатиты В, С, ПЦР-диагностика на Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis, мазок из уретры на микрофлору не выявили патологических изменений. При проведении генотипирования выявлен ВПЧ 11 генотипа. Исследование ИНФ-статуса выявило высокую чувствительность к рекомбинантному ИНФ альфа 2b. Пациенту назначена терапия рекомбинантным ИНФ альфа 2b путем внутриочагового введения препарата 3 раза в неделю, в повышающейся дозировке от 1 до 5 млн ЕД, под контролем общего состояния и температурной реакции пациента на проводимую терапию. Суммарная кратность внутриочагового введения рекомбинантного ИНФ альфа 2 бета составила 12 процедур. На фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика инфекционного процесса после третьей процедуры внутриочагового введения ИНФ альфа 2b. К моменту окончания курса терапии элементы аногенитальных бородавок полностью разрешились, появление новых высыпаний в течение 3-месячного периода наблюдения после завершения терапии не отмечалось.

Выводы. Проведенная внутриочаговая ИНФ-терапия рецидивирующих аногенитальных бородавок рекомбинантным ИНФ альфа 2b, устойчивых к проводимой терапии деструктивными методами,

показала высокую эффективность, сопровождалась менее выраженными побочными эффектами и лучшей комплаентностью, в сравнении с деструктивными методами терапии и может быть рекомендована в клинической практике в лечении пациентов с рецидивирующими аногенитальными бородавками.

ПОЗДНИЙ НЕЙРОСИФИЛИС КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Южный»
Москва
Волкова С. Б., Кодзаева Н. З., Немировская И. Ю.

Актуальность. Среди социально значимых заболеваний, передаваемых преимущественно половым путем, одну из важнейших позиций занимает сифилис. Это обусловлено особенностями клинического течения патологического процесса при сифилисе с возможным поражением органов и систем. По официальным статистическим данным за последние десятилетия отмечено увеличение удельного веса нейросифилиса на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом, как в Российской Федерации, так и в городе Москве. Нейросифилис — это тяжелое заболевание, приводящее к поражению центральной и вегетативной нервной системы, результатом которого является значительное снижение качества жизни, инвалидизация пациентов, а иногда и летальный исход, особенно в случаях несвоевременного выявления заболевания. Бледная трепонема обладает высокой нейротропностью и может практически на любой стадии инфекции вызвать специфическое поражение центральной нервной системы.

Клинический случай. Впервые в филиал «Южный» пациент Х. 1963 г. р. обратился к врачу-дерматовенерологу 10 июня 2024 г. по направлению врача-дерматовенеролога, консультанта клинической больницы по поводу резко-положительных анализов крови на сифилис. Из анамнеза выяснено: первичное выявление положительных серологических реакций на сифилис было 18.06.2017 при стационарном лечении в ГКБ № 71, где пациент получал лечение по поводу анемии, развившейся вследствие частых носовых кровотечений, и уремии. По результатам пункционной биопсии почки диагностирован фибропластический гломерулонефрит. По клиническим проявлениям и результатам лабораторного обследования установлен системный ANCA-ассоциированный васкулит с двусторонним поражением легких и ЛОР-органов. Была начата патогенетическая терапия системными глюкокортикостероидами (ГКС) с подключением генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) и пожизненным программным гемодиализом. Врач-дерматовенеролог рекомендовал амбулаторное дообследование на сифилис, что пациент в то время не сделал. При последующих госпитализациях положительные серологические тесты расценивались как следовая реакция перенесенной сифилитической инфекции, либо как биологически ложноположительные результаты (БЛПР). В апреле 2024 года в связи с пропущенными сеансами гемодиализа был госпитализирован в ГКБ им. С. С. Юдина, где по поводу положительных серологических реакций был консультирован врачом-дерматовенерологом и направлен на дообследование по месту жительства в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиал «Южный». Представил информацию о сопутствующих заболеваниях: Гранулематозный полиангиит, системный ANCA-ассоциированный васкулит с поражением ЛОР-органов (пансинусит), легких (двусторонний интерстициальный процесс), почек (диффузный некротизирующий и склерозирующий гломерулонефрит). Лечение программным гемодиализом с июля 2017 года, ИБС, постинфарктный кардиосклероз неизвестных сроков давности. При осмотре выявлены тотальная перфорация перегородки носа, края перфорации эрозированы, визуализируются частичные остатки перегородки носа у нижней стенки. Анизокария, положительный синдром Аргайла–Робертсона. Кожные покровы свободны от специфических высыпаний. При серологическом обследовании от 11.06.2024: реакция микропреципитации (РМП) 4+; реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) 4+; иммуноферментный анализ (ИФА): суммарные антитела обнаружены КП=12,7; IgM обнаружены КП=4,1; IgG обнаружены КП=6,6; реакция иммунофлюоресценции (РИФ) 4+/4+; реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) 85 %. На основании анамнеза, осмотра и результатов лабораторного исследования, с учетом сопутствующей патологии, для исключения висцерального сифилиса и выбора тактики ведения, пациента направили на консультацию в Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса (МГРЦДС), где был проведен осмотр смежными специалистами. Для уточнения диагноза и определения необходимого объема специфического лечения было рекомендовано проведение диагностической спинномозговой пункции в условиях многопрофильного стационара, имеющего возможность проведения гемодиализа. По результатам дообследования установлен диагноз: Нейросифилис с симптомами (код по МКБХ — А52.1) и проведено специфическое лечение согласно клиническим рекомендациям.

Выводы. Низкая настороженность смежных специалистов в отношении возможного сопутствующего сифилитического поражения органов и систем, неверная интерпретация серологических тестов могут привести к несвоевременной постановке диагноза, что в свою очередь приводит к развитию поздних форм сифилиса нервной системы или/и внутренних органов. Поздние формы сифилиса являются междисциплинарной проблемой, труднодиагностируемым состоянием, которое устанавливается врачами-дерматовенерологами совместно с врачами-неврологами, врачами-кардиологами, врачами-психиатрами в случаях положительных результатов серологического обследования на сифилис, люмбальной пункции и совокупности клинических проявлений.

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКНЕ С ПРОДУКТАМИ С ВЫСОКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ МОЛОКА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения России
Москва
Жоголева П. С., Ключникова Д. Е.

Введение. Акне хроническое заболевание волосяных фолликулов, обусловленное воздействием множества этиологических факторов. Патогенетические звенья заболевания это: повышенная пролиферация кератиноцитов, нарушение в секреции кожного сала, воспалительные процессы в области сальных желез и активация Cutibacterium acnes. Степень влияния диеты на активность сальных желез является спорным вопросом в дерматологическом сообществе. Современные публикации достаточно противоречивы. Тем не менее существуют исследования, достоверно подтверждающие связь между пищевыми привычками и наличием/тяжестью проявлений акне.

Цель. Целью работы стало изучение эффективности терапии акне в сочетании с диетой, определение режима питания и предпочтений в еде у пациентов с акне, а также установление взаимосвязи ответа на комплексное лечение пациентов в зависимости от клинической формы заболевания.

Материалы и методы. На базе кафедры кожных и венерических болезней проводилось кросс-секционное исследование с участием 189 (n=189) пациентов с диагнозом акне. 56 мужчин и 133 женщины. Медиана возраста составляла 22 года. Респонденты проходили анкетирование закрытым опросником относительно стиля питания. Из них были отобраны 51 пациент с диагнозом акне. Они получили лечение в виде наружного геля бензоила пероксид 2,5 % с адапаленом 0,1 % и рекомендации по уходу, при этом 27 пациентов соблюдали диету с отказом от продуктов содержащих простые углеводы и ограничением молочных продуктов в течение 8 недель (группа «Д» диетологи), а 24 пациента оставались на привычном рационе питания и получали наружную терапию гелем бензоила пероксид 2,5 % с адапаленом 0,1 % (группа «С» сладкоежки). Для оценки степени тяжести заболевания использовали дерматологический индекс акне (ДИА) с регистрацией состояния кожи на нулевой, 4-й и 8-й неделях лечения.

Результаты. Анкетирование 189 пациентов выявило, что более 68 % респондентов использовали местные лекарственные препараты для лечения акне; системную терапию использовали менее 14 % опрошенных. 61 % респондентов отметили, что лечение было эффективно, однако спустя некоторое время, заболевания рецидивировало вновь. Менее половины опрошенных (42 %) считают, что обострение акне не связано с погрешностью в питании. Из тех, кто считает, что питание влияет на тяжесть акне, наиболее значимыми продуктами были названы: сладкое, мучное, фастфуд, цельное молоко, острое, жареное. Большая часть респондентов употребляет молоко и продукты с высоким гликемическим индексом часто и очень часто (72 и 79 % соответственно). 81 % опрошенных женщин отметили связь акне с менструальным циклом. А 23 % мужчин заявили, что употребляли спортивное питание, креатин и анаболические стероиды для набора мышечной массы. Более 68 % респондентов сообщили, что знакомы с принципами сбалансированного питания, однако по ряду причин не выполняют правила правильного питания. Пациенты, вошедшие в группы терапии, страдали комедональной и папулопустулезной формами акне средний и легкой степени тяжести, индекс ДИА составил от 2 до 10. Через 8 недель лечения пациенты, практикующие диету в дополнение к наружной терапии, группа «Д», показали значительное снижение индекса ДИА. Среднее значение до лечения 5,59 ± 1,92 (m=±0,371), среднее значение после лечения 2,19±1,69 (m= ±0,325). У пациентов, использующих только наружную терапию, группа «С», также наблюдалось улучшение состояния кожи. Среднее значение ДИА до лечения 5,08± 2,04 (m=±0,42), и после лечения 3,08± 1,82 (m=±0,37). Дисперсионный анализ с повторными измерениями, где сравнивались группы «Д» и «С» до лечения и на 3 визите, выявил достоверное изменение между показателями ДИА в обеих группах ($p<0,001$), однако снижение индекса в группе «Диетологов» определялись достоверно сильнее, нежели в группе «Сладкоежек» ($p<0,001$). С помощью Rm ANOVA мы пытались проанализировать зависимость между клинической формой и скоростью изменений показателей, однако различий в изменении индекса ДИА в процессе лечения между папуло-пустулезной и комедональной формами акне у пациентов обнаружено не было ($p=0,681$).

Обсуждение. В результате анкетирования было обнаружено, что большая часть пациентов, страдающих акне, употребляют в пищу продукты с высоким гликемическим индексом и связывают обострение кожного процесса с погрешностью в диете. Наиболее значимыми, по мнению пациентов, были продукты с высоким гликемическим индексом, а также цельное молоко. Несмотря на ограниченную выборку пациентов в исследовании, нам удалось показать эффективность диеты в лечении акне. Возможно, гипергликемическое питание и сывороточные белки молока затрагивают инсулинотропные и IFG-1 пути, участвующие в активации андрогеновых гормонов, что приводит к нарушению механизма пролиферации кератиноцитов и выработки кожного сала, к возникновению воспалительных процессов в фолликулах. Также мы отметили, что существенная доля респондентов не соблюдает правила здорового питания в виду экономических и бытовых сложностей либо из-за недостаточной информации о рекомендациях по питанию пациентов с акне. Нами был сделан вывод об эффективности терапии акне в сочетании с диетой. Мы определили, что большая часть опрошенных пациентов придерживается режима питания с употреблением сладких и молочных продуктов, а также отмечает зависимость обострения заболевания и погрешностей в питании. Нам не удалось установить связь между изменением индекса ДИА в процессе лечения и клиническими формами акне.

ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Смердова М. А., Стукалова М. С., Курди М., Исаева В. Л., Лаухтина С. А.

Введение. Оксидативный стресс — нарушение баланса между образованием свободных форм кислорода (реактивных форм кислорода) и антиоксидантной защитой организма. Рядом исследований было показано, что окислительный стресс играет роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний, включая склеротический и атрофический лихен (САЛ) аногенитальной области. В литературе описано влияние перекисного окисление липидов в кератиноцитах, окислительного повреждения ДНК и окисления белков в области высыпаний САЛ.
Целью исследования явилось изучение маркеров оксидативного стресса и определение их роли в патогенезе САЛ.
Материалы и методы. На базе филиала «Юго-Западный» МНПЦДК в период с 2023–2024 гг. выполнено исследование маркеров оксидативного стресса: PerOx(перекисей), тиолового статуса, супероксиддисмутазы 2 (SOD2)в сыворотке крови 62 пациенток с диагнозом САЛВ, а так же 28 женщин без данного заболевания входящих в группу контроля.
Результаты. У 62 пациенток основной группы с подтвержденным гистологически диагнозом, продолжительность заболевания САЛВ составила 3,45±1,74 лет. Уровень PerOx варьировал в пределах 83,9 ± 417,7 мкмоль, что соответствовало низкому уровню окислительного стресса, в группе исследования (n=28) напротив, были получены результаты 609,1 ± 437 мкмоль/л, что свидетельствовало о высоком уровне окислительного стресса. При исследовании тиолового статуса в основной группе исследования (738,5 ± 175 мкмоль/л) и группе контроля (816,9 ± 318,2 мкмоль/л), в обеих группах результаты соответствовали высокому уровню тиолов в плазме, что говорит о высоком уровне окислительного стресса.
Данные, полученные при исследовании супероксид дисмутазы-2 в группе женщин с САЛВ и группе контроля варьировали в пределах 9,5 ± 13,4 и 15,7 ± 21,3 соответственно, были сопоставимы и не отражали влияния оксидативного стресса. Однако в ходе исследования выявлена связь маркеров ОС с соматическими патологиями. Количество пациентов с отклонением показателей PerOx более чем на 50 % от референсных составило 62 человека (100 %) в группе исследования. Наиболее частыми соматическими патологиями были заболевания щитовидной железы у 30/62 женщин (48 %), заболевания ЖКТ — у 21/62 = 33 %, заболевания кожи (псориаз/экзема/ очаговая склеродермия) — у 11/62 =18 %, различные анемии — 9/62 (15 %). В группе контроля количество пациентов с отклонением показателей более чем на 50 % от референсных составило 28 человека (96 %): заболевания щитовидной железы — 6/28 = 21 %; заболевания ЖКТ — 10/28 = 35 %. При исследовании тиолового статуса отклонения ниже референсныхзначений наблюдались у 6 (9,6 %) челок из группы исследования и 4 (14 %) из группы контроля, так же наиболее частыми соматическими патологиями встречались заболевания щитовидной железы и ЖКТ. При исследовании PerOx в группе исследования у 17 (27,4 %) пациентов определялся высокий уровень окислительного стресса, в группе контроля также у 17 (60,7 %) женщин. У группы исследования заболевания щитовидной железы — 6/17 (35,29 %), желудочно-кишечные заболевания — 6/17 (35,29 %), у группы контроля 3/17 (17,65 %) и 6/17 (35,29 %) соответственно. Таким образом, на основании анализа полученных результатов исследования супероксиддисмутазы-2 (Sod2), PerOx (определение перекисей), тиолового статуса у здоровых женщин и пациенток со склеротическим и атрофическим лихеном вульвы корреляции не выявлено.
Выводы. Полученные данные свидетельствуют о связи окислительного стресса метаболических нарушений и аутоиммунных процессов, прежде всего ассоциированных с заболеваниями щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта. В то же время, маркеры оксидативного стресса при САЛВ требуют дальнейшего изучения.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФФУЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»
Москва
Жучкина А. В., Касихина Е. И.

Актуальность. Диффузный кожный мастоцитоз (ДКМ) — редкая и наиболее тяжелая клиническая форма мастоцитоза у детей. Частота ДКМ среди форм кожного мастоцитоза варьирует от 1 до 5 %. Обширное самопроизвольное образование пузырей является ведущим клиническим признаком заболевания в неонатальном и младенческом периодах. Растирание или расчесывание поражений кожи при ДКМ вызывает немедленное высвобождение медиаторов тучных клеток и приводит к флашинг-реакциям, крапивнице, вплоть до развития анафилактического шока и летального исхода. Опыт ведения этих пациентов в мире до сих пор ограничен единичными случаями.
Цель работы. Провести анализ динамики клинической картины и лабораторных показателей у детей с ДКМ.
Материалы и методы. В анализ включены данные 5 детей (4 мальчика и 1 девочка) находившиеся на наблюдении и лечении с в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии за период 2022–2024 гг. Концентрация базальной сывороточной триптазы в крови определялась методом иммунофлюоресценции на трехмерной пористой твердой фазе (технология ImmunoCAP, «Pharmacia Diagnostics AB», Швеция).
Результаты. У всех пациентов процесс дебютировал с рождения. Диагноз был подтвержден патоморфологическим и иммуногистохимическим исследованием. Наследственный анамнез у всех детей по мастоцитозу не был отягощен. Степень тяжести процесса и выраженность образования пузырей у мальчиков была выражена интенсивнее, чем у девочки. Кожный процесс при ДКМ сопровождался различной степенью выраженности медиаторных реакций. Флашинг-реакции отмечались у всех пациентов, преимущественно утром. Зуд в очагах отмечался в процессе образования пузырей. Родители у всех детей отмечали плохой сон, беспокойство, плаксивость и раздражительность. Медианное значение индекса тяжести мастоцитоза (SCORMA) при первом обращении детей на прием составило Me 42,5 [39,5; 45,4] баллов. Медианное значение триптазы в сыворотке крови составило 14,0 [13,9; 28,0] мкг/л. Наблюдение за пациентами показало, что риск буллезообразования сохранялся при ДКМ до возраста 5 лет в отличие от пациентов

с полиПППКМ, у которых эффект на фоне антимедиаторной терапии регистрировался в течение 3 месяцев и к 1–1,5 годам жизни ребенка пузыреобразование прекращалось. Это является важным дифференциальным критерием при диагностике буллезных форм кожного мастоцитоза, поскольку при патоморфологическом исследовании субэпидермальная локализация пузырей характерна для полиПППКМ и для ДКМ. Вторым критерием может служить формирование фиброза, который выражен только при массивном тучноклеточном инфильтрате, локализующихся во всех слоях дермы, а не только в папиллярной дерме (при полиПППКМ). В процессе антимедиаторной терапии у всех детей с ДКМ с уровни триптазы достоверно снизились ($p<0,01$) или оставались стабильными. Значения SCORMA за период наблюдения достоверно снизился за счет снижения выраженности медиаторных симптомов, медианное значение составило Me 32,4 [29,5; 38,5] баллов ($p<0,05$).

Заключение. Динамика кожного процесса и уровень триптазы в сыворотке крови показывают положительные изменения в течение трех лет наблюдения за пациентами с ДКМ. Снижение уровня триптазы указывает на эффективность антимедиаторной терапии и улучшение состояния кожи, что подтверждает возможность использования триптазы в качестве индикатора активности заболевания и эффективности лечения у детей с высокой плотностью инфильтратов в дерме.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РУБЦА В ОБЛАСТИ ЛИЦА

Клиника Gen 87
Москва
Давидюк А. В.

Введение. Несмотря на значительный прогресс и активное развитие технологий в области косметологии, вопрос коррекции рубцовых изменений кожи остаётся одним из самых трудных в решении эстетических проблем. До сих пор нет единой тактики ведения пациентов с рубцовыми имениями кожи и утверждённого списка препаратов, используемых для коррекции данной проблемы.

Цель. Демонстрация результатов коррекции посттравматического рубца с положительным исходом.

Материалы и методы. Пациентка М., 42 года, в апреле 2024 г. Получила в ДТП множественные травмы, включаю рваную травму верхней губы, после чего была доставлена в хирургическое отделение ближайшей городской больницы. В области верхней губы были наложены швы не рассасывающимся шовным материалом. Через 2 недели после стабилизации состояния и снятия швов пациентка обратилась за помощью для коррекции рубцового дефекта на коже верхней губы. Была проконсультирована пластическим хирургом, рекомендована косметологическая коррекция. При осмотре на первичном приёме у пациентки на коже в области верхней губы атрофический рубец 2 сантиметра в длину и 0.4 см в ширину, белого цвета, по периферии воспалительный венчик розового цвета. В условиях клиники проводилась CO2 шлифовка на аблятивном фракционном лазере с длиной волны 10600 нм однократно. 1 раз в 2 недели проводилась субцизия рубца с введение под дно рубца препарата на основе коллагена и гиалоурановой кислоты. Использовался двухфазный препарат, содержащий упругую и жидкую фазу. Упругая фаза является матрицей для пролиферации и дифференцировки клеточного пула, представляет собой микрочастиц из частично гидролизованного коллагена. Жидкая фаза служит питательным ресурсом для клеток, включает нативную структурированную гиалуроновую кислоту, пептиды коллагена, фрагментированные структурные белки, аминокислоты, гликопротеины, моносахариды, витамины, микроэлементы.

Обсуждение. Через 3 месяца регулярного инъецирования препарата и проведения субцизии рубца удалось добиться значительных результатов: уменьшилась ширина рубцовой ткани до 0.1 см, поднялось дно рубца, улучшилась цветность ткани в зоне рубца, дефект практически не заметен, дискомфорт и жалобы пациентки значительно уменьшились.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ, ИМИТИРУЮЩЕЙ ПИОДЕРМИЮ

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

Введение. Меланома кожи представляет собой злокачественную опухоль эктодермального происхождения, вызванную трансформацией меланоцитов в злокачественные клетки. Верификация беспигментной меланомы кожи остается актуальной проблемой в дерматологии, так как данная патология характеризуется агрессивным течением и редко встречается в повседневной врачебной практике, составляя лишь 2–8 % среди других злокачественных новообразований кожи. Проблема диагностики беспигментной меланомы усугубляется ее клиническими и патогистологическими особенностями, что зачастую затрудняет раннюю диагностику и эффективное лечение.

Цель. Данная работа направлена на описание клинического случая беспигментной меланомы, имитирующей пиодермию, у мужчины 62 лет.

Материалы и методы. Для анализа представленного клинического случая использованы данные анамнеза, результаты дерматоскопического, лабораторного, инструментального и гистологического исследований.

Результаты. В сентябре 2023 года мужчина 62 лет впервые обратил внимание на новообразование. Пациент обратился за медицинской помощью к врачу-хирургу по месту жительства, где был выставлен диагноз — «Мозоли и омозолелости» (МКБ-10 L84). Было проведено иссечение «мозоли». На протяжении шести месяцев пациент продолжил динамическое наблюдение у хирурга без улучшений. В марте 2024 года пациент обратился к врачу-дерматовенерологу филиала «Кутузовский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с жалобами на длительно незаживающую рану правой стопы в области 4-го межпальцевого промежутка. На момент осмотра у пациента выявлено подострое воспалительное образование с несимметричным ограниченным характером и локализацией в области 4-го межпальцевого промежутка правой стопы, представленное язвой с выраженным перифокальным воспалением и ровными краями диаметром до 1,0 см. На основании клинической картины была диагностирована пиодермия (МКБ-10 L08.0). Пациенту было проведено амбулаторное лечение в течение месяца. Однако, с учетом отсутствия динамики и незаживающей раны, 23 мая 2024 года пациент с подозрением на злокачественное новообразование после консультации в Центре неинвазивной диагностики кожи ООСМП ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» был направлен в Центр амбулаторной онкологической помощи ГБУЗ

«ММНКЦ им. С. П. Боткина ДЗМ». Была выполнена инцизионная биопсия. По результатам гистологического и иммуногистохимического исследований от 14 июня 2024 года установлен диагноз — «злокачественная меланома нижней конечности, включая область тазобедренного сустава» (МКБ-10 С43.7). На онкологическом консилиуме, состоявшемся 1 июля 2024 года, было принято решение о проведении хирургического лечения в виде иссечения новообразования мягких тканей с реконструктивно-пластическим компонентом, которое состоялось 19 июля 2024 года. Пациенту также была назначена лекарственная терапия перолизумабом сроком до 12 месяцев. Согласно послеоперационному протоколу онкологического консилиума, был выставлен основной диагноз — злокачественная меланома нижней конечности, включая область тазобедренного сустава, с развернутым клиническим диагнозом: меланома кожи правой стопы pT4bN1aM0 IC. Глубина инвазии, согласно классификации Кларка, составила IV, толщина опухоли по Бреслоу — 5 мм. ПЭТ/КТ продемонстрировала появление очагов в легких с низкой метаболической активностью, скорее всего метастатического характера, а также незначительные признаки послеоперационных изменений в мягких тканях правой стопы с незначительно повышенной метаболической активностью. Рекомендован местный динамический контроль.

Вывод. Приведенный клинический случай подчеркивает значимость дифференциальной диагностики беспигментной меланомы кожи и необходимость верификации диагноза, что способствует своевременному и адекватному лечению данной патологии. Подобные случаи играют ключевую роль в повышении осведомленности медицинского сообщества о возможных вариациях проявления меланомы, что, в свою очередь, может улучшить исходы лечения у пациентов с этой агрессивной формой рака кожи.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУНГИОЗА У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Абраменко А. Ф., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С., Юнда И. В.

Актуальность. Тунгиоз (болезнь песчаных блох) — тропическая паразитарная болезнь из группы дерматофилиазов, вызываемая самками песчаных блох (Tunga penetrans и реже T. trimamillata), проникающих в кожу. Для заболевания характерны образование воспалительного инфильтрата в месте внедрения паразита, зуд и боль в пораженных участках кожи, как правило, в области пальцев и подошвенной поверхности стоп, однако атипичная локализация первичного аффекта может быть обнаружена и на других участках тела. Самка T. penetrans внедряется в эпидермис и ведет внутрикожный образ жизни, самец же после получения необходимого количество крови возвращается в привычный ареал обитания — песок или почву. Тунгиоз распространен в станах Южной Америки, Карибского бассейна, Африки к югу от Сахары и на Мадагаскаре. В Азии и Океании описаны лишь единичные случаи тунгиоза. Наибольшему риску подвержены дети, пожилые и люди с ограниченными возможностями. Наиболее высокая заболеваемость и тяжелое течение отмечается у детей 5–10 лет. Пик заболеваемости приходится на сентябрь-январь. В России случаи тунгиоза чаще носят спорадический и завозной характер.

Цель работы. Описание клинико-анамнестических особенностей тунгиоза у детей на примере клинического случая.

Материал и методы. Использованы данные анамнеза, клинического осмотра, результаты лабораторного исследования. В стационар ОП «Северо-Восточная клиника с детским центром» ГБУЗ «МНПЦДК» поступила пациентка 8 лет. Со слов матери, во время отдыха на о. Хайнань (Китай) дочь покусали «песчаные блошки», после чего у девочки появился зуд на стопе слева, эритема; самостоятельно лечились цетиризином (капли), без эффекта. Постепенно очаг эритемы увеличился в размерах, появились папулы, в связи с чем обратились к педиатру по месту жительства, откуда были направлены в ДКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, где врачом приемного отделения было рекомендовано обратиться в инфекционную больницу. Самостоятельно обратились в ИКБ № 1. Проведено стационарное лечение в течение 5 дней. Диагноз L12.3 Буллезный дерматит неуточненный, Тунгиоз? Получала терапию хлоропирамином. После нормализации общего состояния выписана под наблюдение дерматовенеролога по месту жительства, который направил ребенка на стационарное лечение. Status localis. Патологический процесс на коже стоп представлен очагами эритемы и единичными пузырями с напряженной, плотной покрышкой, овальной формы и серозно-геморрагическим содержимым, располагающимися на эритематозном фоне. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии не склонны к периферическому росту, быстро эпителизируются. Симптом Никольского отрицательный. Видимые слизистые оболочки интактны. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Дермографизм смешанный. Клинический анализ крови: абсолютное количество эозинофилов 0,80*109/л (N=0,02–0,65*109/л); относительное количество эозинофилов 8,2 % (N=1–5 %); IgE: 192,8 г/л (N=0–90 г/л). Лечение на протяжении 11 дней во время пребывания в стационаре: натрия хлорид 150 мл, кальция глюконат 300 мг в/в капельно; клемастин 0,033 мг в/м. Наружно: 0,05 % хлоргексидин р-р; 1 % крем с дексаметазоном; 2 % паста АСД. Терапия проведена в полном объеме. Лечение пациентка перенесла хорошо и была выписана под наблюдение дерматовенеролога по месту жительства. Даны рекомендации по применению противовоспалительной наружной терапии. Status localis (при выписке): патологический кожный процесс имеет локализованный, симметричный, воспалительный характер. Локализован на коже стоп, представлен единичными пятнами гиперемии застойного розового цвета, единичными рубцами, поствоспалительными пятнами. Воспаление уменьшилось. Новых высыпаний нет.

Выводы. Тунгиоз — одно из наименее освещенных в отечественной научной литературе тропических заболеваний. Высокую заболеваемость среди детей можно объяснить несколькими факторами. К ним относится менее выраженная кератинизация кожи стоп, преобладание гиперергической иммунной реакции на внедрение паразитов, а также предрасположенность данного возрастного периода к формированию очагов экссудации в результате воспалительных реакций. Учитывая, что инфекция чаще всего возникает при контакте незащищенных ног с песком, в котором обитают блохи, пациентам, планирующим поездки в экзотические страны, следует рекомендовать носить закрытую обувь и носки, избегать прямого контакта открытых участков тела с землей и песком, поддерживать чистоту в доме и тщательно мыть ноги в теплой воде после прогулок, на подошвы стоп наносить репелленты на основе кокосового масла.

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ДЖЕССНЕРА-КАНОФА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

[1] Российский университет дружбы народов, кафедра дерматовенерологии, аллергологии.
[2] ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии»
Москва
Крючкова К. Ю.[1], Четверикова Е. А.[1], Шеров В. В.[2]

Введение. Лимфоцитарная инфильтрация Джесснера-Канофа (ЛИДК) представляет собой хроническое доброкачественное заболевание кожи, характеризующееся Т-лимфоцитарной инфильтрацией с преобладание CD8+ Т-клеток. Клинически ЛИДК проявляется единичными инфильтрированными эритематозными папулами или бляшками, диаметром 1,5–7 см, синюшно-розового цвета, плотной консистенции с округлыми очертаниями, гладкой или шелушащейся поверхностью и локализуется в себорейных зонах. В настоящее время продолжаются споры о том, следует ли рассматривать лимфоцитарную инфильтрацию Джесснера–Канофа (ЛИДК) как отдельную дерматологическую нозологию или как вариант кожной формы красной волчанки. Заболевание преимущественно начинается у людей в возрасте 30–50 лет, а у детей встречается крайне редко — в литературе описаны всего 5 случаев дебюта ЛИДК в детском возрасте.
Цель. Представить три редких клинических наблюдения ЛИДК у детей.
Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациентов, а также отечественных и зарубежных источников (поиск в PubMed, Google Scholar, eLibrary).
Клинический случай № 1. Пациент К, 12 лет, с октября 2023 г. жаловался на высыпания на левой щеке, возникшие без явного провоцирующего фактора. Лечение адвантаном и антигистаминными препаратами давало временный эффект. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены; пациент наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом функциональная диспепсия. Антитела IgG к высокоочищенным ядерным антигенам отрицательны. Ревматолог исключил активное ревматическое заболевание. Гистологическое исследование показало эпидермис обычной толщины с дифференцированными слоями, рыхлый кератоз, вакуольную дистрофию отдельных клеток базального слоя, подчеркнутый рисунок базальной мембраны и мелкие субэпидермальные щели. Вокруг сосудов поверхностного сплетения обнаруживались густые лимфоцитарные инфильтраты с примесью единичных плазматических клеток, распространявшиеся также вокруг потовых желез. Морфологическое заключение: патологические изменения не исключают красную волчанку, возможен диагноз ЛИДК. Назначено системное лечение — плаквенил 200 мг в сутки (схема 5–2) на месяц и наружное применение мази Протопик 0,03 % 2 раза в день. На фоне терапии дерматоз практически полностью регрессировал.
Клинический случай № 2. Пациент И., 4 года, со слов мамы, единичное высыпание на правой щеке возникло в начале сентября 2024 после укуса комара, самостоятельно применяли мазь левомеколь и ацикловир (без эффекта). При осмотре 11.11.2024 г. обнаружена эритематозная папула диаметром до 1,5 см. Была назначена мазь протопик 0,03 % 2 раза в день в течение месяца, для уточнения диагноза пациент был направлен в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» Филиал «Юго-Западный». 20.11.2024 на приеме отмечалась положительная динамика течения процесса, за неделю использования препарата ТИК папула стала менее эритематозной. Назначено: наружная терапия мазью такролимус 0,03 % 2 недели, повторная явка через 2 недели. При лабораторном исследовании от 19.12.2024 обнаружено повышение Ig E общ (433,6 МЕ/ мл). При осмотре от 24.12.2024 папула стала более плоской, уменьшилась в диаметре до 1,3 см, побледнела. Лечащим врачом принято решение продлить терапию ТИК еще на 3 недели 1 раз в день, а также назначен гель троксерутин на 3 недели вечером. 09.01.2025 — папула уменьшилась в диаметре до 1,1 см, границы стали менее четкими, бледно-розового цвета, образование более мягкое при пальпации. Назначены: мазь Такролимус 0,03 % 2 раза в неделю на 1 месяц и гель троксерутин ежедневно 1 месяц, а также эмоленты длительно.
Клинический случай № 3. Пациент Л., 3 года. Со слов матери, болен с октября 2024 года, когда она впервые заметила единичный очаг на коже в области правой щеки, который постепенно увеличивался в размере. Субъективных ощущений не отмечалось. Начало заболевания ни с чем не связывают. В августе 2024 года перенес ОРВИ. В ноябре 2024 года был консультирован врачом-дерматовенерологом, был назначен Пимафукорт на 10 дней, на фоне терапии улучшения не отмечалось. При повторном осмотре в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, были назначены мазь такролимус 0,03 % утром 1 мес, нафтадерм вечером 1 р/д 10 дней, далее переход на траумель гель 1 р/д 20 дней.
Выводы. Все представленные клинические случаи продемонстрировали хорошую ответную реакцию на назначенную терапию (системную и местную). ЛИДК у детей — редкий, но документированный патологический процесс, характеризующийся разнообразными клиническими проявлениями и благоприятным прогнозом при адекватном лечении. Дифференциальная диагностика с кожной волчанкой требует комплексного подхода с использованием клинических, лабораторных и гистологических данных. Отсутствие типичных для красной волчанки признаков (шелушение, телеангиэктазии, системные изменения) и положительная динамика лечения обосновывают диагноз ЛИДК, что позволяет оптимизировать лечебные стратегии для данной возрастной группы.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ТРЕПОНЕМНЫХ И НЕТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СКРИНИНГЕ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер», Институт медицины и здоровьесбережения Тамбовского Государственного университета им. Г. Р. Державина
Тамбов
Шустов Н. В.

Последние годы в Российской Федерации наблюдается снижение заболеваемости сифилисом. Но при этом меняется ее структура: снижение регистрации ранних форм сифилиса и рост скрытых, поздних и атипичных форм. Основным методом диагностики данного заболевания остаются серологические исследования, среди которых выделяют нетрепонемные и трепонемные тесты. Очень часто перед врачами-дерматовенерологами, а тем более врачами других специальностей, встает вопрос ложноположительных и ложноотрицательных реакций, несовпадение результатов

исследований и клинической картины заболевания и при этом легитимность постановки данного диагноза или его снятия. Эта проблема особенно остро стоит в последнее время в связи с тем, что, в частности в Тамбовской области, произошла децентрализация лабораторных исследований на сифилитическую инфекцию, и каждое учреждение здравоохранения, имеющее в своем составе лабораторию, делает данные анализы своими силами или заключает договоры с различными сетевыми лабораториями и другими учреждениями, не имеющими отношения к венерологической службе. Самым популярным методом диагностики стал иммуноферментный анализ (ИФА), который является трепонемным тестом. Традиционный же алгоритм диагностики предполагал начало обследования с проведения нетрепонемного теста (РМП). Особенности развития иммунного ответа при сифилисе определяют различия сроков позитивации и негативации данных тестов. Самыми первыми в крови больных сифилисом появляются IgM и могут регистрироваться уже в периоде инкубации, далее наблюдается их увеличение, достигая максимума на 8-й неделе после заражения, а затем постепенно отмечается снижение. Для их обнаружения исследуют трепонемные тесты: ИФА IgM, РИФ IgM, IgM-иммуноблоттинг. IgG начинают появляться в крови больного сифилисом примерно с 4-й недели после заражения. Количество их может оставаться на высоком уровне в течение всей оставшейся жизни пациента, когда-либо перенесшего сифилис. Трепонемоспецифичные IgG определяют исследованиями: ИФА IgG, IgG-иммуноблоттинг, РПГА, РИТ, РИФ. Антитела, определяемые в нетрепонемных тестах, можно обнаружить в крови только со второй половины первичного периода сифилиса. Максимальный показатель их определяется во вторичном периоде и далее нарастает при третичном, висцеральном и нейросифилисе. Вопрос методологии диагностики стоит остро при проведении скрининга населения на сифилитическую инфекцию. В данном случае необходимо избежать проведения тестов «впустую» только «ради охвата населения». Клинико-диагностическим отделением ГБУЗ «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер» была проведена работа с целью анализа необходимости применения трепонемных тестов при первичном обследовании населения на сифилитическую инфекцию. Были отобраны 4000 образцов сыворотки крови от лиц, проходящих скрининговое обследование на сифилис. Сыворотки, оказавшиеся реактивными, одновременно исследовались методами с использованием тест-систем для определения суммарных антител на сифилис, далее определялись специфические маркеры — иммуноглобулины G, реакция пассивной гемагглютинации и реакция быстрых плазменных реагинов (RPR-тест). Были получены следующие результаты: методом иммуноферментного анализа и реакцией микропреципитации исследованы сыворотки пациентов, из которых реактивными оказались 179 сывороток. У 164 образцов были положительны два и более теста, что позволяет условно выставить соответствующим пациентам предварительный диагноз «сифилис». Данные сыворотки оказались положительными в реакции пассивной агглютинации в 98,78 % случаев; суммарные антитела методом ИФА выявлены в серологических тестах у 89,51 % пациентов, ИФА IgG у 72,56 % пациентов, положительная реакция быстрых плазменных реагинов отмечена в 24,39 % случаев. В результате проведенной работы можно сделать следующие выводы: скрининг населения на наличие сифилитической инфекции с использованием нетрепонемных тестов (реакция микропреципитации) в 75 % случаев не выявляет пациентов, имеющих антитела к бледной трепонеме. Наибольшей информативностью при скрининге сифилиса является комплексный подход с использованием трепонемных и нетрепонемных тестов, позволяющих своевременно выявлять скрытые и поздние формы сифилиса.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TNF-A (RS1800629) У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ И АКНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Новосибирский государственный университет
Новосибирск
Еремина А. А., Кох Н. В., Сергеева И. Г.

Введение. Фактор некроза опухоли-альфа (TNF-a) является ключевым цитокином, участвующим в патогенезе акне и синдрома фолликулярной окклюзии. Было продемонстрировано, что носительство однонуклеотидного полиморфизма –308G⁄A гена TNF-a повышает риск тяжелого течения синдрома фолликулярной окклюзии и акне, а также коррелирует с ответом на биологическую терапию, которая направлена против TNF-a, применяемую у пациентов с синдромом фолликулярной окклюзии.

Цель. Изучить частоту генотипов и аллелей полиморфного локуса rs1800629 гена TNF-a у пациентов с синдромом фолликулярной окклюзии и акне тяжелой степени.

Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки были сформированы 2 группы пациентов: 1 группа — 16 пациентов с проявлениями гнойного гидраденита, или фолликулита волосистой части кожи головы, или 2 и более компонентов синдрома фолликулярной окклюзии (10 мужчин и 6 женщин, в возрасте от 16 до 61 года), 2 группа — 16 пациентов с акне тяжелой степени (8 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 16 до 37 лет). Контрольную группу составили 88 здоровых лиц (17 мужчин и 71 женщина, в возрасте от 9 до 71 года). Всем пациентам был проведен генетический анализ для выявления полиморфных участков гена цитокина TNF-a (rs1800629). Образцы буккального эпителия были взяты стандартным зондом с внутренней стороны щеки, из которого далее была выделена ДНК стандартным методом и проведена TaqMan-ПЦР на амплификаторе CFX96 Touch Real-Time PCR с использованием специфических олигонуклеотидных праймеров и зондов.

Результаты. Генотип G/G гена TNF-a в 1 группе выявили у 9 (56,2 %) пациентов, во 2 группе — у 15 (93,8 %), в контрольной группе — у 69 (78,4 %). Генотип G/A гена TNF-a в 1 группе выявили у 7 (43,8 %) пациентов, во 2 группе — у 1 (6,2 %), в контрольной группе — у 17 (19,3 %). Генотип A/A гена TNF-a у пациентов 1 и 2 группы не выявили, в контрольной группе — у 2 (2,3 %). В распределении аллелей в 1 и 2 группах выявили статистически значимые различия: отношение шансов (OR) при носительстве аллеля «A» иметь проявления синдрома фолликулярной окклюзии составило 8.680 (C.I.= [2.645–28.109] chi2=5.14 p=0.0233). При сравнении 1 группы с контрольной OR составило 2.067 (C.I.= [1.021–4.166] chi2=6.53 p=0.0106). При этом аллель «A» имеет протективное действие в отношении возникновения акне тяжелой степени при сравнении с контрольной группой (OR0.238 C.I.= [0.069–0.828] chi2=6.31 p=0.0120).

Обсуждение. Генотип G/A гена TNF-a чаще встречали среди пациентов с синдромом фолликулярной окклюзии, что составило 43,8 %, чем среди пациентов с акне тяжелой степени и здоровых лиц. Частота аллеля «A» в группе пациентов с синдромом фолликулярной окклюзии составила 21,9 %, в то время как среди пациентов с акне тяжелой степени — 3,1 %, в контрольной группе — 11,9 %. Таким

образом, наличие аллеля «А» являлось фактором риска синдрома фолликулярной окклюзии.

РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»
Москва
Соболев В., Муминова М. С., Жукова О. В., Денисова Е., Соболева А., Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Мезенцев А.

Актуальность. Псориаз является одним из наиболее распространенных иммуноопосредованных заболеваний кожи. Характерным проявлением бляшечного псориаза является структурное ремоделирование дермальных микрокапилляров. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) играет ключевую роль в контроле пролиферации эндотелиальных клеток, стимулируя перестройку существующих кровеносных сосудов и ангиогенез. Поэтому изучение экспрессии VEGF и факторов, контролирующих его биосинтез, при псориазе представляет значительный интерес для понимания механизмов развития данного заболевания и поиска новых методов терапии. Кроме того, оценка корреляции уровня VEGF с индексом тяжести псориаза (PASI) важна для определения возможности использования VEGF в качестве биомаркера для мониторинга активности заболевания.
Материалы и методы. Исследование было осуществлено на базе дерматовенерологических отделений № 1 и № 2 филиала «Клиники им. В. Г. Короленко» МНПЦДК с февраля по июнь 2022 года. В исследовании принимали участие 23 пациента с псориазом и 10 здоровых добровольцев. Уровень мРНК VEGF в пораженной и непораженной коже пациентов определяли методом количественной ПЦР (qPCR). Концентрацию белка VEGF в гомогенатах кожи измеряли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Для оценки экспрессии генов, контролирующих биосинтез VEGF (HGF, HNRPD, PTEN, MARCKSL1), также использовали метод qPCR. В рамках исследования был проанализирован вклад альтернативного сплайсинга мРНК FLT1 в продукцию растворимой формы рецептора VEGF (sFLT1). Для оценивания корреляционных связей между параметрами использовался метод корреляционного анализа, основанный на коэффициенте корреляции Пирсона.
Результаты. Уровень экспрессии мРНК VEGF был в 12,71 ± 1,78 раза выше в пораженной коже по сравнению с непораженной кожей пациентов с псориазом. Концентрация белка VEGF в гомогенатах пораженной кожи пациентов была в 20 раз выше, чем в коже здоровых добровольцев. Однако корреляция между уровнем VEGF (мРНК и белка) и PASI была слабой при анализе всех пациентов ($r < 0,1$). Выявлено, что пациенты с PASI > 25 демонстрировали наибольшее отклонение от линий регрессии. При анализе только пациентов с PASI < 25 корреляция была значительно выше ($r = 0,74–0,86$, $p < 0,01$). Обнаружено значимое снижение экспрессии HGF и повышение HNRPD в пораженной коже пациентов с PASI > 25 по сравнению с другими группами. Экспрессия PTEN и MARCKSL1 существенно не изменялась. Соотношение альтернативно сплайсированной мРНК sFLT1 к общей мРНК FLT1 было в 2,2 раза выше в пораженной коже пациентов с PASI > 25 по сравнению с непораженной кожей.
Выводы. 1. Уровень VEGF (мРНК и белка) значительно повышен в пораженной коже пациентов с псориазом по сравнению с непораженной кожей и кожей здоровых добровольцев. 2. Корреляция между уровнем VEGF и индексом PASI высока в подгруппе пациентов с PASI < 25, но существенно снижается при включении пациентов с более высоким PASI из-за активации механизмов, контролирующих VEGF. 3. Снижение экспрессии HGF и повышение HNRPD в пораженной коже пациентов с PASI > 25 препятствует реализации биологических эффектов VEGF на уровне белка и деградации его мРНК соответственно. 4. Повышенное соотношение альтернативно сплайсированной мРНК sFLT1 у пациентов с PASI > 25 способствует образованию ингибирующих комплексов с VEGF. 5. Использование VEGF в качестве биомаркера псориаза целесообразно для мониторинга активности заболевания у пациентов с легкой и умеренной степенью тяжести (PASI < 25), но не рекомендуется при PASI > 25 из-за активации механизмов подавления VEGF.

СИСТЕМНЫЕ РЕТИНОИДЫ В ТЕРАПИИ ПЛАСТИНЧАТОГО ИХТИОЗА: АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Оганесян А. А., Адилова Г. М., Сурхаева З. Л., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С., Солнцев В. В.

Введение. Лечение ихтиоза направлено на улучшение барьерной функции кожи и снижение выраженности клинических проявлений. При тяжелых формах врожденного ихтиоза препаратами выбора считаются системные ретиноиды. В клинической практике нашей страны накоплен обширный опыт использования ацитретина при тяжелых формах ихтиоза. Однако, учитывая его ограниченную доступность в аптечной сети, рассматривается возможность применения изотретиноина в качестве альтернативного варианта терапии.
Цель исследования. Представить собственное клиническое наблюдение пациента с ламеллярным ихтиозом, получавшего лечение изотретиноином, а также проанализировать доступные в научной литературе данные об эффективности системной терапии изотретиноином и ацитретином при лечении тяжелых форм ихтиоза.
Материал и методы. Для описания клинического случая использована медицинская документация, данные лабораторных исследований пациента. Информированное согласие опекуна на представление клинического случая получено. В рамках проведенного анализа были рассмотрены научные публикации, из базы данных PubMed, посвященные использованию ацитретина и изотретиноина в терапии ихтиоза за период с 2000 по 2025 годы. Поиск осуществлялся по ключевым словам: “ichthyosis”, “isotretinoin”, “acitretin”.
Результаты. В стационар ОП «Северо-Восточная клиника с детским центром» ГБУЗ МНПЦДК поступил мальчик 15 лет с жалобами на распространенные кожные высыпания, сухость и зуд кожи в местах поражения. Болен с рождения. Два года назад наблюдался у дерматолога в Таджикистане и получал лечение ацитретином и эмолентами без выраженного клинического эффекта. При осмотре: патологический процесс носит генерализованный хронический

характер, представлен выраженным пластинчатым шелушением с формированием массивных чешуек, плотных в центральной части и постепенно отделяющихся по периферии, что придает кожным изменениям характерный «блюдцеобразный» вид. Отмечается выраженный ладонно-подошвенный гиперкератоз с утолщением рогового слоя и образованием единичных трещин, связывающих дискомфорт и болезненность при движении. Наблюдаются деформация ушных раковин, диффузное истончение и выпадение волос, а также трофические изменения ногтевых пластин по типу «часовых стекол», эктропион. По данным лабораторных исследований значимых отклонений от референсных значений не выявлено. Заключение офтальмолога: астигматизм в сочетании с синдромом сухого глаза. Осмотр ортопеда: выраженная деформация грудной клетки по типу килевидной грудины. Диагноз: Q80.2: Пластинчатый [ламеллярный] ихтиоз, врожденный, распространенная форма, тяжелое течение. Получено лечение: раствор натрия хлорида 0,9 % 250 мл в/в капельно 1 раз/сут; изотретиноин 10 мг перорально 2 раза/сут. Назначенная терапия проводилась под динамическим наблюдением с контролем общего состояния пациента и возможных побочных эффектов. Через 8 дней с рекомендациями продолжить терапию изотретиноином пациент выписан под наблюдение дерматолога по месту жительства. При контрольном осмотре через месяц свежих высыпаний нет, кожные покровы очищаются от чешуек, трещины на коже эпителизировались. При анализе научной литературы за период 2000–2025 гг. обнаружено 132 статьи, посвященные изучению эффективности системных ретиноидов при лечении ихтиоза. В 97 из них упоминался ацитретин, в 35 — изотретиноин. Однако детальное описание клинических случаев содержалось лишь в 12 статьях по ацитретину и в 2 по изотретиноину. Возрастной диапазон описываемых пациентов варьировал от 0 до 35 лет. Наибольшее внимание в работах уделялось терапии ацитретином пациентов с врожденным ихтиозом Арлекина. Анализ данных показал, что применение как ацитретина, так и изотретиноина в ряде случаев сопровождалось развитием нежелательных явлений. К наиболее частым из них относились нарушения липидного обмена, а также увеличение показателей активности печеночных ферментов и креатинфосфокиназы, снижение уровня гемоглобина. Тем не менее в большинстве случаев коррекция дозировки препарата приводила к нормализации лабораторных показателей. Положительная динамика кожного процесса отмечалась у всех пациентов, получавших системные ретиноиды, ко второй-третьей неделе терапии.

Заключение. Анализ научных публикаций и представленный клинический случай подтверждает эффективность изотретиноина ламеллярного ихтиоза и возможность его использования в качестве альтернативы ацитретину на данном этапе лечения, однако окончательные выводы можно будет сделать по прошествии более длительного периода наблюдения.

СОЧЕТАНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ, ПСОРИАЗА И МИКОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Юго-Западный»
Москва
Согомонян С. А., Терещенко Г. П., Мельник Р. М.

Введение. Гнездная алопеция (ГА) — это форма нерубцовой потери волос, вызванная иммунным повреждением волосяных фолликулов, которая может поражать любую область тела, покрытую волосами. Распространенность заболевания в общей популяции составляет примерно 1 на 1000 населения с риском развития в течение жизни 2 %, при этом ГА диагностируется у 18,2 % пациентов, которые обращаются с проблемой потери волос. Заболевания, ассоциированные с ГА, включают другие аутоиммунные патологии, такие как красная волчанка, витилиго, аутоиммунная гемолитическая анемия, заболевания щитовидной железы, а также болезни атопического спектра. Связь между псориазом и ГА остается предметом изучения. Распространенность ГА среди пациентов с псориазом оценивается в 0,5 %, в то время как псориаз выявляется у 2,5 % пациентов с алопецией. Как правило, диагностика ГА не вызывает затруднений и основывается на характерной клинической картине, однако в некоторых случаях требуется проводить дифференциальную диагностику ГА с другими заболеваниями, связанными с потерей волос, в том числе с грибковой инфекцией.

Цель. Описание редкого клинического случая сочетания ГА, дерматофитии гладкой кожи и волосистой части головы и псориаза.

Материалы и методы. Клинико-анамнестические данные, результаты лабораторного и инструментального обследования и медицинская документация пациента, представленного в клиническом наблюдении.

Результаты. Под нашим наблюдением находится пациент А., 14 лет, который обратился с жалобами на эритематозно-сквамозные зудящие пятна на коже туловища и конечностей, а также на участки выпадения волос на голове. Со слов мамы, симптомы появились три недели назад. Проведенное микологическое исследование (посев от 22.11.2024), выявило грибы рода Microsporum audouinii, что позволило установить диагноз: Микоз бороды и головы (Код МКБ 10: B35.0), микоз туловища (B35.4). Пациенту было назначено лечение гризеофульвином в виде мази и в таблетках согласно рекомендациям, в результате чего отмечалась положительная динамика: кожные высыпания практически разрешились, оставив после себя поствоспалительную пигментацию. Однако вскоре появились новые очаги выпадения волос на голове и высыпания на туловище, в связи с чем пациент был направлен в консультативное отделение филиала «Юго-Западный» с предварительным диагнозом L63.8 Другая гнездная алопеция (B35.0); Микоз бороды и головы (B35.4). При осмотре кожный процесс характеризовался наличием трех очагов алопеции диаметром до 2 см в затылочной и теменной областях; кожа в этих зонах была розового цвета, слегка инфильтрирована, с мелкопластинчатым шелушением; по периферии очагов выявлялась зона расшатанных волос. При трихоскопии в очагах отмечены черные точки и «пеньки» обломанных волос. На коже туловища и нижних конечностей наблюдались розовые пятнистые элементы с серебристым шелушением, размером 1–2 см, инфильтрированные бляшки в подмышечных складках, поражение ногтевых пластин кистей виде точечных углублений,

деформации, истончения, неровной поверхности. Бактериологическое исследование на патогенные грибы от 12.12.2024 роста не выявило. В связи с неоднозначной клинико-лабораторной картиной 25.12.2024 было проведено гистологическое исследование биопсийного материала из очагов поражения на туловище и на голове. В патоморфологическом заключении отмечено наличие патологических изменений, позволяющих предположить псориаз. На консилиуме специалистов был установлен окончательный диагноз: Гнездная алопеция, многоочаговая форма (Код МКБ 10: L63.8 Другая гнездная алопеция); Псориаз обыкновенный (L40.0). Назначенное следующее лечение: клобетазол 0,05 % в форме мази на все высыпания, включая волосистую часть головы и ногтевые пластины на 14 дней, с последующим переходом на крем с пиритионом цинка 0,2 % 2 раза в день, шампунь с пиритионом цинка 1 % дважды в неделю на один месяц.

Выводы. Данное клиническое наблюдение представляет интерес из-за наличия у пациента нескольких кожных заболеваний, которые проявились практически одновременно. Сочетание различных дерматологических состояний у одного пациента может затруднять диагностику и лечение, что требует комплексного подхода, включающего микологические, патогистологические и клинические методы исследования. Грамотная дифференциальная диагностика позволяет своевременно назначить адекватное лечение, минимизировать осложнения и улучшить прогноз для пациента.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЗОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ КУРС УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ
Бородулина К. С., Касихина Е. И. 1

АНАЛИЗ СОЧЕТАНИЯ ДЕРМАТОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ И МИКОЗА СТОП
Симонова Д. Д., Манакова Е. А., Шипилова Н. А., Недвигина Е. С., Сергеева И. Г. 1

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ–КУЗБАССА ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2023 ГОД
Янец О. Е., Дяченко К. А. 2

ВАСКУЛИТЫ, ОГРАНИЧЕННЫЕ КОЖЕЙ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ И ПРОГНОЗ
Ходаковский В. А., Музыченко А. П. 2

ВЛИЯНИЕ ДИССОМНИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АКНЕ
Яковлева Е. Н. 3

ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Казакова П. О. 3

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ У ДЕТЕЙ
Будкевич Л. И., Мирзоян Г. В. 4

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА
Айвазова Т. В., Ключникова Д. Е. 5

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Хворик Д. Ф., Маркевич Е. Б., Городович А. Н. 5

ИНСЕКТНАЯ АЛЛЕРГИЯ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
Касихина Е. И., Нада А. Я., Острецова М. Н. 6

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИТЕЛ К ФЕРМЕНТУ СТЕРОИДОГЕНЕЗА 21-ГИДРОКСИЛАЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АУТОИММУННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Петров В. А., Жукова О. В., Трошина Е. А., Волнухин В. А., Юкина М. Ю., Нуралиева Н. Ф. 7

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1695 ГЕНА GSTP1 С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПСОРИАЗУ У ЖИТЕЛЕЙ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Саранюк Р. В., Бушуева О. Ю., Полоников А. В. 7

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО ХРОНИЧЕСКОГО У ПОДРОСТКОВ
Алхаффар С., Жукова О. В., Уткин П. С., Касихина Е. И. 8

КОМОРБИДНОСТЬ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Невозинская З. А. 9

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ И ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н. 9

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ
Васильева П. А., Перламутров Ю. Н. 10

КОМПЛЕКСНАЯ АНГИОПРОТЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА
Пиругина Е. А. 11

МОНИТОРИНГ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА
Турчик Е. В., Винник Ю. Ю., Шестерня П. А. 11

МЕТОТРЕКСАТ В ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ
Конышева А. А., Касихина Е. И., Жукова О. В. 12

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
Соколовская Т. А., Армашевская О. В. 12

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕКУКИНУМАБОМ СИНДРОМА НЕТЕРТОНА
Андреенко О. Н., Бородина М. А., Боткина А. С., Гуменная Э. Р., Зубова А. А., Лазутина Е. В. 13

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Муминова М. С., Каткова К. В., Жукова О. В., Потекаев Н. Н., Корсунская И. М. 14

СВЯЗЬ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Косталевская А. В., Волкова С. Б., Невозинская З. А. 15

СОПУТСТВУЮЩАЯ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В. 15

СПОНТАННЫЙ И АНТИГЕН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ СИНТЕЗ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА
Волчек И. А., Масюкова С. А., Теряев А. С., Гладько О. В., Ильина И. В., Сафонова Л. А., Тлостанова Д. З. 16

О СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИКРОСПОРИИ
Абдаллах Н. С.А., Острецова М. Н., Жукова О. В., Солнцев В. В. 16

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОПРИНОЗИНА В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК
Алексеев С. М., Медведчиков Е. К., Крючева А. С., Тимченко Т. С. 17

ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Ким Д. Г., Гомберг М. А., Халдин А. А. 17

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗОТРЕТИНОИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТИЛОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ
Ключникова Д. Е., Айвазова Т. В. 18

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
Проценко Т. В., Милус И. Е., Проценко О. И. 18

ОПЫТ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В СОЧЕТАНИИ С ДИФФУЗНОЙ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ
Проценко Т. В., Милус И. Е., Шпатусько М. Н. 19

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУБИНОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА
Мосунова Ю. П., Бохонович Д. В. 19

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
Михеева Э. С., Жукова О. В. 20

ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ
Задионченко Е. В., Денисова Е. В. 21

ПРОБЛЕМА БУЛЛИНГА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Бахлыкова Е. А., Шайшникова А. П., Художиткова П. А. 21

ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ
Дубовая Е. Г., Королькова Т. Н. 22

РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГИБТ: КОМБИНИРОВАННЫЕ СХЕМЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПСОРИАЗЕ И ПСА
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А. 23

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСИМЫХ К КОДУ МКБ-10 Q80 «ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ», СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ
Заварина И. В., Иванова М. А., Толстогузова Э. В. 24

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С МАСТОЦИТОЗОМ
Касихина Е. И., Потекаев Н. Н., Солнцев В. В. 24

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЗОВ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С MALASSEZIA SPP
Мамонкина Д. А., Пузырева А. С., Митичкина Т. П., Загуляева Т. В., Сергеева И. Г. 25

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ
Симакова Н. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А. 25

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ И АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ
Горский В. С. 26

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ С ОТВЕТОМ НА ТРАМЕТИНИБ
Зуева Ю. Е. 27

МЕЛАНОМА КОЖИ У ДЕТЕЙ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
Зуева Ю. Е. 27

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ СМАРТФОНА «DERMA ONKO CHECK» В ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ
Ламоткин И. А., Ламоткин А. И., Корабельников Д. И. 28

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОСПЕЦИФИЧНОСТИ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА
Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Артамонов К. В. 29

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ
Винник Ю. Ю., Попов В. Г., Симакова Н. А., ... 29

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ *TREPONEMA PALLIDUM* В НЕТРЕПОНЕМНЫХ И ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТАХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СКРЫТЫЙ ПОЗДНИЙ СИФИЛИС
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А. 30

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЛИКВОРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА
Радионов В. Г., Хайминов Е. М., Шварева Т. И., Лохматова И. А. 30

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЖЕНЩИН К МЕТОДИКЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ИППП
Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Новожилова О. Л., Шарапова Е. Н. 31

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС) И СИФИЛИСОМ БЕЗ НЕЙРОСИФИЛИСА (СБНС) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЧИПА НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОСФАН
Жданович А. В., Марданлы С. Г., Фриго Н. В., Китаева Н. В., Помелова В. Г., Осин Н. С. 32

РОЛЬ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К CANDIDA ALBICANS ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ
Чернова Н. И., Задорожная И. С. 32

СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЯМИ И БЕЗ МУТАЦИЙ УСТОЙЧИВОСТИ M. GENITALIUM К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ
Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Урпин М. В., Васильцова М. Ю., Хачатурян А. Ю., Баскакова И. Р., Эйдельштейн И. А., Марданлы С. Г. 33

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИППП У ЖЕНЩИН В СОПОСТАВЛЕНИИ С УРОВНЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ
Мусакова М. В., Кисина В. И., Гущин А. Е. 34

КОСМЕТОЛОГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНОГО ТИПА РУБЦОВ ВЕК
Зорькина С. А., Пономарева Ю. В. 35

РУБЦЫ ПОСТАКНЕ: ВЫБОР МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА И ПРОГНОЗИРУЕМЫХ СРОКОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
Ковалюк А. И., Юцковский А. Д. 35

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛАХ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ
Раджабова М. М. 36

НИТЕВОЙ ЛИФТИНГ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЛИЦА
Васильева Е. В. 36

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИКРОНИДЛИНГА, ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА И ИХ КОМБИНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ АКНЕ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
Еззет А. Ф., Юцковский А. Д. 37

ЭКЗОСОМАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИКРОИГОЛЬЧАТЫМ RF-ЛИФТИНГОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ
Черненко О. А. Юцковский А. Д. 37

ПОДОЛОГИЯ И МИКОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ НАРУЖНЫХ АНТИМИКОТИКОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОСКОПИИ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ОНИХОМИКОЗА
Часнык А. С., Котляр А. М., Шипилова Н. А., Пахомова В. В., Сергеева И. Г. 39

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОЗОВ СТОП У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Двоеглазова В. Е., Крылышкина Е. С., Марченко И. И., Ковач Е. Н., Сергеева И. Г. 39

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗОМ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАНОЙ АНКЕТЫ ONYCOE-T ДО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Цыганкова Е. И., Васенова В. Ю. 40

ТРИХОЛОГИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТАРГЕТНОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ
Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Попова Е. А. 41

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Беликов А.Н., Савкина С. Д., Крюкова А. Н. 42

СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА
Плотова У. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф. 42

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ»
Смирнова Ю. С., Ломакина Е. А., Зарубина Е. В. 43

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА
Беленкова А. А., Абесадзе Г. А. 44

СЛУЧАЙ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА ДАРЬЕ–УАЙТА
Проценко Т. В., Боряк С. А., Провизион А. Н., Горбенко А. С. 44

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПРИЕМ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННОЙ АГЕНЕЗИЕЙ ПОЧКИ
Сысоева В. С., Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р. 45

СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА ПОД МАСКОЙ ВИТИЛИГО
Городечная С. С., Бохонович Д. В. 45

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С КАРЦИНОМОЙ IN SITU ЗАДНЕГО ПРОХОДА [АНУСА] И АНАЛЬНОГО КАНАЛА
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Графкина К. Ю. 46

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ САРКОМЫ КАПОШИ
Волкова С. Б., Габуев Б. А. 46

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СОЧЕТАНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТКИ 59 ЛЕТ
Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р., Бойко Т. Ю. 47

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ФОРМА
Беленкова А. А., Абесадзе Г. А. 48

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА У ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Проценко Т. В., Боряк С. А., Провизион А. Н., Тахташов И. Р. 48

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИОЧАГОВОГО ВВЕДЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2В
Ким Д. Г., Вишневская А. А., Халдин А. А., Гомберг М. А. 49

ПОЗДНИЙ НЕЙРОСИФИЛИС КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА
Волкова С. Б., Кодзаева Н. З., Немировская И. Ю. 50

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКНЕ С ПРОДУКТАМИ С ВЫСОКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ МОЛОКА
Жоголева П. С., Ключникова Д. Е. 51

ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Смердова М. А., Стукалова М. С., Курди М., Исаева В. Л., Лаухтина С. А. 52

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФФУЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА
Жучкина А. В., Касихина Е. И. 52

КОМБИНИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РУБЦА В ОБЛАСТИ ЛИЦА
Давидюк А. В. 53

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ, ИМИТИРУЮЩЕЙ ПИОДЕРМИЮ
Исраилова Ф. А., Каирова А. Н., Ефрим О. И., Черкун А. И. 53

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУНГИОЗА У ДЕТЕЙ
Абраменко А. Ф., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С., Юнда И. В. 54

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ДЖЕССНЕРА-КАНОФА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ
Крючкова К. Ю., Четверикова Е. А., Шеров В. В. 55

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ТРЕПОНЕМНЫХ И НЕТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СКРИНИНГЕ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ
Шустов Н. В. 55

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TNF-A (RS1800629) У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ И АКНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Еремина А. А., Кох Н. В., Сергеева И. Г. 56

РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА
Соболев В., Муминова М. С., Жукова О. В., Денисова Е., Соболева А., Потекаев Н. Н., Корсунская И. М., Мезенцев А. 57

СИСТЕМНЫЕ РЕТИНОИДЫ В ТЕРАПИИ ПЛАСТИНЧАТОГО ИХТИОЗА: АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ
Оганесян А. А., Адилова Г. М., Сурхаева З. Л., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С., Солнцев В. В. 57

СОЧЕТАНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ, ПСОРИАЗА И МИКОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
Согомонян С. А., Терещенко Г. П., Мельник Р. М. 58

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

СБОРНИК ТРУДОВ

18 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

18–20 марта 2025 года

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

Сдан в набор 03.03.2025. Подписано в печать 10.03.2025

Гарнитура Noto Sans

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

9 785933 814870

