НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

16 ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Москва | 14–15 октября 2026

СБОРНИК ТРУДОВ



Научный редактор
Сборника Трудов
16 Всероссийского Форума Национального альянса
дерматовенерологов и косметологов

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

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ ИНДЕКСОВ АКТИВНОСТИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ MLOSSI И MAM С ОБЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ВРАЧОМ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ PGADA И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Щукина В. В., Волнухин В. А., Кочетков М. А., Громова Н. С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Многообразие кожных проявлений локализованной склеродермии (ЛС) представляет значительные трудности при объективной оценке патологического процесса и интерпретации результатов лечения пациентов. При выборе тактики ведения и лечения больных большое значение имеет определение активности заболевания. Однако специфических стандартизированных индикаторов, позволяющих оценивать активность и тяжесть ЛС, до сих пор не разработано. В литературе имеются данные об эффективности использования для оценки активности ЛС модифицированного индекса тяжести локализованной склеродермии mLoSSI (modified Localized Scleroderma Skin Severity Index) и показателя активности морфеа MAM (Morphea Activity Measure).
Цель исследования. Оценить корреляционные связи индексов mLoSSI и MAM с общей оценкой активности заболевания врачом PGADA (Physician Global Assessment of Disease Activity) и дерматологическим индексом качества жизни (ДИКЖ). **Материалы и методы.** В исследование были включены 15 пациентов с ЛС в возрасте от 19 до 67 лет (11 женского и 4 мужского пола). У 13 пациентов диагностирована бляшечная форма, у 2 пациентов — линейная форма заболевания. Определение значений индексов mLoSSI и MAM, а также шкалы PGADA осуществлялось путем визуального осмотра и пальпации кожи в очагах поражения. Оценку ДИКЖ проводили путем анкетирования пациентов по стандартной методике. Для статистического анализа корреляционных связей применяли непараметрический метод Спирмена.
Результаты и обсуждение. При оценке корреляционных связей индекса mLoSSI нами установлена сильная прямая связь данного индекса со шкалой PGADA ($r=0,81$, $p<0,001$), а также умеренная прямая связь с ДИКЖ ($r=0,60$, $p=0,017$). При оценке корреляционных связей индекса MAM установлена сильная прямая связь со шкалой PGADA ($r=0,73$, $p=0,002$) и отсутствие взаимосвязи с ДИКЖ ($r=0,43$, $p=0,108$). Между индексами mLoSSI и MAM также установлена статистически значимая сильная прямая корреляционная связь ($r=0,89$, $p<0,001$).
Заключение. Наличие установленных корреляционных связей является одним из аргументов в пользу целесообразности использования в клинической практике индексов mLoSSI и MAM для оценки активности ЛС. Отсутствие корреляции индекса MAM с ДИКЖ свидетельствует о необходимости проведения дополнительных исследований на большей выборке пациентов с целью уточнения данного вопроса.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕНЩИН С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Чернова Н. И., Чернова Т. А., Задорожная И. С., Доля О. В., Китаева Н. В., Анохина Л. С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Простой хронический лишай (ПХЛ) — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся выраженным зудом, формированием порочного круга «зуд-расчесывание», лихенифицированными очагами и значительным влиянием на качество жизни. Несмотря на выраженные субъективные и объективные симптомы до настоящего времени отмечаются сложности в установлении диагноза ПХЛ при поражении кожи наружных половых органов. Изучение данных социально-демографических и клинических характеристик женщин с ПХЛ аногенитальной области представляет не только научный интерес, но имеет чрезвычайно важное практическое значение, так как позволяет определить группы риска.

Цель — провести анализ социально-демографических и клинических характеристик пациенток с диагнозом ПХЛ аногенитальной области.

Материалы и методы. Под наблюдением в период 2022–2023 гг. находились 86 пациенток в возрасте 21–60 лет, которым был установлен диагноз ПХЛ аногенитальной области. Деление на группы осуществляли по принципу возрастной дифференциации (группировка по годам рождения с интервалом в 10 лет). Анализировались возраст, семейное положение, состав семьи, уровень образования, экономическое положение, вредные привычки: курение, употребление алкоголя. В рамках обследования также учитывались рост и вес больных с расчетом индекса массы тела (ИМТ): ИМТ = масса тела/рост 2 в метрах.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 43,8±8,2 года. Группу 21–30 лет составили 11 женщин (12,79%), группа 31–40 лет состояла из 41 пациентки (47,67%), в группу 41–50 лет вошли 28 человек (32,55%), в группу 51–60 лет — 6 (6,97%). Таким образом, наибольшая заболеваемость ПХЛ аногенитальной области отмечалась в группах женщин в возрасте 31–40 лет (47,67%) и 41–50 лет (32,55%), с тенденцией к снижению в 51–60 лет (6,97%). В браке состояли 58 (67,44%) пациенток. Имели 1 и более детей 69 (80,23%) женщин. Высшее образование имели 33 (38,37%), среднее специальное 41 (47,67%), среднее 12 (13,95%). На момент участия в исследовании работали 53 (61,63%), учились 4 (4,65%), временно не работали 22 (25,58%), находились на пенсии 4 (4,65%), на инвалидности 2 (2,32%). Свое экономическое положение как высокое оценивали 19 человек (22,09%), среднее — 45 женщин (52,32%), низкое 22 (25,58%). Курили 23 пациентки (26,74%), принимали алкоголь чаще 3 раз в неделю 27 (31,39%). С нормальным ИМТ = 20–26 было 12 пациенток (13,95%), ИМТ 26–30 (низкая вероятность метаболических нарушений) зарегистрирован у 14 человек (19,76%), ИМТ 30–40 отмечался в 49 случаях (53,48%), ИМТ 40 у 11 женщин (12,79%). Все пациентки (100%) предъявляли жалобы на зуд в области гениталий, усиливающийся по ночам, второй по частоте жалобой была сухость кожи в области наружных половых органов, которую отмечали 79 женщин (91,86%). Длительность заболевания от 8 мес. до 12 лет. При осмотре у 77 (89,53%) пациенток наружные половые органы развиты правильно, анатомическое строение сохранено, оволосение по женскому типу, у 9 (10,46%) гипотрофия. Бляшки и лихенификация в области больших половых губ отмечались у 86 (100%) больных, симметричный, двухсторонний процесс у 75 (87,20%), поражение малых половых губ и клитора регистрировали в 47 (54,65%) случаях, перианальной зоны в 39 (45,34%). Мелкопластинчатое шелушение отмечалось у всех больных, трещины в 54 случаях (62,79%), экскориации 44 (51,16%). Помимо лихенифицированных бляшек, шелушения и трещин наблюдали выраженное нарушение пигментации: гиперпигментация в 73 (84,88%) случаях, гипопигментации 7 (8,13%), депигментации 6 (6,97%).

Выводы. Таким образом, большинство пациенток (80,22%) с жалобами на зуд и сухость в области гениталий с диагнозом ПХЛ аногенитальной области находились в возрасте 30–50 лет. Превалирующее количество участниц исследования были со средним достатком (52,32%), состояли в браке (67,44%), имели одного и более детей (80,23%), со средним образованием (61,62%), работающие (61,63%), не курящие и мало употребляющие алкоголь. С избыточной массой тела (69,76%). Важно отметить, что, не смотря на длительность заболевания, нарушений анатомической структуры наружных половых органов не отмечалось. Клиническая картина ПХЛ в большинстве случаев была представлена гиперпигментированными, лихенизированными, инфильтрированными бляшками.

АНТИВОЗРАСТНОЙ ПОТЕНЦИАЛ МОЛЕКУЛЫ ЦИКЛОАСТРАГЕНОЛА: ОБЪЕКТИВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Заславский Д. В.[1], Таганов А. В.[2,3], Каюмов С. Ф.[1,2,4], Манафова Г. А.[1,4], Козлова Д. В.[1,2]

1 Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург
2 Российская академия естественных наук, г. Москва
3 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург
4 Клиника трихологии Спартака Каюмова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Старение кожи — это многофакторный биологический процесс, обусловленный сочетанием эндогенных и экзогенных влияний, приводящих к структурным и функциональным изменениям кожи, влекущим за собой ухудшение внешнего вида. Нарушение эпидермального барьера, снижение гидрата-

ции, появление морщин, гиперпигментации снижают качество жизни и социальную адаптацию пациентов. Современная антивозрастная терапия включает воздействие на молекулярные механизмы старения. Поэтому особое внимание в сфере anti-age на себя обращают активаторы теломеразы (циклоастрагенол, астрагалозид IV). Данные молекулы обеспечивают защиту теломер на концевых участках ДНК клеток, тем самым увеличивая количество делений клеток кожи. В этой связи клиническая оценка применения средств с циклоастрагенолом представляется актуальной задачей.

Цель работы — оценить антивозрастной эффект и динамику показателей эпидермального барьера на фоне комплексного применения средств с циклоастрагенолом.

Материал и методы. В наблюдательную программу было включено 53 женщины в возрасте 31–63 года с признаками старения (гиперпигментацией, морщинами, эритемой, сухостью, шелушением и снижением эластичности). В течение 28 дней участницы дважды в сутки наносили на кожу лица сыворотку и крем с циклоастрагенолом. В рамках периода наблюдения было проведено 4 очных визита (на 0, 14, 28, 45 дни) для оценки клинического состояния кожи и показателей эпидермального барьера, а также фиксации изменений кожи после отмены исследуемых средств. На визитах 1–3 выполняли физикальный осмотр и аппаратную оценку показателей влажности, эластичности, пигментации, эритемы и сальности кожи с помощью аппарата Multi Skin Test Center 750 (Germany) и датчиков — корнеометра, себуметрической кассеты, мексометра, кутометра. Измерения проводились при стандартизированных условиях окружающей среды, отображались в программном обеспечении в условных единицах от 0 до 100. На 4-м визите после отмены наружных средств оценивали эластичность кожи и удовлетворенность пациентов от применения средств с помощью опросника TTSI-10.

Результаты. Все участницы (N=53, 100%) завершили участие в наблюдательной программе в установленные сроки, что свидетельствует о хорошей переносимости средств. По данным корнеометрии средний уровень гидратации кожи от 1-го к 3-му визиту увеличился на 16,7%, при этом минимальные значения к концу курса находились в пределах референсных норм. Интенсивность эритемы снизилась на 10,6%, а выраженность пигментации — на 28,1%, что демонстрирует противовоспалительный и осветляющий эффекты комплекса средств. Себуметрия показала незначительное уменьшение сальности кожи — на 9,7%. На фоне использования сыворотки и крема за 28 дней эластичность кожи повысилась на 22,5%. Примечательно, что от 3-го к 4-му визиту после отмены средств дополнительный прирост показателя составил 5,3%. Клинически у участниц исследования отмечали частичное исчезновение мелких мимических морщин, что подтверждено прямыми негативными и инверсными дерматоскопическими изображениями. Средний показатель удовлетворенности по TTSI-10 составил 18,2 балла из 20, что соответствует высокой субъективной оценке эффекта со стороны женщин.

Выводы. Результаты оценки клинической динамики и изменения объективных показателей эпидермального барьера на фоне применения комбинации сыворотки и крема позволяют утверждать, что наружные средства с циклоастрагенолом обеспечивают выраженный антивозрастной эффект. На фоне использования комплекса исследуемых средств было зарегистрировано повышение гидратации кожи, снижение эритемы, гиперпигментации и себопродукции, а также значимое улучшение эластичности и текстуры кожных покровов. Таким образом, уже за 28 дней топической терапии происходит модификация состояния возрастной кожи, частично нивелируются проявления хронологического и фотостарения. Высокая субъективная удовлетворенность пациентов и отсутствие прекращения участия в исследовании подтверждают перспективность изучаемой комбинации средств как эффективного и хорошо переносимого инструмента в современной anti-age терапии с фокусом на поддержку эпидермального барьера и замедление клеточного старения.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Волкова С. Б., Елина В. С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный», г. Москва

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) — это хроническое системное аутоиммунное заболева-

ние. Точной причины ее возникновения не выявлено. Но основными триггерами считаются: генетические факторы, ультрафиолетовое излучение, некоторые вирусные инфекции (например, вирус Эпштейна–Барра), сильный стресс, курение, гормональные перестройки (беременность, менопауза). Клиническая картина очень разнообразна, и у разных пациентов картина может сильно отличаться. В основном преобладают общие неспецифические симптомы, такие как длительная усталость, необъяснимая лихорадка, снижение веса, алопеция, увеличение лимфоузлов, боли и скованность в суставах и кожные симптомы. Наиболее характерна для СКВ «волчаночная бабочка» — симметричные красные высыпания на скулах, переносице, щеках и подбородке. Также на коже могут наблюдаться дискоидные бляшки, геморрагические высыпания, поражение слизистых в виде волчаночной энантемы, афтозного стоматита и хейлита. Нередко это заболевание поражает и другие органы: почки (волчаночный нефрит), сердечно-сосудистую систему, легкие. Для установления диагноза важен комплексный подход. Уточняется анамнез, проводится осмотр — оценивают изменения на коже и слизистых, состояние суставов, наличие отеков, признаки поражения внутренних органов. Проводятся лабораторные исследования: общий и биохимический анализы крови (анемия, показатели воспаления СОЭ, СРБ), иммунологические тесты (антинуклеарные антитела — ANA, антитела к двуспиральной ДНК, анти-Sm, антифосфолипидные антитела, уровни компонентов комплемента С3 и С4), анализ мочи (для исключения поражения почек). Инструментальная диагностика проводится по показаниям для оценки вовлечения других органов. Лечением системной красной волчанки занимается врач-ревматолог с привлечением других специалистов, в зависимости от степени повреждения и особенностей клинической картины. Терапию подбирают индивидуально: учитывают активность заболевания, клинические симптомы, возраст пациента, сопутствующие болезни и риск осложнений. Основные группы препаратов: глюкокортикоиды (ГК), аминохинолиновые препараты (гидроксихлорохин), цитостатики (азатиоприн, метотрексат).

Результаты. Пациентка К., 75 лет, обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу в декабре 2025 года с жалобами на высыпания на коже тела, которые появились месяц назад и субъективно не беспокоили. Элементы сыпи локализовались на коже спины и верхних конечностях, розового цвета, кольцевидной формы, с четкими ровными границами, инфильтрацией по краям и незначительным шелушением на поверхности, на предплечьях сливающиеся между собой. По результатам осмотра установлен предварительный диагноз: Кольцевидная (центробежная) эритема Дарье? Для верификации диагноза пациентке в январе 2026 года выполнена инцизионная биопсия кожи. Заключение патоморфологического исследования кожи: «Эпидермис с очаговым паракератозом, вакуолизацией цитоплазмы, отдельных клеток базального слоя. В дерме слабовыраженные периваскулярные, преимущественно лимфоцитарные инфильтраты. Гистологические изменения могут наблюдается при красной волчанке, полиморфном фотодерматите, лекарственной токсическом реакции». На основании этого заключения в феврале 2026 года установили диагноз: Дискоидная красная волчанка. В целях исключения системной патологии консультирована врачом- ревматологом. Выполненные лабораторные анализы, в том числе иммуноблот, показали положительный результат: выявлены антинуклеарные антитела, высокий титр к антигену SS-A и гену SS-B. Сочетание SS-A и SS-B характерно для синдрома Шегрена, но может встречаться и при некоторых вариантах системной красной волчанки. В сопоставление этих маркеров с клинической картиной и симптомами диагноз системная красная волчанка был окончательно подтвержден. В настоящее время пациентка наблюдается у врача- ревматолога, получает терапию гидроксихлорохином и системными кортикостероидами.

Заключение. Диагностические ошибки при СКВ могут быть обусловлены не только редкостью встречаемости данной патологии в практике врача-дерматолога, но и существованием атипичных форм клинических проявлений заболевания, при котором отсутствуют яркие клинические симптомы и классические высыпания в виде «бабочки» и дискоидных бляшек. Лабораторная диагностика и междисциплинарное взаимодействие помогают выявить заболевание на ранней стадии, улучшить долгосрочные прогнозы лечения и качество жизни пациента.

АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Кибалина И. В., Цыбиков Н. Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита

Современные представления о патогенезе атопического дерматита (АтД) включают формирование реакции гиперчувствительности I типа, дисбаланс Т-хелперов 1-го и 2-го типа (Th1/Th2) и нарушение барьерной функции кожи. Однако клинический полиморфизм высыпаний, неэффективность антигистаминных препаратов у части пациентов и хроническое рецидивирующее течение заболевания указывают на участие дополнительных и недостаточно изученных механизмов.

Цель работы — изучить роль аутоантител класса иммуноглобулин G (IgG) к эластину и коллагену в патогенезе АтД и обосновать наличие аутоиммунного компонента как звена хронизации заболевания. Для достижения цели решались следующие задачи: 1) определить концентрацию аутоантител класса IgG к эластину и коллагену I и III типов в сыворотке крови и кожном экссудате у пациентов с АтД в периоды обострения и ремиссии; 2) в эксперименте in vitro оценить активирующее влияние иммунных комплексов, содержащих аутоантитела к эластину, на донорские лимфоциты.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с ограниченной и распространенной формами АтД: подростки (n=40) и взрослые (n=40). Контрольную группу составили практически здоровые добровольцы (n=30). Биоматериал: сыворотка крови и кожный экссудат, в том числе полученный методом «кожного окна». Уровень аутоантител класса IgG к эластину, коллагену I и III типов определяли методом ИФА. Субпопуляции лимфоцитов в экссудате оценивали методом проточной цитофлуориметрии. В эксперименте in vitro исследовали активацию донорских лимфоцитов под влиянием иммунных комплексов, выделенных из сыворотки пациентов с АтД. Статистическая обработка стандартная, данные представлены в виде Me (25%; 75%).

Результаты. У здоровых добровольцев концентрация аутоантител класса IgG к эластину в сыворотке крови минимальна (подростки — 20,11 (18,12; 21,19) нг/мл, взрослые — 19,42 (17,64; 21,2) нг/мл). При АтД в период обострения уровень аутоантител к эластину достоверно возрастал в большей степени при распространенном процессе (подростки — 41,93 (32,01; 46,02) нг/мл, p<0,0001; взрослые — 34,57 (20,41; 39,24) нг/мл, p=0,01). В ремиссию концентрация снижалась, но оставалась выше контрольных значений, что свидетельствует о перманентной аутоиммунной активации. В кожном экссудате уровень аутоантител был значительно ниже, чем в сыворотке, что указывает на их быстрое вовлечение в локальные патологические реакции с образованием иммунных комплексов. Аналогичная динамика выявлена для аутоантител к коллагену I типа: их концентрация в сыворотке крови у пациентов с АтД превышала контрольные значения, при этом в период обострения отмечалось относительное снижение показателя, вероятно, за счет связывания аутоантител в тканях-мишенях. Уровень аутоантител к коллагену III типа также был достоверно повышен по сравнению с контролем (подростки с ограниченной формой — 53,59 (44,53; 63,67) нг/мл, p<0,0001; взрослые с распространенной формой — 58,56 (45,88; 69,1) нг/мл, p=0,00001). При этом концентрация аутоантител в кожном экссудате была в 7,8–12 раз ниже, чем в сыворотке крови, что подтверждает их активное связывание с формированием иммунных комплексов в очаге воспаления. В эксперименте in vitro показано, что иммунные комплексы, содержащие аутоантитела класса IgG к эластину, выделенные из сыворотки крови пациентов с АтД, вызывают достоверную активацию донорских лимфоцитов (субпопуляции CD3+CD16+CD56+ и CD3+CD8+), превышающую активацию стандартным поликлональным активатором. Это доказывает функциональную значимость аутоантител как триггеров активации реакций гиперчувствительности цитотоксического и иммунокомплексного типов. При исследовании субпопуляций лимфоцитов в кожном экссудате выявлен высокий уровень цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3+CD8+), естественных киллеров (NK) (CD3–CD16+CD56+) и Т-NK-клеток (CD3+CD16+CD56+) в очагах поражения. Их количество коррелировало с распространенностью кожного процесса и возрастом пациентов. Обнаружено, что в патологическом очаге одновременно повышается концентрация хемокинов, рекрутирующих NK-клетки — IP-10 (индуцируемый гамма-интерфероном белок 10) и TARC (тимус-ассоциированный регуляторный хемокин),

что создает условия для синтеза интерферона гамма и дифференцировки наивных Т-лимфоцитов в Th1-клетки с последующей продукцией MIG (монокин, индуцируемый гамма-интерфероном), запускающего апоптоз кератиноцитов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что патогенез АтД не ограничивается реакцией гиперчувствительности I типа. Воспаление, развивающееся в коже, приводит к деструкции коллагеновых и эластиновых волокон, фрагменты которых выступают в роли аутоантигенов. Это запускает синтез аутоантител класса IgG, образование иммунных комплексов, рекрутизацию NK-клеток и цитотоксических Т-лимфоцитов с формированием реакций гиперчувствительности II и III типов. Аутоиммунный компонент является ключевым механизмом хронизации заболевания и объясняет полиморфизм клинических проявлений, резистентность к стандартной антигистаминной терапии и короткие периоды ремиссии.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДЕРМАТОЛОГИИ

Жукова О. В., Новожилова О. Л., Акулинкин В. С., Артемьева С. И.
ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы»; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Актуальность. Дерматовенерология относится к специальностям с высокой долей визуальной информации, что создает значительный потенциал для применения технологий искусственного интеллекта (ИИ) не только при анализе изображений, но и в задачах клинической поддержки, организации медицинской помощи, ведения документации и научной работы. Для крупного специализированного учреждения перспективным представляется системный подход к внедрению ИИ, при котором цифровые инструменты могут дополнять работу врача и интегрироваться в существующие клинические и организационные процессы.

Цель. Определить перспективные направления применения технологий ИИ в деятельности ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» и оценить возможности их использования в клинических, организационных, научных и образовательных процессах.

Задачи. Выделить процессы специализированной дерматовенерологической помощи, потенциально пригодные для применения ИИ; определить возможные сценарии использования таких технологий, а также основные условия и ограничения их дальнейшей апробации.

Материалы и методы. Проведен организационно-методический анализ клинических, диагностических, информационных и научно-образовательных процессов специализированной дерматовенерологической помощи. Рассматривались потенциальные сценарии применения компьютерного зрения, алгоритмов анализа медицинских данных и генеративного ИИ с учетом специфики деятельности ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Возможные направления оценивались с позиций практической значимости, интеграции в существующие рабочие процессы, снижения объема рутинных операций, требований к клинической верификации и защите персональных данных.

Результаты. Выделены пять перспективных направлений применения ИИ. Первое — анализ клинических и дерматоскопических изображений с возможностью выделения патологических элементов, сопоставления изображений в динамике и поддержки маршрутизации пациентов. Второе — объективизация оценки хронических дерматозов за счет автоматизированной оценки площади и выраженности поражения кожи, что потенциально может повысить воспроизводимость клинического мониторинга. Третье — поддержка клинических решений: структурирование анамнеза и результатов обследования, сопоставление клинических и лабораторных данных, выявление факторов риска и контроль полноты обследования при обязательной оценке результата врачом. Четвертое — оптимизация информационных и организационных процессов, включая структурирование медицинской информации, подготовку проектов отдельных элементов документации и аналитических материалов, поиск сведений в локальных информационных ресурсах. Пятое — научно-образовательное направление: структурирование обезличенных исследовательских данных, помощь при первичной обработке информации и формирование цифровых клинических сценариев.

Внедрение указанных технологий требует качественных и репрезентативных исходных данных, клинической апробации конкретных алгоритмов, анализа возможных ошибок и систематических смещений,

соблюдения требований к защите персональных данных и информационной безопасности. Перспективным представляется поэтапный подход: выбор конкретной задачи, пилотная апробация, оценка эффективности и безопасности и последующее рассмотрение возможности интеграции решения в практическую деятельность.

Выводы. Технологии искусственного интеллекта обладают значительным потенциалом для дальнейшего развития специализированной дерматовенерологической помощи. Наиболее перспективными представляются анализ медицинских изображений, стандартизация мониторинга хронических дерматозов, поддержка клинических решений, а также автоматизация отдельных информационных и организационных процессов. Дальнейшее изучение и поэтапная апробация таких технологий на базе крупного специализированного центра могут создать предпосылки для формирования современной модели цифровой дерматологии при обязательном сохранении ведущей роли врача в принятии клинических решений.

ВОЛЧАНОЧНЫЙ ПАННИКУЛИТ КАК РЕДКАЯ ФОРМА КОЖНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Михеева Э. С., Радионова Е. Е., Денисова Е. В., Жукова О. В., Корсунская И. М.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Волчаночный панникулит (люпус-панникулит, глубокая красная волчанка (ГКВ)) — редкая форма хронической кожной красной волчанки (ХККВ), характеризующаяся воспалительным поражением подкожной жировой клетчатки с последующим развитием липодистрофии. Заболевание встречается примерно у 1–3% всех пациентов с кожной красной волчанкой (ККВ) и у 2–5% больных системной красной волчанкой (СКВ). Чаще развивается у женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Редкость заболевания и трудности дифференциальной диагностики нередко приводят к поздней верификации диагноза и затрудняют своевременный выбор эффективной терапии для минимизации осложнений.

Цель. Представить клиническое описание случая глубокой красной волчанки.

Результаты. 30 октября 2025 г. в МНПЦДК, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», поступила пациентка Л. 34 лет с жалобами на высыпания на коже левого плеча, сопровождающиеся болезненностью, чувством «жжения», общая слабость. Считает себя больной с мая 2021 г., когда впервые отметила появление уплотнения до 1 см на коже задней поверхности левого плеча. В дальнейшем очаг постепенно увеличивался, заболевание приобрело хроническое прогрессирующее течение. В 2023 г. проведено 3 патоморфологических исследования. В процессе диагностического поиска рассматривались атерома, постожоговый инфильтрат подкожной клетчатки, склеродермия, туберкулезная волчанка, глубокий микоз, дерматофибросаркома Дарье–Феррана, дерматомиозит и идиопатический панникулит. В марте 2024 г. пересмотрены стекла трех гистологических исследований, выявлено гранулематозное воспаление. На момент госпитализации патологический процесс на коже носил хронический воспалительный характер. На коже переднебоковой и задней поверхности левого плеча отмечался обширный очаг в виде диффузного, местами выраженно плотного болезненного уплотнения красно-багрового цвета с красной каймой и синюшным оттенком. Отмечались выраженная атрофия подкожно-жировой клетчатки, участки атрофии внутри очага, на поверхности местами сероватого цвета рыхлые чешуйко-корки, болезненно отделяющиеся при поскабливании; очаг был горячим на ощупь. При лабораторном обследовании выявлены тромбоцитоз 419×10^9/л, повышение СОЭ до 28 мм/ч, гематокрита до 46,5%, среднего объема эритроцитов до 100,8 фл, общего холестерина до 6,29 ммоль/л, ЛПНП до 4,78 ммоль/л; в общем анализе мочи — лейкоциты и небольшое количество бактерий. С целью уточнения диагноза в ноябре 2025 г. проведен пересмотр ранее выполненных гистологических препаратов. В коже выявлены эпидермис с участками атрофии, вакуолизацией цитоплазмы отдельных клеток базального слоя. В дерме поверхностные и глубокие периваскулярные и периаднексальные лимфоплазмоцитарные инфильтраты. Отмечается очаговое утолщение базальной мембраны. При этом

в исследованных препаратах практически отсутствовала подкожная жировая клетчатка, что затрудняло верификацию панникулита. Морфологическая картина в целом наиболее соответствовала красной волчанке. На консилиуме 06.11.2025 г. на основании жалоб, анамнеза, клинической и гистологической картины установлен диагноз: волчаночный панникулит (L93.2). С учетом тяжести и торпидности процесса проведены системная терапия и плазмаферез; преднизолон заменен на метилпреднизолон 32 мг/сут, рекомендован гидроксихлорохин после консультации офтальмолога. На фоне лечения отмечена положительная динамика. При выписке сохранялся очаг на левом плече, однако уменьшились выраженность красной каймы, синюшного оттенка и локальной гипертермии.

Заключение. Таким образом, глубокая красная волчанка представляет собой чрезвычайно редкий вариант ХККВ, которая представляет сложность для диагностики и терапии. Ведение пациентов с данной патологией требует междисциплинарного подхода, клинико-морфологического сопоставления и исключения системного процесса.

ВЫПУСК СТАНДАРТИЗОВАННОГО КОМПЛЕМЕНТА НА ОСНОВЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛЬЧАТ

Ротанов С. В., Мишуткина Я. В., Мамедова Э. А., Бахилина Н. В.

1 *Федеральное государственное учреждение науки «Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии» Роспотребнадзора, г. Оболенск*

2 *АО «ЭКОлаб», Электрогорск, Россия; г. Оболенск, г. Электрогорск*

Введение. При постановке некоторых микробиологических исследований в качестве необходимого реагента необходимо в среду культивирования вводить сыворотку крови лабораторных животных, характеризующуюся высоким содержанием комплемента. К таким исследованиям относят: определение комплемент-зависимой цитотоксичности (КЗЦТ), изучение опсонофагоцитарной активности (ОФА) или бактерицидных свойств сыворотки крови (АБС), а также исследования по оценке безопасности и эффективности разрабатываемых и выпускаемых вакцин. До недавнего времени комплемент-содержащие реагенты исследовательские лаборатории приобретали по импорту, так как в Российской Федерации не было организовано его регулярное производство.

Цель — разработка технологии производственного стандартизованного получения реагента, содержащего высокий уровень комплемента (на основе крови лабораторных животных), предназначенного для проведения научных и контрольных лабораторных исследований с обеспечением условий его длительного хранения.

Материалы и методы. По результатам изучения научных публикаций прежних лет в качестве продуцентов исходного сырьевого материала были выбраны лабораторные кролики породы Советская шиншилла, так как по сравнению с лабораторными морскими свинками они дают больший выход производственного сырья.

Результаты. В ходе разработки производственной технологии были успешно решены следующие практические задачи: определен оптимальный возраст лабораторных животных (21–28 дней) и контрольная масса тушки животного-донора, отработан способ получения крови с максимальным выходом сыворотки (асептическая пункция сердца и аспирация в стерильный шприц); оптимизированы температурные и временные условия отделения сыворотки крови (центрифугирование и охлаждение индивидуально полученных от каждого животного порций крови сразу же после заготовки, приготовление общего пула сыворотки, проведение стерилизующей фильтрации через шприцевые фильтры из ацетата целлюлозы с предфильтром из стекловолокна производства России или Китая), дозирование в индивидуальные емкости. В различные сроки методикой «ускоренного старения» и при реальном хранении (в замороженном состоянии при температуре –70 °С) были изучены функциональные свойства и стабильность разработанного реагента на основе сыворотки крови крольчат. Оценку реактивности и других функциональных свойств разработанного нового реагента, содержащего комплемент, проводили на базе НИИВС им. И. И. Мечникова. Результаты разработок и серии опытно-экспериментальных исследований были обобщены и стандартизованы при подготовке Технических условий (ТУ) на производственный продукт «Сыворотка (комплемент) 3–4-недельных крольчат».

Заключение. В результате выполнения комплексной программы по импортозамещению на предприятии АО «ЭКОлаб» был разработан и внедрен в производство инновационный продукт «Сыворотка (комплемент) 3–4 недельных крольчат», позволяющий обеспечить исследовательские лаборатории реагентом, необходи-

мым для широкого спектра исследований. Увеличенные объемы выпускаемых серий нового продукта на основе сыворотки крови кроликов сокращают время производственного цикла и себестоимость производства; качество нового реагента обеспечивается условиями производства, сертифицированного по стандарту ISO 13485.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМОРБИДНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Супрун С. В., Макеева М. И.
Хабаровский филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» — Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства, г. Хабаровск

Актуальность. В ряде исследований российских и зарубежных авторов показано, что псориаз является одним из распространенных заболеваний у детей [1], и его частота в мировой педиатрической практике составляет от 1 до 3%, что обусловливает актуальность изучения данной области медицины [2]. Как и у взрослых, псориаз может сопровождаться сопутствующей патологией, такой как артрит [3], ожирение [4], метаболический синдром [5], сахарный диабет [4], патология сердечно-сосудистой системы [3], болезнь Крона [6], бронхиальная астма [7].
Заболевания легких имеют много общих черт с псориазом. Сходства включают иммунные процессы, профили цитокинов и типы иммунных клеток от запуска хелперов соответствующих типов через сигнальную сеть цитокинов до эффекторного звена, представленного нейтрофилами и иными гранулоцитами.
Представленные разными авторами данные на современном этапе показывают невысокий процент коморбидности патологии бронхолегочной системы — 1,5% до 4,7% в исследуемой когорте больных с псориазом, проживающих в определенных регионах. Частота такого сочетания зависит от методов своевременной диагностики, течения заболевания и длительности лечения, представлена различной нозологией, преимущественно бронхиальной астмой, ХОБЛ, хроническими бронхитами, интерстициальными нарушениями легких. Проанализированные работы свидетельствуют об общих механизмах воспаления, а также экспрессии определенных генов иммунной системы, влиянии эпигенетических, медико-социальных факторов, действии специализированной терапии. В группах наблюдаемых пациентов находилось преимущественно взрослое население, значительно меньше информации найдено по детскому периоду.
Цель исследования: изучить и установить некоторые общие полиморфизмы генов при заболеваниях органов дыхания (ЗОД) и псориазе, которые могут негативно влиять на качество жизни ребенка для последующей разработки персонализированных научно-обоснованных подходов оптимизации лечебно-диагностических и профилактических стратегий.
Материалы и методы. В клинике НИИ ОМиД в период с 21.01.26 по 06.07.26 обследовано 67 детей с псориазом (Пс) и в сочетании с частыми респираторными инфекциями на фоне вторичных иммунодефицитных состояний (ВИДС).
Верификация диагноза осуществлялась на основании клинико-анамнестических данных, современных лабораторно-инструментальных исследований и в соответствии с классификацией основных клинических форм заболеваний у детей в соответствии с МКБ-10.
Выявлены полиморфизмы, характерные для заболеваний органов дыхания в сочетании с псориазом и в группе сравнения (сольный псориаз):
IL 1β T-511C Для генотипа TC у детей с коморбидностью показана тенденция к большей частоте встречаемости, генотип TT достоверно чаще встречается в группе сравнения. Данный полиморфизм усиливает синтез интерлейкина IL 1β T-511C, основного интерлейкина неспецифического воспаления, мы видим более выраженный провоспалительный сигналинг у детей с коморбидностью.
IL1β T-31C Генотип TC достоверно чаще встречается у детей с коморбидностью, в то время как TT в группе сравнения. Область, содержащая аллель –31T, включает TATA-бокс — регулирующий эффективность транскрипции, его реактивность может быть связана с различиями характера транскрипционных сигналов, которые требует специального изучения.
IL 17A G-197A В группе с коморбидностью достоверно чаще выявляется генотип GA, а в группе сравнения GG. Интерлейкин 17A является основным регулятором гранулопоэза, который при его избытке становится патологическим, вызывает гиперкоагуляцию и тромбопоэз, способствует резорбции и, при избытке, патологическому замещению соединительной ткани, эти

механизмы коэнергичны для псориаза и заболеваний дыхательной системы, и не удивительно, что этот полиморфизм чаще встречается при коморбидности.
Выводы. Сочетание ЗОД и Пс клинически имеет более тяжелое течение, и для него характерны варианты полиморфизмов, которые в общей популяции встречаются реже.

ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

Цель и задачи: описание клинического случая атопического дерматита с осложнением в виде герпетиформной экземы Капоши у женщины 23 лет.
Материалы и методы: клиническое наблюдение, результаты обследования.
Результаты. Женщина 23 лет, считает себя больной с 1,5 лет, когда впервые появились высыпания на коже локтевых сгибов и подколенных ямок. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, выставлен диагноз «Атопический дерматит», лечилась амбулаторно и стационарно с временным улучшением (системные и топические ГКС, антигистаминные препараты, эмоленты). Заболевание приняло хронический рецидивирующий характер. Отмечает обострение с 12.06.2026, связывает с бритьем в области лобка, обратилась к дерматовенерологу в филиал «Пролетарский», жалобы на высыпания, субъективно интенсивный зуд, лечилась амбулаторно (валацикловир 1000 мг перорально 3 раза в сутки 10 дней, цефтриаксон 1 г внутримышечно 1 раз в сутки 10 дней, цетиризин 10 мг перорально 1 раз в сутки 10 дней, хифенадин 25 мг перорально 1 раз в сутки 10 дней) без динамики. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения направлена на лечение в дневной стационар ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», филиал «Пролетарский», получала лечение: меглюмина натрия сукцинат 1,5% 250 мл внутривенно капельно 10 дней, наружная терапия-тГКС, выписана с улучшением. Объективно: патологический процесс носит распространенный, островоспалительный характер, локализован на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, лобковой области. Отмечается общая сухость кожного покрова и шелушение. На коже туловища, локтевых, лучезапястных, подколенных сгибов симметрично расположены обширные очаги гиперемии, инфильтрации и умеренной лихенизации. Также имеются линейные экскориации, серозно-геморрагические корочки. Кожа лобковой области диффузно гиперемирована, инфильтрирована, пастозна. На этом фоне расположены множественные, сгруппированные и диссеминированные везикулы с мутным содержимым, эрозии, местами с гнойным налетом, серозно-геморрагические и импетигинозные корочки. Слизистая полости рта свободна от высыпаний. Ногтевые пластины кистей и стоп не поражены. Дермографизм смешанный. Результаты клинико-лабораторного исследования: Клинический анализ крови от 17.06.2026: Эритроциты — 4,45 (10*12/л), Лейкоциты — 9,85 (10*9/л), Гемоглобин — 142 (г/л), Тромбоциты — 258 (10*9/л), Нейтрофилы — 61,0%, Эозинофилы — 0%, Лимфоциты — 33,9%, Моноциты — 4,8%. Общий анализ мочи от 25.06.2026: Удел. вес — 1,009, pH — 5,5, эпителий плоский — 6,10/мкл, лейкоциты — 74,10/мкл. Антитела к Tr. pallidum ИФА, HBs, HCV от 22.06.2026: не обнаружено. Herpes simplex 1,2 методом ПЦР обнаружен от 22.06.2026.
Вывод. Задача врача-дерматовенеролога при проведении диагностического поиска ориентироваться на клинико-лабораторные исследования и не исключать вариант осложнения в виде инфекционных поражений кожи. Необходимо учитывать вирусную природу герпетиформной экземы Капоши как осложнения атопического дерматита, целесообразно использовать в комплексной терапии лекарственные препараты, обладающие противовирусным, дезинтоксикационным и антибактериальным эффектами.

ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ СИНДРОМА БЛОХА–СУЛЬЦБЕРГЕРА

Ягунова Ю. М., Шульгина И. Г., Бешуле В. А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Синдром Блоха–Сульцбергера, или недержание пигмента, — редко встречающееся гене-

тическое заболевание, которое развивается в результате мутации NEMO/IKK-γ гена, расположенного на хромосоме Xq28. Впервые синдром был упомянут в литературе А. Гарродом (A. Garrod, 1906). Более подробное описание и систематизацию клинических наблюдений осуществили швейцарский дерматолог Б. Блох (B. Bloch, 1926) и американский дерматолог М. Сульцбергер (M. Sulzberger, 1927), по именам которых данный синдром и получил свое название. Существует предположение, что на мутацию генов влияет вирусная и внутриутробная инфекции. Данный генодерматоз возникает преимущественно у лиц женского пола, тип наследования — Х-сцепленный доминантный, почти всегда приводит к внутриутробной гибели плода мужского пола. Лишь единичные сообщения свидетельствуют о наличии клинико-лабораторных симптомов недержания пигмента у мальчиков. Частота встречаемости синдрома составляет 1 на 75 тыс. новорожденных. Заболевание выявляется при рождении ребенка или в первые дни и недели жизни, клинически проявляется линейно расположенными пузырями по линиям Блашко (вдоль нервных стволов) на фоне эритемы. Болезнь протекает в несколько стадий, которые на протяжении жизни пациента последовательно сменяют друг друга (воспалительная, или везикулезно-буллезная, веррукозная, стадия гиперпигментации, стадия гипопигментации и атрофии (с 6 лет до пубертата). Могут наблюдаться поражения придатков кожи в виде дистрофии ногтей и волос, нарушения со стороны ЦНС (эпилепсия, гидроцефалия, микроцефалия, олигофрения, задержка психического развития, атаксия, спастический паралич), органа зрения (воспаление и атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки, слепота, косоглазие, кератиты, катаракта), дистрофия зубов (гипо- и адонтия). Тяжесть и прогноз заболевания зависит от степени поражения внутренних органов и систем. Специфического лечения не существует. Кожные проявления с возрастом могут регрессировать. Требуется наблюдение у невролога, офтальмолога и стоматолога.

Цель работы. Представить 2 клинических случая с данным редким генодерматозом.

Клинический случай 1. Девочка К. в возрасте 1 месяц 28 дней наблюдается с мая 2026 года. Основной диагноз: Недержание пигмента, синдром Блоха–Сульцбергера (код по МКБ-10 Q82.3). Сопутствующие диагнозы: Врожденные стеноз и стриктура слезного протока, прогрессирующая пролиферативная ретинопатия. Анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Дефект предсердной перегородки. Семейный анамнез не отягощен. Анамнез: родилась от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, резус-конфликта (введение иммуноглобулина), железодефицитной анемии, гестационной артериальной гипертонии, ОРВИ во 2 триместре. Роды в сроке 38 недель, кесарево сечение (рубец на матке), околоплодные воды светлые. При рождении вес 3380 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние ребенка при рождении средней тяжести, обусловленное умеренными признаками токсикоза на фоне течения врожденной инфекции. При лабораторном обследовании отмечались положительные IgM Chlamidia pneumonia. Была проведена антибактериальная терапия в возрастной дозировке. У девочки с рождения отмечались отечность век, гиперемия конъюнктивы, на коже живота, верхних и нижних конечностей, преимущественно по линиям Блашко, на ярко-эритематозном фоне отмечались множественные линейно расположенные веррукозные высыпания, везикулы с гладкой напряженной покрышкой, с серозным содержимым. Выявлена эозинофилия пузырного содержимого, в клиническом анализе крови — лейкоцитоз за счет эозинофилии. В роддоме была консультирована врачом-дерматовенерологом, установлен клинический диагноз: «Синдром Блоха–Сульцбергера, везикуло-буллезная стадия». Местный статус: общее состояние ребенка удовлетворительное. Патологический кожный процесс носит распространенный, симметричный воспалительный характер, локализуется на коже живота, плеч, предплечий, бедер, голеней. Высыпания располагаются линейно по линиям Блашко, представлены папулами, веррукозными разрастаниями, единичными везикулами с серозным содержимым, эрозиями с серозно-геморрагическими корочками, расположенными на гиперемированном фоне. Девочка была направлена на консультацию к врачу-генетику МНПЦДК ДЗМ, который на основании данных клинического осмотра, анамнестических данных, представленных результатов клинико-лабораторных исследований подтвердил основной клинический диагноз. Взята на диспансерный учет.

Клинический случай 2. Пациент Т., 21 год, наблюдается в филиале «Первомайский» с октября 2025 года. Основной диагноз: Недержание пигмента, синдром Блоха–Сульцбергера (код по МКБ-10 Q82.3). Сопутствующие диагнозы: Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе. Ретиналь-

ные разрывы без отслойки сетчатки, OD разрыв. Сложный миопический астигматизм. Двустороннее продольное плоскостопие. Избыточная масса тела. Семейный анамнез: наследственность отягощена по отцовской и материнской линии — патология опорно-двигательного аппарата. Близкородственные браки отрицает. Жалобы на множественные гипопигментные пятна на туловище и конечности. Анамнез: болеет с возраста 1–2 месяцев, когда родители впервые заметили высыпания на коже туловища и конечности с постепенным увеличением площади пятен в соответствии с линейным ростом тела, отмечается более высокая чувствительность в светлых участках кожи к воздействию ультрафиолета, появление солнечных ожогов в их области. В возрасте 8 лет консультирован генетиком, высыпания на тот момент расценены как состояние пегости. Консультирован 10.10.2025 в КО ООСМП МНПЦДК, установлен диагноз: «Q82.3 Недержание пигмента, Синдром Блоха–Сульцбергера». Местный статус: Патологический процесс носит распространенный невоспалительный характер, локализован симметрично на коже туловища, конечностей, представлен множественными гипопигментными пятнами неправильной линейной формы в виде «брызг», расположенными по линиям Блашко. Дермографизм смешанный. Результаты лабораторного обследования от 16.10.2025 г. в пределах референсных значений кроме ОАК: повышено количество лейкоцитов 9,91x10*9/л (норма 0,3–6,7x10*9/л) и тромбоцитов 372x10*9/л (норма 160–370x10*9/л). Взят на диспансерный учет.

Выводы. Недержание пигмента, синдром Блоха–Сульцбергера, — редкое генетическое заболевание, диагностика которого может вызвать трудности. В приведенных наблюдениях установить диагноз позволил анализ совокупности анамнеза, клинических проявлений, данных клинико-лабораторных исследований. Поражение внутренних органов и систем при синдроме обуславливает необходимость междисциплинарного подхода к ведению таких больных.

ДЕРМАТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. РЕДКИЕ И УНИКАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.

Беликов А. Н., Савкина С. Д.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского», кафедра внутренних болезней медицинского института, г. Калуга

Введение. Редкие дерматозы у детей раннего возраста представляют значительные диагностические и терапевтические трудности вследствие неспецифичности начальных проявлений, отсутствия настороженности у врачей первичного звена и ограниченного арсенала зарегистрированных лекарственных средств для педиатрической практики. Наиболее сложны для распознавания врожденные генетические дерматозы, манифестирующие с первых месяцев жизни, а также инвазионные заболевания с атипичным течением, требующие междисциплинарного подхода.

Цель. Продемонстрировать клинические особенности и сложности дифференциальной диагностики трех редких дерматологических состояний у детей: врожденного ихтиоза (плод Арлекин), пигментной ксеродермы и норвежской чесотки, а также обосновать необходимость мультидисциплинарного ведения пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ трех случаев, наблюдавшихся в лечебных учреждениях Калужской области. В работе использованы анамнез, клинический осмотр, микроскопия соскобов, гистология, молекулярно-генетическое консультирование, заключения смежных специалистов и патологоанатомические данные.

Результаты. Случай 1 (ихтиоз плода, плод Арлекин, Q80.0). Девочка, рожденная на 34-й неделе беременности, с первых часов имела грубый роговой панцирь, растрескивающийся на полигональные площадки, выворот век и губ, деформацию кистей и стоп. Несмотря на интенсивную терапию, на фоне белково-энергетической недостаточности и полиорганных нарушений наступила смерть в возрасте 4 месяцев 17 дней. Гистологически — выраженный гиперкератоз, акантоз, эпидермальные трещины; во внутренних органах — гипоплазия тимуса, дисплазия соединительной ткани. Четырехмесячная выживаемость

указывает на потенциальную возможность продления жизни при грамотной поддерживающей терапии. Случай 2 (пигментная ксеродерма, Q82.1). Мальчик с первого месяца жизни имел фотоиндуцированную эритему, пузыри, стойкие конъюнктивиты. В раннем возрасте устанавливались диагнозы эксфолиативного дерматита, фотодерматита; пигментная ксеродерма верифицирована лишь в 12 лет при первом обращении в ГБУЗ КО КОККВД. К тому времени выявлены множественные эфелиды, лентиго, невусы, атрофия и гиперпигментация открытых участков кожи, истощение ушных хрящей. Генетическое консультирование подтвердило аутосомно-рецессивное наследование. В 22 года присоединились тяжелая бронхиальная астма, интерстициальный фиброз легких, кахексия; в 23 года наступил летальный исход от острой сердечно-легочной недостаточности. Поздняя диагностика лишила пациента адекватной фотопротекции и динамического наблюдения, что ускорило системные осложнения. Случай 3 (норвежская чесотка, B86.0). Ребенок 3 месяцев поступил с лихорадкой, кашлем, распространенными серо-коричневыми многослойными корками на лице, шее, туловище и конечностях, глубокими трещинами. Микроскопия соскоба выявила Sarcoptes scabiei в высокой концентрации. Данный случай можно считать уникальным в дерматологической практике, поскольку ранее случаев норвежской чесотки у детей грудного возраста не было описано в отечественной и мировой литературе. При подборе терапии выявились сложности: для лечения чесотки детей в возрасте до 1 года рекомендовано применять аэрозоль, содержащий эсдепаллетрин, однако с 2014 года данный 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 и необходимости лечения было решено использовать наружное средство, содержащее перметрин в концентрации 5% в вязкой лосьонной основе, на всю поверхность кожных покровов. На очаги с массивными корками накладывались примочки с растительными отварами и серосодержащая мазь с последующим применением топических глюкокортикостероидов и смягчающих средств. Для купирования зуда назначались блокаторы гистаминовых H1-рецепторов внутрь. Через 3 недели отмечено отторжение корок с формированием гиперпигментированных пятен; через 2,5 месяца наступило полное разрешение кожного процесса.

Выводы. Приведенные наблюдения подтверждают, что редкие дерматозы у детей требуют высокой настороженности и раннего молекулярно-генетического или паразитологического подтверждения. Ихтиоз и пигментная ксеродерма нуждаются в мультидисциплинарном ведении (дерматолог, генетик, офтальмолог, невролог, пульмонолог). Норвежская чесотка должна исключаться при торпидных корковых поражениях кожи у грудных детей даже без типичного зуда. Отсутствие зарегистрированных педиатрических скабицидов диктует необходимость разработки временных клинических рекомендаций. Своевременная диагностика и рационализированная терапия предотвращают инвалидизацию и летальные исходы.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Шнайдер Д. А., Горбенко А. В.
Государственное учреждение здравоохранения «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Саратов

Введение. Псориаз — хроническое заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, сочетается с выраженными психоэмоциональными нарушениями, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата. Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и, по литературным данным, встречается у 1–2% населения. По данным официальной государственной статистики в Российской Федерации распространенность псориаза в 2025 году составляет 126,2 заболевания на 100 тысяч населения; заболеваемость — 37,6 на 100 тысяч населения. Показатели распространенности незначительно варьируют в зависимости от возраста, пола, географического положения. Почти в 1/3 случаев псориаз возникает в детском возрасте. Количественный рост таких провоцирующих факторов как психоэмоциональный стресс, инфекции, ожирение или избыточная масса тела объясняют этот феномен. Средний возраст начала заболевания варьирует от 8 до 11 лет, чаще встречается у девочек. Только у 2% детей псориаз проявляется в возрасте до 2 лет.

Цель. Изучить психоэмоциональное состояние у детей больных псориазом, состоящих на диспансерном учете в ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 29 детей, состоящих на диспансерном учете с псориазом разной степени тяжести, возраст пациентов составил от 10 до 17 лет. Для изучения психоэмоционального состояния у детей, больных псориазом применялась проективная методика «Моя болезнь» и Детская шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина.

Результаты. Согласно статистическим данным, на территории Саратовской области общая заболеваемость псориазом за 2025 год в возрасте от 0 до 17 лет составляет 12,5 заболевания на 100 тысяч населения (538 человек). На диспансерном учете в ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер» состоит 110 человек из них в возрасте от 10 до 17 лет 87 человек. В исследовании приняло участие 29 пациентов в возрасте от 10 до 17 лет. При интерпретации показателей, полученных при обработке теста Спилберга–Ханина, применялись ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–44 балла — умеренная тревожность; 45 и более — высокая тревожность. Анализ данных, полученные при анкетировании больных, позволил определить у пациентов повышенный уровень реактивной тревоги — 45–49 баллов у 19 испытуемых; 31–34 — умеренная тревожность — у 7 человек; низкая тревожность до 30 баллов — у 3 человек. Уровень личностной тревожности был в пределах 31–44 баллов — умеренный показатель тревожности у всех испытуемых — 29 человек. При анализе рисунков по методике «Моя болезнь» пациентами использовались в основном темные, серые оттенки цветов, что свидетельствует о наличии тревоги, депрессии, негативных эмоциях. Так же учитывалось расположение рисунка на листе, испытуемые располагали рисунок в центре — это говорит о том, что болезнь в центре внимания, фокус направлен на собственные переживания и ощущения. Для интерпретации рисунка важную роль играет обсуждение рисунка с ребенком. Необходимо, чтобы пациент самостоятельно объяснил, что для него значит каждый элемент. Расхождения между его словами и визуальным рядом указывают на неосознаваемые аспекты переживания.

Заключение. Работа медицинского психолога диспансера с детьми, страдающими псориазом, направлена на поддержку в адаптации к болезни, снижение эмоционального стресса и улучшение качества жизни. Такие дети часто сталкиваются с ограничениями, регулярными госпитализациями, страхом за свою жизнь и необходимостью постоянного медицинского контроля. Медицинский психолог оказывает постоянную психокоррекционную помощь данной категории больных. Результаты психологического тестирования показывают, что пациенты страдают повышенной тревогой, заниженной самооценкой, это снижает их уровень адаптации и качество жизни. В связи с этим организация психореабилитационной помощи требует своего дальнейшего развития и совершенствования.

ИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНЫХ ДЕРМАТОЗАХ: РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО КОНТЕКСТА

Алхаджаджра А. Ю. А., Вашкевич А. А., Разнатовский К. И., Резцова П. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Атипичное течение дерматозов остается одной из главных причин диагностических ошибок — схожая морфологическая картина разных нозологий затрудняет клиническое распознавание даже для опытных специалистов. Мультимодальные языковые модели способны расширять дифференциальный ряд, однако их эффективность при нестандартных клинических ситуациях зависит от качества предоставляемого контекста.

Цель. Оценить влияние полноты клинических данных на диагностическую точность мультимодальной модели при типичных и атипичных дерматозах и определить условия ее наиболее эффективного применения.

Материалы и методы. Проспективное сравнительное исследование на верифицированных клинических случаях из открытого атласа DermNet NZ, охватывающих более 100 нозологий. Случаи разделены на типичные и атипичные (независимая экспертная оценка). Модель тестировали в трех режимах: только изображение, изображение с клиническим описанием, только текст. Дополнительно проведено прямое со-

поставление с ординаторами разного года обучения в зеркальных условиях.

Результаты и обсуждение. Совместное предъявление изображения и клинического описания обеспечивало статистически значимо более высокую точность по сравнению с любым одиночным режимом. Наиболее выраженный прирост зафиксирован именно при атипичных случаях — там, где изображение само по себе оказывалось наименее информативным. В условиях сопоставимого информационного контекста модель не уступала ординаторам ни первого, ни второго года обучения. Таким образом, ИИ не компенсирует дефицит клинической информации, а усиливает ее: эффективность системы определяется способностью врача грамотно сформулировать запрос.

Выводы. При атипичном течении дерматоза мультимодальная модель наиболее эффективна при предоставлении полного клинического контекста. Практическим следствием является необходимость целенаправленного обучения врачей взаимодействию с ИИ-системами — не как с автономным диагностом, а как с инструментом, усиливающим клиническое мышление.

ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕР ОТВЕТА НА ПУВА-ТЕРАПИЮ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА

Зыбкин Р.Д[1]., Молочков А.В[1]., Мошнин М.В[2]., Воронков В.Н[2]., Куй-Беда О.В[1]., Иванова А.С[1].,

1 Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва

2 ООО «Горное солнце», клиника «Псориаз-премиум»., г. Москва

Цель исследования. Оценить возможность применения инфракрасной термографии как дополнительного неинвазивного метода объективной оценки динамики кожных проявлений вульгарного псориаза на фоне ПУВА-терапии и изучить взаимосвязь изменений температурных характеристик очагов с клинической динамикой заболевания.

Задачи исследования. Определить температурные характеристики пораженной и интактной кожи до начала лечения; изучить динамику температурного градиента в процессе ПУВА-терапии; сопоставить изменения термографических показателей с динамикой индекса площади и тяжести псориаза (PASI); оценить перспективность метода для объективного мониторинга ответа на лечение.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 10 пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом, получавших ПУВА-терапию. Клиническую оценку проводили с использованием индекса площади и тяжести псориаза (PASI). Инфракрасную термографию выполняли до начала лечения и после 5, 10, 15 и 20 процедур. Исследование проводили в стандартизированных условиях при температуре воздуха 22–23 °C и относительной влажности 40–60% после 15-минутной адаптации. Для регистрации тепловизионных полей кожи использовали дистанционный тепловизор Ulefone Armor 29 Pro Thermal. Оценивали температуру псориатических очагов и симметричных участков интактной кожи. Основным термографическим показателем являлась разница температур между пораженной и интактной кожей (ΔT). Для оценки динамики показателей использовали парный критерий Вилкоксона; статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. До начала лечения среднее значение ΔT составило 3,35±1,07 °C (n=10). После 5 процедур ΔT снизилась до 2,90±0,58 °C (n=10), однако статистически значимых различий по сравнению с исходными значениями не выявлено ($p=0,477$). После 10 процедур среднее значение ΔT составило 3,00±0,63 °C (n=7); снижение относительно исходных значений у тех же пациентов было статистически значимым ($p=0,016$). После 15 процедур ΔT составила 2,50±0,46 °C (n=6), а после 20 процедур — 2,00±0,38 °C (n=6); снижение относительно исходных значений также было статистически значимым ($p=0,031$ для обоих сроков). Динамика термографических показателей сопровождалась снижением выраженности псориатического процесса. Среднее значение PASI после 5 процедур составило 16,90±8,07 (n=10), после 10 процедур — 14,46±6,02 (n=7), после 15 процедур — 10,37±5,54 (n=6), после 20 процедур — 7,33±3,92 (n=6). По сравнению с исходными значениями у тех же пациентов снижение PASI было статистически значимым на каждом этапе: $p=0,006$; $p=0,016$; $p=0,031$ и $p=0,031$ соответственно. Таким

образом, уменьшение температурного градиента наблюдалось на фоне клинического улучшения. При этом после 5 процедур, несмотря на статистически значимое снижение PASI, достоверного изменения ΔT выявлено не было. Полученные данные не позволяют на данном этапе рассматривать ΔT как подтвержденный ранний предиктор клинического ответа.

Выводы по исследованию. На предварительной выборке из 10 пациентов в процессе ПУВА-терапии выявлено уменьшение разницы температуры между псориатическими очагами и интактной кожей, наиболее выраженное на поздних этапах лечения. Динамика ΔT сопровождалась статистически значимым снижением PASI. Полученные результаты позволяют рассматривать инфракрасную термографию как перспективный дополнительный метод объективной оценки динамики псориатического процесса. Вместе с тем отсутствие статистически значимого изменения ΔT на раннем этапе лечения не позволяет подтвердить его прогностическую ценность в качестве раннего маркера ответа на терапию. Для оценки прогностического потенциала метода необходимы увеличение выборки и дальнейший анализ взаимосвязи ранних термографических изменений с последующей клинической эффективностью лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЦЕЛАСТРОЛА НА СИНТЕЗ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 В КУЛЬТУРЕ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Волчек И. А., Перевалова Е. Г., Масюкова С. А.
Медицинский институт непрерывного образования Российского государственного биотехнологического университета Росбиотех, г. Москва

Введение. Розацеа — распространенное дерматологическое заболевание, встречающееся у 3% населения, точные механизмы развития которого до сих пор не ясны. К числу ключевых этиопатогенетических факторов относят микроскопических клещей рода Demodex и провоспалительный цитокин интерлейкин-17 (IL-17). Известно, что целастрол — соединение растительного происхождения, выделяемое из Tripterygium wilfordii Hook. f., — обладает способностью ингибировать провоспалительные цитокины, включая IL-17. Тем не менее комплексных исследований взаимосвязи этих факторов при розацеа ранее не проводилось.

Цель работы. Изучить изменения уровня синтеза IL-17 мононуклеарными клетками здоровых доноров и пациентов с розацеа in vitro в ответ на антигены Demodex, а также оценить модулирующий эффект целастрола.

Материалы и методы. В культурах клеток здоровых доноров и пациентов с различными формами розацеа оценивали влияние целастрола (в дозах 1, 10 и 100 нг/мл) на уровень спонтанного и стимулированного антигеном Demodex синтеза IL-17.

Результаты. Установлен высокий уровень спонтанного синтеза IL-17 мононуклеарными клетками пациентов с розацеа. Выявлен выраженный иммунный ответ на антиген Demodex как у больных, так и у здоровых доноров. Установлен выраженный ингибирующий эффект целастрола, проявляющийся при дозировке от 1 нг/мл.

Выводы. Целастрол эффективно подавляет синтез IL-17 мононуклеарными клетками как здоровых доноров, так и пациентов с розацеа в ответ на антигенную стимуляцию Demodex.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ VEGF-A ПРИ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ РОЗАЦЕА

Масюкова С. А., Перевалова Е. Г., Волчек И. А.
Медицинский институт непрерывного образования Российского биотехнологического университета Росбиотех, г. Москва

Цель. Изучить изменения уровней фактора роста эндотелия сосудов (VEGF-A при основных формах розацеа в зависимости от сроков существования процесса.

Материалы и методы. В исследование были включены 63 пациента с розацеа (36 женщин и 27 мужчин) в возрасте от 22 до 67 лет. Согласно клиническим критериям, у 34 пациентов диагностирована эритематозно-телеангиэктатическая форма (ЭТФ), у 29 — папуло-пустулезная

форма (ППФ). В зависимости от длительности заболевания пациенты были распределены на две группы: до 6 месяцев (32 человека: 16 с ЭТФ и 16 с ППФ) и более 6 месяцев (31 человек: 18 с ЭТФ и 13 с ППФ). Контрольную группу составили 18 практически здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Уровень VEGF-A в плазме периферической крови определяли до начала лечения методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора VEGFA Mini Samples ELISA Kit (Cloud-Clone, Китай; диапазон 15,6–1000 пг/мл, чувствительность 5,8 пг/мл). Статистическая обработка данных проводилась в пакете Statistica 8.0. Статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$. Корреляционный анализ выполнен по методу Спирмена.
Результаты исследования. Установлено, что уровень VEGF-A достоверно повышен у всех пациентов с розацеа независимо от длительности заболевания. При этом в группе ППФ концентрация цитокина была значимо выше ($p \leq 0,01$). Сравнение показателей в зависимости от длительности патологического процесса показало, что с течением времени уровень VEGF-A достоверно возрастает ($p \leq 0,01$), что свидетельствует о прямой корреляции между концентрацией данного цитокина и тяжестью заболевания. Полученные данные согласуются с результатами исследований О. Ю. Олисовой и соавт. (2012), а также J. C. Meza-Alvarado и соавт.
Обсуждение. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) играет центральную роль в патогенезе розацеа, являясь ключевым драйвером сосудистых и воспалительных нарушений (Аравийская Е. Р., 2013). Будучи мультифункциональным цитокином, VEGF запускает каскад патологических процессов: Стимуляция ангиогенеза: VEGF провоцирует неоангиогенез. Повышенная экспрессия VEGF и маркера CD31 в очагах поражения клинически проявляется стойкой эритемой и телеангиэктазиями. Повышение сосудистой проницаемости: VEGF увеличивает проницаемость сосудистой стенки, способствуя выходу жидкости и провоспалительных факторов в дерму, что поддерживает хроническое воспаление. Деградация дермального матрикса: VEGF активирует матриксные металлопротеиназы, которые разрушают коллагеновый каркас, снижая тонус сосудов и повышая их хрупкость. Иммунная модуляция: VEGF стимулирует миграцию моноцитов в очаг воспаления, которые, в свою очередь, секретируют дополнительные цитокины, замыкая «порочный круг» воспаления. Избыточная продукция VEGF чаще всего является ответом на внешние триггеры. УФ-излучение индуцирует выброс цитокинов (ИЛ-1, ФНО-α), стимулирующих синтез VEGF кератиноцитами. Кателицидин (LL-37) не только напрямую повышает уровень VEGF, но и активирует тучные клетки, секретирующие дополнительные проангиогенные факторы. Согласно недавним исследованиям (Maksimoska V. et al., 2025), VEGF-A играет ключевую роль в базальной миграции кератиноцитов, индуцированной TNF-α, действуя через рецептор KDR (CD309).
Выводы. Таким образом, VEGF выступает не изолированным фактором, а ключевым элементом патогенетического комплекса, в котором сосудистые нарушения и воспаление неразрывно связаны. Розацеа является мультифакторным заболеванием, в развитии которого участвуют дисфункция кожного барьера, иммунный дисбаланс (в частности нарушение цитокинового профиля) и изменения микробиома.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ

Сейсенбина А. С., Толыбекова А. А.
Казахский Научный дерматологии и инфекционных заболеваний, Казахстан, г. Алматы

Введение. Болезнь Девержи (красный отрубевидный волосяной лишай, pityriasis rubra pilaris) относится к классу редких воспалительных многофакторных заболеваний кожи, обусловленное нарушением ороговения кожных покровов и характеризующееся образованием характерных фолликулярных роговых папул, формированием ладонно-подошвенной кератодермией, эритематозно-сквамозными бляшками оранжево-красного цвета и склонностью к эритродермии с участками видимо неизмененной кожи.
Цель исследования. Продемонстрировать случай редкого дерматоза, направленный на повышение профессиональной настороженности врачей — дерматологов в отношении дифференциальной диагностики, для исключения диагностических ошибок и назначения корректной терапии.
Материалы и методы исследования. Объектом нашего исследования послужил клинический случай: пациент женщина, 34 года, с установленным диагнозом: «Питириаз красный волосяной отрубевидный (Болезнь Девержи), классический тип I взрослых по классификации Гриффитса». Проведен комплексный анализ анамнеза жизни и заболевания, данных физикаль-

ного осмотра, специального дерматологического осмотра, результатов лабораторных обследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, серологические тесты на сифилис (VDRL, MHA, FTA)) и патоморфологического исследования биоптата кожи из очага поражения для оценки соматического статуса и возможности назначения специфической терапии. Описание локального статуса пациента основывалось на данных специального дерматологического осмотра и определения характерных клинических симптомов. Клинический статус оценивался по динамике регресса высыпаний и интенсивности субъективных ощущений, также учитывалась динамика побочных явлений.

Результаты. При поступлении пациент предъявлял жалобы на кожные высыпания и зуд. Пациент страдает данным заболеванием на протяжении одного года. Со слов пациента, предпосылок для начала заболевания не было. Лечение проводилось с предварительным диагнозом «псориаз». Однако на фоне терапии высыпания распространилась, появились новые папулы. Объективно: на коже туловища и конечностей наблюдались сливные эритематозные очаги кирпично-красного цвета. Наблюдались патогномоничные признаки: фолликулярные папулы с роговыми пробками (конусы Бенье), островки визуально здоровой кожи и восковидная ладонная кератодермия. Лабораторные исследования отклонений не выявили. При гистологическом обследовании биоптата кожи обнаружены: очаговый паракератоз, воспалительный отек. На основании клинической картины, исследования биоптата кожи и неэффективности стандартной терапии псориаза диагноз был пересмотрен в пользу болезни Девержи. Проведенная терапия — ацитретин в дозе 0,5 мг/кг в сутки, наружно — эмоленты. На фоне терапии на 14-й день отмечено значительное уменьшение интенсивности эритемы и шелушения. К концу 4-й недели фолликулярный гиперкератоз регрессировал на 70%. Полная клиническая ремиссия достигнута через 2 месяца регулярного приема препарата. На фоне терапии отмечались сухость кожных и слизистых покровов, которые купировались применением увлажняющих средств.

Выводы. Данный клинический случай иллюстрирует сложность своевременной диагностики болезни Девержи. Сходство начальных проявлений с псориазом привело к ошибочной тактике ведения пациента и прогрессированию заболевания. Ключевыми дифференциально-диагностическими критериями для постановки верного диагноза послужили патогномоничные признаки: наличие конусов Бенье, островков здоровой кожи и специфическая ладонная кератодермия. Раннее распознавание болезни Девержи позволяет своевременно назначить патогенетически обоснованную терапию, что существенно улучшает прогноз и качество жизни пациента.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТО-АССОЦИИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ: МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, АНГИОГЕНЕЗА И СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Нагибина Е. В.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. Сосудисто-ассоциированные изменения кожи, включая стойкую эритему, телеангиэктазии, персистирующее воспаление и снижение репаративного потенциала тканей, формируются на фоне нарушений микроциркуляции, патологического ангиогенеза, эндотелиальной активации и дисрегуляции сосудистой реактивности. При хроническом воспалении кожи сосудистое русло становится гиперпермеабельным и функционально нестабильным. При розацеа дополнительную роль играют LL-37-зависимая активация эндотелия, VEGF-опосредованный ангиогенез и усиление сосудисто-воспалительных сигнальных путей. Это определяет актуальность поиска методов, способных воздействовать не только на клинические проявления заболевания, но и на механизмы сосудистого ремоделирования.

Цель. Оценить возможности микроигольчатого радиочастотного воздействия в коррекции нарушений микроциркуляции, патологического ангиогенеза и сосудистой реактивности при сосудисто-ассоциированных изменениях кожи.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических, экспериментальных и морфологических данных по применению фракционного микроигольчатого радиочастотного воздействия (RF-MN)

при сосудисто-ассоциированных изменениях кожи. Оценивалось влияние локального фракционного термического воздействия на микрососудистое русло, периваскулярное воспаление, цитокиново-матричный ответ и процессы тканевого ремоделирования.

Результаты. Микроигольчатое RF формирует в дерме фракционные зоны контролируемого термического повреждения, параметры которых зависят от глубины введения игл и длительности импульса. В ранней фазе воздействие сопровождается изменением состояния микрососудистого русла и уменьшением выраженности периваскулярного воспаления. В последующем активируются процессы репарации, ремоделирования внеклеточного матрикса и восстановления тканевой архитектоники. Экспериментальные данные демонстрируют увеличение плотности коллагена I и III типов, повышение содержания эластических волокон, а также усиление экспрессии TGF-β, EGF и Ki67 после воздействия. Термобиологический эффект является времязависимым: структурные изменения тканей и сосудистых элементов начинают формироваться при температурах свыше 50 °C и усиливаются при увеличении температуры и времени экспозиции. Клинические исследования показывают способность RF-MN уменьшать выраженность хронической эритемы, снижать воспалительный компонент заболевания и улучшать течение труднокурабельных форм розацеа. При этом доступная доказательная база преимущественно представлена небольшими исследованиями с оценкой клинических и морфологических параметров, тогда как прямые показатели сосудистой реактивности изучены ограниченно. В связи с этим наиболее обоснованно рассматривать RF-MN как инструмент сосудисто-периваскулярного ремоделирования в составе комплексной терапии сосудисто-ассоциированных изменений кожи.

Выводы. Микроигольчатое RF является патогенетически обоснованным методом коррекции сосудисто-ассоциированных нарушений кожи благодаря сочетанию локального термического воздействия, уменьшения воспалительной сосудистой активации и последующего дермально-сосудистого ремоделирования. Метод представляет наибольший интерес у пациентов с сочетанием сосудистого компонента, хронического воспаления и нарушений качества дермы. Для подтверждения влияния на сосудистую реактивность необходимы дальнейшие исследования с прямой оценкой микрососудистой функции.

КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Симакова Н. А., Винник Ю. Ю.
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Введение. Пациент, страдающий псориазом клинически интересен как врачу-дерматовенерологу, так и врачам терапевтических специальностей: доказано, что у пациентов таким диагнозом повышен риск сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, а также сердечно-сосудисто-почечно-метаболический синдром.

Цель: выявить связь между тяжестью течения псориаза и особенностями компонентного состава тела, у женщин второго зрелого возрастного периода.

Материалы и методы. В период 09.2025–07.2026 гг. обследовано 157 пациенток первого зрелого возраста (21–35 лет) с диагнозом вульгарный псориаз. Обследуемым проведен расчет PASI (psoriasis area and severity index), антропометрия (рост, вес, окружность талии, бедер, запястья), вычислен индекс массы тела (ИМТ), выполнено биоимпедансометрическое исследование, определен тип конституции.

Результаты. Диагностировано, что 42 обследуемые пациентки (26,8%) имели массу тела, соответствующую нормальной, у 17 (10,82%) диагностирован ее дефицит, 54 (44,4%) женщины имели повышенный индекс массы тела (ИМТ), а 44 (28%) — ожирение (ИМТ > 30,0 кг/м2). Расчет PASI показал, что у всех женщин с дефицитом массы тела определялась легкая степень тяжести псориаза; течение дерматоза у пациенток, имеющих нормальную массу в 38% случаев, было среднетяжелым, в 4,8% тяжелым, в 57,2% легким, а среди обследуемых с избыточной массой тела и ожирением в 72,4% выявлялось тяжелое течение псориаза, в 27,6% — среднетяжелое. По данным, полученным в результате проведенного на аппарате АВС-02 «Медасс» биоимпедансометрического исследования, отражающего полную картину компонентного состава тела, выявлено, что повышенные показатели относительного содержания жировой массы достоверно чаще диагностировались в группе исследования

с избыточной массой и ожирения, однако обращает на себя внимание, что пациентки с нормальной массой тела и ее дефицитом также имели повышенный процент жировой массы. Дисбаланс соотношения и содержание внутриклеточной и внеклеточной жидкостей также были характерны для пациентов всех групп, однако были более выражены у женщин с избыточной массой тела и ожирением. Соматотипирование показало, что подавляющий процент женщин с дефицитом массы тела имели нормостеническое телосложение, обследуемые с нормальной массой в 73,8% — гиперстеническое, 26,2% — нормостеническое, а пациентки с избыточной массой тела и ожирением практически все (82,6%) были гиперстениками.

Обсуждение. Женщины второго зрелого возрастного периода, страдающие вульгарным псориазом в большем проценте случаев, имели избыточную массу тела и ожирение. Тяжелое течение псориаза в подавляющем проценте случаев встречалось у пациенток этих групп, а легкое — у женщин с дефицитом массы тела. Повышенное содержание жировой массы, дефицит безжировой массы, а также избыток общей жидкости были характерны для пациенток всех групп. Однако дисбаланс содержания внеклеточной и внутриклеточной жидкости был наибольшим среди женщин с избыточной массой тела и ожирением. Таким образом, учитывая повышенный риск метаболических нарушений у пациентов, страдающих псориазом, целесообразно вводить методы биоимпедансометрии и расчета соматотипа в практику врача-дерматовенеролога для формирования групп диспансерного наблюдения, а также для точной диагностики ожирения по содержанию жировой массы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ UVB-311 НМ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИХЕНОИДНОГО ПИТИРИАЗА

Костецкая А. В., Жукова О. В., Бородулина К. С.
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Актуальность. Опыт использования ультрафиолетового (УФ) излучения для лечения кожных болезней продемонстрировал Dr. Niels Finsen в 1903 году. С тех пор фототерапия прочно вошла как один из патогенетических методов хронических воспалительных дерматозов. Показано, что узкополосная ультрафиолетовая фототерапия (УФВ 311) снижает уровни провоспалительных цитокинов, антиген-презентирующую функцию клеток Лангерганса, приводя к супрессии кожного звена Т-клеточного иммунитета.

Цель работы. Проанализировать результаты применения УФВ 311 в составе комплексного лечения хронического лихеноидного питириаза у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации 30 пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу хронического лихеноидного питириаза (ХЛП). Средний возраст пациентов составил 36 ± лет. Верификация диагноза основывалась на совокупности анамнестических данных, клинических проявлений и результатов патоморфологического исследования биоптатов кожи. В комплекс лечебных мероприятий включали УФВ 311. Все пациенты получали процедуры в режиме 3 раза в неделю. Начальная доза подбиралась с учетом фототипа кожи, с постепенным наращиванием дозировки. Клиническая эффективность оценивалась по динамике регресса высыпаний каждые 5 сеансов курса. Среднее количество процедур составило от 20 до 35 в зависимости от формы ЛП. Стартовая доза составляла 0,2 Дж/см^2; дальнейший режим определялся с учетом переносимости. При проведении процедур применялось экранирование отдельных анатомических областей. Результат оценивали по изменению выраженности воспалительного компонента, степени регресса исходных элементов, появлению новых высыпаний и состоянию кожного процесса к завершению стационарного этапа.

Результаты. В представленных наблюдениях процесс имел хроническое распространенное течение с поражением кожи туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания были представлены преимущественно множественными папулами красно-коричневой, красно-синюшной и застойно-розовой окраски с шелушением. У большинства пациентов течение характеризовалось длительным течением дерматоза Me = 3 года и зафиксирована недостаточная эффективность предшествующей противовоспалительной терапии. В ходе комплексного лечения отмечена отчетливая положительная динамика. Воспалительная окраска и выраженность папулезных элементов уменьшались, высыпания уплощались и постепенно разрешались. Из 30 пациентов с ХЛП полный ответ был достигнут

у 18 (60,0%). Среднее количество сеансов облучения у пациентов в возрасте до 45 лет с ХЛП для достижения полного ответа было выше (n=10), чем у пациентов старше 45 лет (n=8) ($p < 0,05$). После регресса части элементов сохранялась поствоспалительная гиперпигментация. К окончанию стационарного лечения свежие высыпания в представленных наблюдениях не регистрировались. Непосредственно во время фототерапии осложнений и нежелательных реакций в медицинской документации не зафиксировано.

Выводы. Ретроспективный анализ клинических наблюдений показывает, что включение узкополосной UVB-311 нм фототерапии в комплексное лечение хронического лихеноидного питириаза сопровождалось регрессом воспалительных и папулезных проявлений и отсутствием свежих элементов к моменту выписки. В проанализированной документации метод переносился удовлетворительно, нежелательные явления не зарегистрированы. Полученные наблюдения могут служить основанием для дальнейшего изучения данного метода на расширенной выборке с унифицированными критериями оценки клинического ответа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ У ДЕТЕЙ

Волкова С. Б., Магомедова А. А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный», г. Москва

Введение. Гранулема кольцевидная (КГ) — доброкачественное заболевание кожи, клинически проявляющееся кольцевидно расположенными папулами, а патоморфологически — гранулематозными воспалением. Причина заболевания неизвестна. Предполагается полиэтиологичность дерматоза, при этом определенная роль отводится хронической инфекции (туберкулез, ревматизм и др.), саркоидозу, эндокринным нарушениям, длительному приему лекарственных средств (витамин Д). Обнаруживают связь с аутоиммунным тиреоидитом, травмой. В основе механизма развития дерматоза — микроангиопатии, деградация соединительной ткани. Общепринятой классификации не существует. Клиническая картина заболевания различается в зависимости от формы кольцевидной гранулемы. Локализованная КГ самая распространенная форма заболевания, встречается у детей и лиц молодого возраста. Характерно появление мелких (0,1–0,5 см в диаметре), плотных, слегка уплощенных блестящих дермальных узелков розоватого цвета, расположенных кольцевидно или группами в виде полукольца на тыльной поверхности кистей, стоп, голеней, предплечий, реже в периорбитальной области и волосистой части головы, без субъективных ощущений. Склонны к периферическому росту. Могут частично разрешаться или рецидивировать на том же месте. Эпидермис не поражается. Глубокая КГ характеризуется подкожным расположением узелков. Болеют дети в возрасте до шести лет и проявляется в виде единичных или множественных глубоких дермальных или подкожных узелков на голенях, предплечьях, локтях, тыльной стороне кистей, пальцах, на волосистой части головы, реже на веках. Узелки на конечностях могут быть связаны с фасциями, на волосистой части головы — с надкостницей. Диссеминированная КГ характеризуется множественными очагами высыпаний на различных участках кожного покрова, болеют в основном взрослые старше 50 лет. Высыпания множественные, рассеянные или сливающиеся, отмечается полиморфизм, симметричность. Течение хроническое рецидивирующее, редко разрешается спонтанно. Перфорирующая КГ встречается в 5% от всех случаев заболевания. Локализуется на тыльной стороне кистей или пальцев, в виде папул, сливающихся в крупные бляшки и имеющих пробку в центре, при надавливании на которую выделяется желатинообразное содержимое. Позднее могут развиваться атрофические рубцы. Дифференциальная диагностика проводится с красным плоским лишаем, саркоидозом, грибковой инфекцией, псориазом, кольцевидной эритемой, многоформной эритемой, хронической мигрирующей эритемой, липоидным некробиозом, подострой красной волчанкой и др. Гистопатологическое исследование выявляет гранулематозное воспаление в верхних и средних слоях дермы, реже — гиподермы. Эффективного лечения нет, используют местные кортикостероиды, топические ингибиторы кальциневрина, ПУВА-терапию.

Материалы и методы. Пациент М., 9 лет, впервые обратился в филиал «Южный» ГБУЗ МНПЦД ДЗМ на прием к врачу-дерматовенерологу в 2025 году с жалобами на наличие очага на голени, появившегося в 4-летнем возрасте, с годами увеличивавшегося в диаметре. Был выставлен предварительный диаг-

ноз: Локализованная склеродермия? Кольцевидная гранулема? Липоидный некробиоз? На коже правой голени определялся очаг инфильтрации неправильных очертаний до 5 см в диаметре, застойно-коричневого цвета с четкими границами, легким западением середины, в центре — участок гладкой, блестящей желтоватого цвета кожи. По периферии — эритема и телеангиэктазии. Консультирован в филиале «Юго-Западный», где проведено патоморфологическое исследование. В препарате выявлены слабовыраженные периваскулярные и интерстициальные лимфогистиоцитарные инфильтраты в глубоких отделах дермы, пигментация цитоплазмы клеток базального слоя, что может наблюдаться при интерстициальной кольцевидной гранулеме, боррелиозе и ранней склеродермии. Проведена дополнительная лабораторная диагностика: антитела к боррелиям не обнаружены, глюкоза крови, гликированный гемоглобин, ревматоидный фактор, СРБ, антинуклеарный фактор на HEp-2 клетках — в пределах референсных значений. Подтвержден диагноз Локализованная кольцевидная гранулема. Назначена наружная терапия глюкокортикостероидами на 14 дней с последующим переходом на Такролимус мазь на 3–4 недели.

Заключение. Учитывая возраст пациента и отсутствие системных маркеров, состояние соответствует локализованной форме КГ. Однако из-за схожести морфологической картины с ранней склеродермией, требуется приверженность пациента к лечению и длительному динамическому наблюдению с обязательным повторным гистологическим контролем.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЛИЦА

Глоба Е. И., Варзиева А. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Тимирязевский», г. Москва

Введение. Эозинофильная гранулема лица — редкое заболевание кожи, этиология которого окончательно не установлена. Предполагается возможная связь заболевания с влиянием ультрафиолетового излучения, реакциями гиперчувствительности, в том числе иммунокомплексного типа. Предполагается, что в патогенезе заболевания ведущую роль играет образование иммунных комплексов, при котором мишенью становятся поверхностные сосуды кожи и периваскулярная ткань. Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями, как дискоидная красная волчанка, саркоидоз, эритема возвышающаяся стойкая, полиморфный фотодерматоз, лимфоцитарная инфильтрация Джесснера–Канофа, доброкачественная лимфоплазия кожи, лимфома, гистиоцитоз, лепра.

Цель. Продемонстрировать редкий клинический случай эозинофильной гранулемы лица.

Материалы и методы. Клинико-анамнестические данные пациента, результаты гистологического исследования. Пациент, 53 лет, предъявлял жалобы на высыпания в лобной области, сохраняющиеся в течение 1–2 лет, а также на коже носа и левой щеки, появившиеся 2–3 месяца назад. Впервые обратился в филиал «Тимирязевский» в 2026 году. По словам пациента, субъективные ощущения отсутствовали. Ранее за медицинской помощью не обращался, самостоятельного лечения не проводил. При осмотре патологический процесс носил ограниченный подостровоспалительный характер, локализовался на коже лобной области, кончика носа и левой скуловой области. На коже кончика носа и левой скуловой области определялись округлые бляшки диаметром до 2,5 см застойно-розового цвета с умеренной инфильтрацией, более темной центральной частью и незначительным шелушением на поверхности. При диаскопии отмечалось желтоватое окрашивание очагов. На коже лобной области патологический процесс был представлен округлым пятном розово-желтого цвета диаметром до 0,5 см с гладкой поверхностью. Было проведено гистологическое исследование фрагмента кожи левой скуловой области. Микроскопическое описание: эпидермис с незначительным акантозом. В дерме плотные лимфогистиоцитарные с примесью нейтрофилов и эозинофилов инфильтраты, фибриноидный некроз стенок отдельных сосудов, явления лейкоцитоклазии, фиброз.

Заключение: морфологическая картина более всего соответствует эозинофильной гранулеме лица. На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов патоморфологического исследования установлен диагноз: эозинофильная гранулема лица. Пациенту рекомендована терапия гидроксихлорохином внутрь 200 мг 2 раза в сутки в течение 8 недель, кремом бетаметазон 0,05% наружно 1 раз в сутки

в течение 10 дней с последующим применением мази такролимуса 0,1% 1 раз в сутки в течение 14 дней, чередуя курсы препаратов на протяжении 8 недель. Дополнительно рекомендовано использование фотозащитных средств.

Выводы. Таким образом, представленный клинический случай относится к редко встречающимся дерматозам и представляет значительный клинический интерес для практикующих врачей. Ключевое значение в подтверждении диагноза имеет патоморфологическое исследование, позволяющее провести дифференциальную диагностику с другими дерматозами, имеющими сходные клинические проявления.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ И ХАЛАЗИОНА НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ

Марченко А. П.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Изотретиноин для системного применения является одним из основных методов лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне. Препарат может нарушать функцию мейбомиевых желез и стабильность слезной пленки, приводя к развитию симптомов сухого глаза и воспалительных изменений век. Нарушение оттока секрета мейбомиевых желез также может способствовать формированию халязиона. Своевременное выявление таких изменений требует участия офтальмолога.

Цель. Представить клинический случай дисфункции мейбомиевых желез и халязиона, выявленных в период системной терапии изотретиноином по поводу акне и описать последовательность офтальмологических проявлений, оценить результаты их диагностики и лечения, а также динамику состояния после завершения курса изотретиноина.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки 25 лет с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести, получавшей системную терапию изотретиноином. В ходе дерматологического и офтальмологического наблюдения оценивали динамику акне, сроки появления жалоб со стороны органа зрения, состояние мейбомиевых желез и век, результат лечения халязиона. Офтальмологическое обследование включало определение времени разрыва слезной пленки и мейбографию. Период наблюдения после завершения терапии составил 3 месяца.

Результаты. До начала терапии офтальмологические заболевания не отмечались, контактные линзы пациентка не использовала. На 5-м месяце лечения появилась выраженная сухость глаз, в связи с чем пациентка была направлена к офтальмологу. При обследовании выявлены дисфункция мейбомиевых желез и воспалительные изменения век. Время разрыва слезной пленки составило 6 секунд, мейбографическая оценка составила 2 балла. На 7-м месяце лечения при повторном осмотре офтальмологом диагностирован халязион верхнего века правого глаза в виде округлого образования диаметром около 0,5 см. К этому времени кумулятивная доза изотретиноина составила 7680 мг, или 147,7 мг/кг. После достижения клинической ремиссии акне и указанной кумулятивной дозы курс был завершен. Офтальмологическая тактика включала внутриочаговое введение триамцинолона ацетонида. Через 2 недели отмечен выраженный регресс халязиона и воспалительных изменений века. В течение 3 месяцев после завершения системной терапии сохранялись симптомы сухого глаза и потребность в регулярном применении слезозаместительных средств, в связи с чем офтальмологическое наблюдение и коррекция состояния были продолжены.

Выводы. Системная терапия изотретиноином может сопровождаться клинически значимыми нарушениями функции мейбомиевых желез, симптомами сухого глаза и заболеваниями век, включая халязион. Представленный клинический случай подчеркивает необходимость своевременного направления пациента к офтальмологу при появлении сухости глаз и признаков поражения век, а также продолжения коррекции состояния глазной поверхности после завершения терапии при сохранении симптомов. Междисциплинарное взаимодействие дерматовенеролога и офтальмолога позволяет своевременно выявлять и лечить офтальмологические нежелательные явления при терапии изотретиноином, увеличивать уровень безопасности лечения и улучшать качество жизни пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕРАПИИ АКНЕ У ПАЦИЕНТКИ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Гималиева Г. Г., Кольцова И. В.
Государственное бюджетное учреждение «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Чувашской Республики, г. Чебоксары; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», г. Чебоксары

Актуальность. Акне является одним из наиболее распространенных дерматозов, однако его лечение у пациентов с коморбидной патологией, в частности с редкими генодерматозами, может представлять значительные трудности. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) характеризуется выраженной ранимостью кожи и слизистых, что требует особого подхода к выбору наружной терапии, исключающей травматизацию и раздражение. Азелаиновая кислота и ретиноиды, несмотря на их высокую эффективность, могут оказывать выраженное кератолитическое и раздражающее действие, что делает их применение у пациентов с ВБЭ небезопасным. В связи с этим особую актуальность приобретает поиск эффективных и безопасных топических препаратов для лечения акне у данной категории пациентов.

Цель: описать клинический случай успешного лечения акне у пациентки с врожденным буллезным эпидермолизом генерализованной формы и оценить эффективность и безопасность наружной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась пациентка 17 лет с высыпаниями на коже лица. Со слов, высыпания беспокоят с 14 лет, самостоятельно использовала салициловые болтушки с незначительным и кратковременным эффектом. Из анамнеза жизни установлено, что пациентка с рождения страдает врожденным буллезным эпидермолизом, аутосомно-доминантным типом, генерализованной формой протекающий в легкой степени тяжести. На момент осмотра на коже лица (область лба, щек, подбородка) визуализировались многочисленные гиперемированные и инфильтрированные папулы и пустулы конической формы, открытые и закрытые комедоны преимущественно в области лба и подбородка, а также поствоспалительные атрофические рубчики и пятна. На коже верхних и нижних конечностей, преимущественно в местах естественной травматизации (область кистей, локтей, коленей, голеней), визуализировались рассеянные напряженные пузыри с серозным содержимым размерами до 1,0–1,5 см в диаметре, множественные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корками, на фоне участков пигментации и атрофии. Учитывая наличие ВБЭ, была назначена наружная комбинированная терапия антибактериальным препаратом с кератолитическим действием 1 раз в сутки на протяжении двух месяцев. Препарат был выбран в связи с его доказанной эффективностью против C. acnes, отсутствием раздражающего и комедогенного действия, а также хорошей переносимостью, что важно у пациентов с ВБЭ. Контрольные осмотры проводились через 2 недели, один и два месяца от начала терапии.

Результаты и обсуждение. На фоне проводимого лечения уже через 14 дней отмечена отчетливая положительная динамика: уменьшились гиперемия и отек в области папул, большинство пустул регрессировали. Через 1 месяц сохранялся регресс воспалительных элементов, уменьшилось число комедонов, интенсивность окраски поствоспалительных пятен снизилась. К концу 2-го месяца терапии отмечен значительный клинический регресс акне: воспалительные элементы практически разрешились, кожа лица стала более ровной, однако сохранялись единичные атрофические рубчики и пятна поствоспалительной гиперпигментации, требующие дальнейшей коррекции. Важно подчеркнуть, что за весь период наблюдения не было зафиксировано ни одного случая появления новых пузырей, эрозий или участков мацерации на коже лица в зонах нанесения препарата, что подтверждает его высокий профиль безопасности. Пациентка хорошо переносила терапию, субъективных жалоб на зуд, жжение или избыточную сухость не предъявляла. Отсутствие необходимости использования системных антибиотиков или ретиноидов у пациентки с ВБЭ является важным преимуществом, учитывая потенциальные риски побочных эффектов и нежелательного влияния на течение основного заболевания.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что использование топического антибактериального препарата с кератолитическим действием является эффективным и безопасным методом терапии акне у пациентов с буллезным эпидермолизом. Препарат не оказывает раздражающего действия и не провоцирует обострение основного заболевания, что позволяет рекомендовать его как средство первой линии для

лечения акне у данной категории пациентов. Лечение пациентов с сочетанной дерматологической патологией требует мультидисциплинарного подхода и учета особенностей течения каждого из заболеваний для минимизации рисков и достижения оптимального клинического результата.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПЕРФОРИРУЮЩЕЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЕ НА ФОНЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

Абраменко А. Д., Поршина О. В., Бохонович Д. В., Горелова Е. А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Первичные иммунодефицитные состояния (ПИДС) представляют собой группу наследственных заболеваний, обусловленных генетическими дефектами иммунной системы. Они проявляются рецидивирующими инфекциями, аутоиммунными и лимфопролиферативными процессами, повышенным риском развития новообразований. По данным International Union of Immunological Societies (2022), описано 485 врожденных расстройств иммунной системы, при этом молекулярный дефект подтверждается лишь у 20–30% пациентов. Кожные проявления выявляются примерно у 70% больных и нередко являются первым признаком заболевания.

Цель работы: представить редкий клинический случай гранулематозного дерматоза, ассоциированного с иммунодефицитным состоянием.

Описание случая. Пациент З., 2012 г.р., впервые обратился в филиал «Тимирязевский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в марте 2019 года с жалобами на высыпания на правой верхней конечности. Заболевание дебютировало в 2015 году после перенесенной острой кишечной инфекции. При осмотре на разгибательной поверхности правого плеча, локтевого сустава и предплечья определялись плотные подкожные узлы буровато-красного цвета, диаметром до 2 см с серозными корками; в местах регресса элементов сформировались белесоватые нормотрофические рубцы. Слизистые оболочки и придатки кожи не изменены, отмечался красный дермографизм. В 2019 году в НМИЦ здоровья детей выполнена панч-биопсия. Гистологически выявлены гранулематозные изменения с некробиозом, соответствующие липоидному некробиозу или кольцевидной гранулеме, что потребовало исключения специфических инфекционных гранулем. В 2022 году ревматолог исключил туберкулез. При обследовании аллергологом-иммунологом НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева обнаружен гетерозиготный вариант JAK1 c.755A>G (p.Asn252Ser), аналогичный вариант выявлен у отца пациента. Повторное гистологическое исследование в 2023 году не позволило окончательно исключить узловатую эритему и туберкулезное поражение кожи. ПЦР на Mycobacterium tuberculosis, M. bovis и M. bovis BCG оказалась невалидной. В феврале 2024 года при повторной биопсии диагностирован гранулематозный дерматит; признаков микобактериальной инфекции не обнаружено. В сентябре 2025 года отмечено обострение с появлением отделяемого из элементов. Пациент был госпитализирован в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, где начата терапия Упадацитинибом 15 мг/сут. При последующем визите в филиал «Тимирязевский» пациент был направлен на городской консилиум. 26.02.2026 состоялся консилиум под руководством главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и ДЗМ г. Москвы, д.м. н., профессора Потекаева Н. Н. Предварительный диагноз: «Гранулематозное поражение кожи по типу перфорирующей кольцевидной гранулемы, ассоциированное с иммунодефицитом». Были даны рекомендации: консультация врача-аллерголога-иммунолога, расширенное иммунологическое обследование, консультация врача-генетика, выполнение полноэкзомного секвенирования. Полноэкзомное секвенирование, проведенное на базе МНПЦДК ДЗМ, подтвердило наличие варианта нуклеотидной последовательности в гене JAK1 (NM_002227.4, chr1:64867101 A>G, c.755A>G, p.Asn252Ser) в гетерозиготном состоянии. Далее было выполнено полногеномное исследование в формате «трио»: у отца также выявлен гетерозиготный вариант в гене JAK1. С учетом совокупности клинических, анамнестических и лабораторных данных, нельзя исключить наследственную природу заболевания.

Заключение. Представленный клинический случай иллюстрирует редкую патологию, диагностика кото-

рой может быть затруднена из-за неспецифичности проявлений и сходства с другими дерматозами. Для верификации диагноза очень важен комплексный подход, включающий иммунологические исследования, гистологическое изучение биоптата, генетическое тестирование и тщательный анализ клинической картины. Терапевтическая тактика в настоящее время подбирается индивидуально, с учетом особенностей течения болезни и результатов обследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ — ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Астахова О. Н., Опарин Р. Б., Добржинская Н. А., Поршина О. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Туберозно-склерозный комплекс (ТСК; болезнь Бурневилля–Прингла) — генетически обусловленное мультисистемное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся развитием гамартом и диспластических изменений в различных органах и тканях. Основой заболевания являются патогенные варианты генов **TSC1** (9q34) и **TSC2** (16p13.3), приводящие к нарушению регуляции сигнального пути **mTOR**. Кожные проявления относятся к наиболее частым диагностическим признакам ТСК и включают гипомеланотические макулы, ангиофибромы лица, фиброзные цефалические бляшки, «шагреневые» бляшки и околоногтевые фибромы. Выраженные патологические изменения лица и кожи волосистой части головы приводят к значительному психосоциальному дискомфорту. В подобных случаях реконструктивно-пластические методы, в частности тканевая экспансия, могут рассматриваться как эффективный способ локальной коррекции дефектов.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки 10 лет с установленным диагнозом туберозного склероза, находившейся под наблюдением в филиале «Хорошевский» ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии». Диагноз установлен на основании совокупности анамнестических данных, характерных клинических проявлений. Фотодокументирование клинических проявлений и результатов хирургического лечения осуществлялось с письменного информированного согласия законных представителей пациентки.

Клиническое наблюдение. Пациентка, 10 лет, обратилась в феврале 2026 года с жалобами на наличие выраженных кожных изменений в области лба и желанием провести их хирургическую коррекцию. Анамнез жизни. Ребенок воспитывался вне биологической семьи до 3-летнего возраста, после чего проживает в приемной семье. Из анамнеза известно о наличии у биологических матери и сестры фенотипических признаков, характерных для туберозного склероза. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии. Масса тела при рождении — 2600 г., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В раннем возрасте диагностированы задержка речевого развития, гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы и синдром двигательных/тонусных нарушений. В дальнейшем диагноз энцефалопатии с задержкой речевого развития был снят. Пациентка наблюдается в ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации. По данным медицинской документации, диагностированы: множественные рабдомиомы сердца; спинальная нестабильность; множественные ангиомиолипомы и кисты почек, хроническая болезнь почек I стадии; синдром гипервозбудимости; нарушения сна; энурез; кристаллурия; гипертрофия аденоидов II–III степени. По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением от 05.12.2025, выполненной в НМИЦ здоровья детей, выявлена картина, соответствующая туберозному склерозу. Status localis. Патологический процесс хронический, воспалительно-дистрофический. Высыпания носят распространенный, асимметричный характер с преимущественным поражением кожи лица, волосистой части головы, туловища и конечностей. На коже туловища определяются множественные четко отграниченные пятна светло-коричневой окраски типа «кофе с молоком». На коже конечностей множественные гипопигментированные макулы различного размера, с относительно четкими контурами. На коже лица определяются множественные мелкие плотные папулезные элементы розово-красного и телесного цвета. В области лба и волосистой части головы определяются плотные,

плоские, относительно четко отграниченные бляшки. Реконструктивно-пластическое лечение. Наиболее выраженный косметический дефект, представленный плоскими линейными бляшками, локализуется на коже лба. С целью коррекции данных дефектов проведено двухэтапное оперативное вмешательство. 21.02.2026 выполнен первый этап реконструктивно-пластического лечения, направленный на формирование дополнительного объема местных тканей для последующего пластического закрытия дефекта. Выполнена имплантация тканевого экспандера под кожу лба с применением метода дерматензии. Использование тканевого экспандера позволило достичь постепенного растяжения прилежащих тканей с формированием дополнительного кожного ресурса для последующей реконструкции дефекта. 20.07.2026 выполнен второй этап оперативного лечения с удалением подкожного экспандера и замещением иссеченных участков кожи, вовлеченных в патологический процесс.

Результаты. Применение метода тканевой экспансии в данном клиническом наблюдении позволило сформировать дополнительный объем местных тканей, пригодных для реконструктивного закрытия дефекта в области лба, с сохранением анатомических и эстетических характеристик прилежащих кожных покровов. Отмечен удовлетворительный функциональный и выраженный косметический результат реконструктивного этапа лечения. Необходимо дальнейшее наблюдение для оценки влияния оперативного лечения на прогноз данного заболевания.

Выводы. Данный клинический случай интересен врачам-дерматовенерологам с точки зрения влияния хирургической травмы на течение туберозного склероза, а также отдаленные последствия связанные с оперативным лечением. Реконструктивно-пластическая коррекция является перспективным методом локального лечения выраженных кожных проявлений туберозно-склерозного комплекса. Применение тканевой экспансии позволяет использовать местные ткани для реконструкции дефектов в области лица и волосистой части головы с достижением удовлетворительного эстетического результата. Выбор хирургической тактики должен осуществляться индивидуально с учетом локализации и распространенности поражения, возраста пациента, объема доступных тканей и общего соматического статуса. Метод может рассматриваться как компонент комплексного междисциплинарного ведения пациентов с ТСК, направленный на улучшение эстетического результата и качества жизни.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ МУТАЦИЙ ГЕНА ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Васильченко П. С.
Медицинский центр Поликлиника «Дубрава», г. Воронеж

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) остается одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, поражающим 15–20% детей и 5–10% взрослых в развитых странах. Заболевание характеризуется выраженной гетерогенностью клинических фенотипов, склонностью к персистенции и высокой частотой сопутствующей аллергической патологии (бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия), формирующей так называемый атопический марш. Ключевую роль в патогенезе АтД играет нарушение барьерной функции эпидермиса. Центральное место в поддержании целостности рогового слоя занимает белок филаггрин — продукт гена FLG (filaggrin). Loss-of-function мутации этого гена приводят к снижению или полному отсутствию функционального белка, нарушению образования натурального увлажняющего фактора, повышению трансэпидермальной потери воды, выраженному ксерозу и увеличению проницаемости кожи для аллергенов, микроорганизмов и раздражающих веществ. В европейской популяции наиболее значимыми являются мутации R501X, 2282del4, R2447X и S3247X. Носительство мутаций FLG ассоциировано с более ранним дебютом заболевания (часто в младенческом возрасте), тяжелым и персистирующим течением, повышенной частотой стафилококковой колонизации кожи и развитием респираторной атопии. Согласно мета-анализам, частота loss-of-function мутаций FLG среди пациентов с АтД в странах Северной Европы и России достигает 20–40%, что существенно выше, чем в общей популяции (около 5–8%). Несмотря на хорошо установленную патогенетическую роль мутаций FLG, генетическое тестирование до настоящего времени не входит в рутинную диагностическую практику дерматологов и аллергологов. Отсутствуют четкие алгоритмы применения данного метода для стратификации пациентов, оценки прогноза и индивидуализации наблюдения. Это определяет высокую

актуальность исследований, направленных на оценку клинической значимости выявления мутаций FLG и разработку практических рекомендаций по их использованию.

Цель работы — оценить клиническую значимость генетического тестирования мутаций гена филаггрина (FLG) у пациентов с атопическим дерматитом (АтД) и определить их связь с тяжестью течения, возрастом дебюта, сопутствующей аллергической патологией и особенностями клинической картины.

Задачи исследования: 1) определить частоту выявления мутаций FLG в выборке пациентов с АтД; 2) провести сравнительный анализ клинических характеристик у пациентов с выявленными мутациями и без них; 3) оценить взаимосвязь наличия мутаций с возрастом дебюта, тяжестью кожных проявлений и частотой сопутствующих заболеваний; 4) разработать алгоритм применения генетического тестирования в практике дерматолога и аллерголога.

Научная новизна. Впервые в рамках проспективного исследования на выборке из 110 пациентов с верифицированным АтД проведена комплексная оценка клинической значимости тестирования четырех наиболее распространенных в европейской популяции loss-of-function мутаций гена FLG (R501X, 2282del4, R2447X, S3247X) с использованием метода секвенирования по Сэнгеру. Установлена частота носительства мутаций (34,5%) и показано их достоверное влияние на ключевые клинические характеристики заболевания: младенческий дебют, более высокую тяжесть по индексу SCORAD, выраженный ксероз, повышенную частоту стафилококковой инфекции кожи, бронхиальной астмы (в рамках атопического марша) и отягощенный семейный анамнез. Впервые обоснована целесообразность включения генетического тестирования мутаций FLG в алгоритм комплексной диагностики АтД для стратификации пациентов, оценки прогноза и индивидуализации наблюдения; намечены направления дальнейшего изучения зависимости фенотипа от генотипа (гомо- и гетерозиготность).

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование, в которое включены 110 пациентов с верифицированным диагнозом АтД, находившихся на наблюдении в период с 2023 по 2025 год. Средний возраст составил 28,5 лет, мужчины и женщины представлены в соотношении 1:1,3. Диагноз установлен на основании критериев Hanifin–Rajka. Всем пациентам выполнено генетическое тестирование методом полимеразной цепной реакции с последующим прямым автоматическим секвенированием по Сэнгеру для выявления наиболее распространенных в европейской популяции мутаций FLG (R501X, 2282del4, R2447X, S3247X). Тяжесть АтД оценена с использованием индекса SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Статистическая обработка выполнена с применением методов описательной статистики, критерия Стьюдента для независимых выборок и критерия χ^2, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Мутации FLG выявлены у 38 из 110 обследованных пациентов (34,5%). У носителей мутаций отмечен достоверно более ранний дебют заболевания: средний возраст начала составил 8,2 месяца против 3,4 года у пациентов без мутаций ($p < 0,001$). Также выявлена более выраженная тяжесть кожных проявлений: средний индекс SCORAD составил 48,3 балла против 32,1 балла в группе без мутаций ($p = 0,002$). Частота выраженного ксероза кожи была выше у пациентов с мутациями и достигла 76% против 43% ($p = 0,001$). Сопутствующая бронхиальная астма регистрировалась чаще у пациентов с положительным результатом тестирования (55% против 28%, $p = 0,006$), при этом данная ассоциация была опосредована наличием АтД и соответствовала феномену атопического марша. Стафилококковая инфекция кожи выявлена у 61% пациентов с мутациями против 34% в контрольной группе ($p = 0,005$). Семейный анамнез по атопическим заболеваниям отмечен у 68% носителей мутаций против 31% ($p < 0,001$). Достоверных различий по полу между группами не выявлено.

Выводы. Генетическое тестирование мутаций FLG является информативным методом, позволяющим выделить подгруппу пациентов с АтД, характеризующуюся младенческим дебютом, тяжелым течением, выраженным ксерозом и высокой частотой сопутствующей аллергической патологии. Выявленная ассоциация с семейным анамнезом и бронхиальной астмой (в рамках атопического марша) подтверждает генетическую предрасположенность и системный характер атопии. Полученные результаты обосновывают целесообразность включения генетического тестирования мутаций FLG в комплексную диагностику пациентов с АтД для оценки прогноза, раннего выявления сопутствующей патологии и индивидуализации наблюдения. Наши данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения молекулярных механизмов нарушения барьерной функции кожи у носителей мутаций, в том числе с учетом генотипа (гомо- и гетерозиготность).

КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ АМИЛОИДОЗА КОЖИ

Левончук Е. А., Крумкачев В. В., Шикалов Р. Ю., Милькото Н. А., Шилова А. А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Амилоидоз — редкое метаболическое заболевание, связанное с отложением в мезенхимальных тканях аномального белка амилоида. Локализованный амилоидоз кожи бывает первичным или вторичным, развивающимся на фоне хронических кожных заболеваний. Выделяют лихеноидный, макулярный, узловато-бляшечный и двухфазный варианты болезни. Диагноз верифицируют патоморфологически: амилоид откладывается в сосочковом слое дермы и окрашивается Конго-красным.

Актуальность. Цель и задачи работы. Учитывая редкость заболевания, разнообразие клинических форм и сложность их диагностики, мы приводим два клинических случая первичного амилоидоза кожи — узелковый и пятнистый вариант.

Материалы и методы. Пациентка Л. 42 лет. Болеет в течение 1 года. Впервые обратилась к дерматологам летом 2024 года с жалобами на высыпания на коже спины, шеи, лица. Выраженный зуд беспокоил в течение нескольких лет до появления высыпаний, не лечилась.

Патологический процесс представлен мономорфными плоскими, блестящими, полушаровидными папулами бледно-розового цвета от 2 до 4 мм, которые сливаются с образованием стойких бляшек с рифленой поверхностью. Расположены высыпания симметрично на лице (щеки), боковых поверхностях шеи, верхней части спины и груди. Был выставлен предварительный диагноз атопический дерматит и назначена симптоматическая терапия, которая была неэффективна и для верификации диагноза было рекомендовано патоморфологическое исследование. Выполнена биопсия: в сосочковом и верхнем ретикулярном слоях дермы обнаружены глыбки гомогенного эозинофильного материала, положительные при окраске Конго-красным. С учетом гистохимического исследования морфологическая картина в пользу амилоидоза кожи. Для исключения системного процесса пациентка дважды консультировалась у ревматолога, который сделал заключение, что данных за наличие вторичного по отношению к системному заболеванию соединительной ткани амилоидоза нет.

На основании клинической картины заболевания и данных гистологического исследования был выставлен клинический диагноз: первичный амилоидоз кожи, лихеноидная форма.

Пациент Р., 1965 года рождения, обратился в Минский областной центр дерматовенерологии и косметологии с жалобами на зуд на коже туловища и конечностей, в течение одного месяца. Клинически папулезные диссеминированные элементы, экскориации, расчесы. Лечился от аллергического дерматита с временным эффектом. Через полтора года развился рецидив. Дифференциальный диагноз включал красный плоский лишай, муциноз и амилоидоз кожи.

Локальный статус: Патологический процесс носит распространённый, полиморфный характер. На коже спины в межлопаточной области гиперпигментированные пятна буровато-коричневого цвета овальной формы с чёткими границами, неправильных очертаний, местами сливающиеся. На поверхности этих пятен имеются мелкие папулы и незначительная лихенификация, очаги имеют сетчатый рисунок. На передней грудной стенке, животе, верхних и нижних конечностях клиническая картина представлена множественными диссеминированными папулами. Окраска папул буровато-синюшная, поверхность гладкая или покрыта мелкими грязно-серыми чешуйками.

Патологоанатомическое заключение: в сосочковом слое дермы отёк, множественные глыбки гомогенного эозинофильного материала — отложения амилоида. Дополнительное гистохимическое окрашивание: Конго-красный — глыбки гомогенного эозинофильного материала окрашены в красный, в поляризованном свете дают свечение по типу «зелёного яблока».

Выставлен диагноз: первичный амилоидоз кожи, лихеноидная и макулярная формы (двухфазный вариант).

Результаты и выводы. Таким образом, несмотря на современные исследования амилоидоза, совершенствование патоморфологической диагностики, верификация диагноза и выбор тактики лечения остаются сложной задачей.

Амилоидоз кожи является локальным процессом. Аномальный амилоидогенный клон плазматических клеток формируется из плазмоцитов, локализующихся в коже. При локальном амилоидозе кожи чрезвычайно редко возникает системный амилоидоз, но локализованные отложения амилоида могут в редких случаях являться признаками системного заболевания, и для исключения генерализации необходимо комплексное обследование.

КОЛОНИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДРОЖЖЕВЫМИ ГРИБАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Федорова А. О.[1], Корнишева В. Г.[1], Суханова Ю. А.[2], Шурпицкая О. А.[2]

1 Кафедра дерматовенерологии, г. Санкт-Петербург

2 Научно-исследовательский институт медицинской микологии им. П. Н. Кашкина Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание, характеризующееся рецидивирующим течением и различной степенью выраженности клинических проявлений. Миконосительство грибов рода Candida на слизистых является нормой для здоровых лиц. Колонизация грибами характеризуется обнаружением при микроскопии большого количества почкующихся дрожжевых клеток при отсутствии клинических признаков орального кандидоза. Именно это отличие позволяет рассматривать колонизацию как возможный маркер тяжести заболевания, что определяет целесообразность изучения ее связи с активностью и тяжестью процесса, а также эффективностью проводимой терапии.

Цель исследования. Оценить частоту и видовой состав дрожжевых грибов, колонизирующих слизистую оболочку полости рта у пациентов с псориазом, и определить связь колонизации с тяжестью заболевания по индексу PASI.

Материалы и методы. В исследование включены 59 пациентов с псориазом, получавших лечение на базе дерматологического отделения НИИ микологии им. П. Н. Кашкина в 2025–2026 гг. Средний возраст обследованных составил 46,3 ± 14,0 года. Среди пациентов было 40 мужчин (67,8%) и 19 женщин (32,2%). Медиана индекса PASI в общей выборке составила 29,7 [26,6; 34,1] балла. Всем пациентам при поступлении в стационар проводилось микологическое исследование, состоящее из двух этапов: микроскопии и культурального исследования мазков, взятых ватным тампоном, со слизистых оболочек щек с последующей видовой идентификацией выделенных дрожжевых грибов. Значения PASI в группах сравнивали с помощью критерия Манна–Уитни. Количественные данные представлены в виде медианы и межквартильного интервала — Me [Q1; Q3]. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам микологического исследования 59 больных со среднетяжелым и тяжелым псориазом были разделены на 2 группы: первую группу составили 11 (18,6%) пациентов, у которых на слизистой оболочки полости рта выявлена колонизация грибов рода Candida. При культуральном исследовании получен рост Candida albicans в 54,5% случаев, Candida dubliniensis в 27,3%, Candida tropicalis и Pichia kudriavzevii (бывшая Candida krusei) — в 18,2%. Вторую группу составили 48 (81,4%) пациентов, у которых при микологическом исследовании грибы не были обнаружены. Медиана PASI у пациентов с псориазом I группы составила 36,0 [31,6; 41,0] баллов, у пациентов II группы — 29,3 [25,2; 33,3] балла ($p< 0,05$).

Выводы. 1. Колонизация слизистых оболочек полости рта дрожжевыми грибами выявлена у 18,6% обследованных пациентов с среднетяжелым и тяжелым псориазом с преобладанием в 54,5% грибов Candida albicans. 2. У пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом и колонизацией слизистых оболочек полости рта грибами значения PASI были выше, чем у пациентов, у которых при микологическом исследовании грибы не обнаружены ($p < 0,05$). Таким образом, колонизация слизистых оболочек полости рта дрожжевыми грибами у пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом нарастала с тяжестью заболевания.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Уткин П. С. [1], Касихина Е. И.[1,2], Солнцев В. В.[1,2], Сольнова В. Е. [1]

1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»

2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва, г. Москва

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое Т-клеточно-опосредованное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся сложным патогенезом. К основным триггерам заболевания у детей относятся токсические факторы, вакцинация, травмы кожи, инфекции (в том числе, вирусные), сильный психологический стресс. К коморбидным патологиям относят гнездную алопецию, аутоиммунный тиреоидит, витилиго, язвенный колит, склеродермию. У пациентов с КПЛ часто регистрируются нарушение сна, тревога, депрессия и другие неврологические и психические расстройства. КПЛ может развиться в любом возрасте, однако данные о первичной заболеваемости и частоте развития клинических форм у детей противоречивы и недостаточно изучены. КПЛ у детей имеет иной клинический профиль и течение по сравнению с красным плоским лишаем у взрослых, что затрудняет своевременную диагностику и влияет на показатели регистрации случаев. Несмотря на высокую распространенность заболевания в общей популяции и разнообразие доступных терапевтических вариантов, международных и отечественных рекомендаций по лечению КПЛ у детей, основанных на доказательствах, не существует.
Целью исследования явилась систематизация современных клинических особенностей красного плоского лишая у детей.
Материал и методы. Проанализированы истории болезни 40 детей и подростков с КПЛ, получавших стационарное и амбулаторное лечение в обособленном подразделении ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» «Северо-Восточная клиника с детским центром» в период с января 2025 года по июль 2026 года.
Результаты. Под наблюдением находились 23 (57,5%) мальчиков и 17 (42,5%) девочек в возрасте от 5 до 17 лет. Средний возраст составил 10,8 ±3,5 лет, что соответствует данным аналогичных исследований, в которых преобладали лица мужского пола в возрастной группе от 7 до 12 лет. Типичная форма КПЛ была диагностирована у 35 (87,5%) пациентов, гипертрофическая — 1 (2,5%), пигментная — у 2 (5,0%), кольцевидная (анулярная) — у 1(2,5%). Процесс локализовался в аногенитальной области у 1 (2,5%) ребенка. Вовлечение в процесс слизистой оболочки полости рта наблюдалось у 19 (47,5%) детей с типичным течением процесса. Феномен Кебнера был выявлен у 28 (70,0%) пациентов. Средняя продолжительность заболевания до обращения в ОП «Северо-Восточная клиника с детским центром» составила 9,0±6,0 месяцев. Улучшение на фоне традиционной противовоспалительной терапии наблюдалось в течение первых двух недель пребывания в стационаре, а максимальный эффект при амбулаторном ведении был достигнут в среднем через 12 недель.
Выводы. Актуализация и систематизация современных данных о патогенезе, факторах риска и клинических особенностях КПЛ в детской дерматовенерологической практике необходимы для снижения числа диагностических ошибок и расширения возможностей лекарственной терапии заболевания.

ЛОКАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ГЕНИТАЛИЙ

Або Хадиджех М. Б.[1,2], Жукова О. В. [1,2], Корсунская И. М.[3], Касихина Е. И. [1,2]
1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»,
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»,
3 ФГБУН «Центр теоретических проблем физикохимической фармакологии» РАН, г. Москва

Актуальность. Согласно современным данным склероатрофический лихен (САЛ) представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи со сложным патогенезом, клинически характеризующееся прогрессирующей атрофией и гипопигментацией. Риском малигнизации при САЛ генитальной локализации достигает 5–7%. У мужчин молодого возраста вовлечение в процесс головки полового члена и крайней плоти ассоциировано с высоким риском развития фимоза, стеноза уретры и рубцовых деформаций. Несмотря на то, что топические глюкокортикостероиды (ТГКС) и топические ингибиторы кальциневрина являются препаратами первой линии, у части пациентов отмечается резистентность к проводимому лечению. Согласно клиническим рекомендациям в случаях резистентности к терапии сверхсильным или сильным ТГКС и топическими ин-

гибиторами кальциневрина показано применение физических методов, включая фотодинамическую терапию (ФДТ). Локальное применение ФДТ в комплексном лечении резистентных форм САЛ связано с иммуномодулирующим, противовоспалительным и антипролиферативным действиями метода.

Цель. Оценить сроки достижения и сохранения полной клинической ремиссии резистентного к топической глюкокортикостероидной терапии САЛ на фоне комплексной терапии с включением локальной ФДТ.

Результаты. Динамическое наблюдение пациента 29 лет с верифицированным диагнозом лишая склеротического (локализация на коже головки полового члена и крайней плоти), который получал терапию сильный ТГКС в течение 3 месяцев без эффекта, была проведена комбинированная терапия: 6 сеансов топической ФДТ с интервалом 2 дня (12 дней) с ежедневным применением ТГКС. Протокол ФДТ предусматривал аппликации фотосенсибилизатора на основе хлоринов (0,5% гель, 0,2 мл/см^2, экспозиция 30 мин) с последующей фотоактивацией диодным источником красного света (660±10 нм, 100 Дж/см^2). Для объективизации эффекта до лечения и через 3 мес. проводились: анализ субъективных ощущений, клинический осмотр (визуальная аналоговая шкала — ВАШ), ультразвуковое исследование кожи (толщина эпидермиса, толщина и плотность дермы). После 3-го сеанса отмечались выраженная редукция бляшек и атрофии. По завершении курса наступил полный регресс высыпаний, ВАШ — 100% регресс. При контрольном осмотре через 3 мес. зафиксировано состояние ремиссии. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение толщины эпидермиса до нормы, уменьшение толщины и нормализация плотности дермы, что свидетельствует о регрессе атрофии и структурном восстановлении кожи в очагах. Субъективные жалобы (зуд, ощущения дискомфорта) отсутствовали. Нежелательные эффекты локальной ФДТ (транзиторная гиперемия, жжение) полностью купировались к следующей процедуре.

Обсуждение и выводы. Представленное наблюдение демонстрирует эффективность комбинированной терапии (локальная ФДТ + ТГКС) резистентного к топической терапии САЛ генитальной локализации. Полный регресс очагов за 6 сеансов с сохранением ремиссии в течение 3 мес. свидетельствует о перспективности применения данной схемы. Включение ультразвукового мониторинга толщины эпидермиса, толщины и плотности дермы в протокол наблюдения позволило объективизировать динамику регресса атрофических изменений и оценить структурное восстановление тканей. Представленный подход обоснован клиническими рекомендациями как метод выбора при резистентности к стандартной терапии, продемонстрировал благоприятный профиль безопасности и стойкий клинический результат.

МЕТАБОЛОМНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМИ АКНЕ

Севостьянова С. С., Олисова О. Ю., Кукес И. В.
Сеченовский университет — Клиника кожных и венерических болезней им. В. А. Рахманова, г. Москва

Введение. Вульгарные акне остаются одной из наиболее значимых проблем современной дерматологии, что обусловлено высокой распространенностью заболевания среди лиц молодого возраста, хроническим рецидивирующим течением и выраженным влиянием на качество жизни пациентов. Классические представления о патогенезе акне включают фолликулярный гиперкератоз, гиперпродукцию кожного сала, воспаление и изменение микробиома пилосебационного комплекса. Вместе с тем в последние годы возрастает интерес к системным механизмам заболевания. В связи с этим исследование метаболомного профиля представляется актуальным направлением для поиска биологических маркеров акне и разработки персонализированных подходов к ведению пациентов.

Цель. Изучить особенности метаболомного профиля у пациентов с вульгарными акне средней и тяжелой степени до начала системной терапии и определить его взаимосвязь с клиническими и биохимическими показателями.

Материалы и методы. Проведено пилотное проспективное исследование, в которое включены 20 пациентов с вульгарными акне: 14 женщин и 6 мужчин. Медиана возраста составила 21,5 года. Тяжесть заболевания оценивали по Глобальной системе оценки акне (GAGS): у 17 пациентов установлена средняя, у 3 — тяжелая степень. Медиана GAGS составила 24,5 [22,75; 28,0] балла, медиана индекса качества жизни в дерматологии (DLQI) — 15,0 [12,75; 18,0] балла. До начала системной терапии выполнено расширенное метаболомное профилирование с оценкой

аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, органических кислот, стероидного профиля, микроэлементов и стандартных биохимических показателей. Всего проанализировано 160 исходных признаков. Для статистической обработки использовали описательную статистику, критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ Спирмена и поправку Бенджамини–Хохберга на множественные сравнения.

Результаты. У обследованных пациентов выявлена неоднородность метаболомного профиля, затрагивающая несколько взаимосвязанных направлений обмена. Наиболее выраженные и воспроизводимые изменения определялись в системе полиненасыщенных жирных кислот. Снижение эйкозапентаеновой кислоты (EPA) ниже лабораторного референсного диапазона отмечено у 12 из 20 пациентов, что составило 60,0%; медиана показателя — 0,275 [0,213; 0,385]. Омега-3 индекс цельной крови был ниже 6,1% у 19 из 20 пациентов (95,0%), в том числе ниже 4,3% — у 14 из 20 пациентов (70,0%); медиана составила 3,99% [3,79; 4,52]. Соотношение арахидоновой кислоты и эйкозапентаеновой кислоты (AA/EPA) превышало 10 у всех обследованных пациентов; медиана составила 44,31 [30,10; 53,24]. При этом повышение арахидоновой кислоты выше лабораторного референсного диапазона выявлено только у 2 пациентов (10,0%). Следовательно, выраженный дисбаланс AA/EPA у большинства обследованных был связан преимущественно с недостаточностью EPA, а не с абсолютным избытком арахидоновой кислоты. Аминокислотный профиль характеризовался признаками связи с антропометрической и метаболической нагрузкой. Наиболее устойчивым результатом стала положительная корреляция валина с индексом массы тела (ρ=0,677; p=0,0010), сохранявшая статистическую значимость после поправки на множественные сравнения (p=0,0104). Дополнительно выявлены положительные связи аланина с инсулиноподобным фактором роста 1 (ρ=0,451; p=0,0462) и арахидоновой кислоты с DLQI (ρ=0,471; p=0,0361) на номинальном уровне. У пациентов с тяжелым течением акне отмечались более высокие значения кортизола, 17-гидроксипрегненолона, дегидроэпиандростерона, кортикостерона, триптофана и инсулиноподобного фактора роста 1. Также установлена положительная связь выраженности нарушений жирового обмена с изменениями антиоксидантно-митохондриальной системы (ρ=0,630; p=0,0039).

Выводы. У пациентов с вульгарными акне средней и тяжелой степени до начала системной терапии выявлен комплексный метаболомный паттерн, включающий дефицит EPA, выраженное повышение соотношения AA/EPA, связь аминокислот с разветвленной боковой цепью с индексом массы тела и нейроэндокринно-стероидные особенности при тяжелом течении заболевания. Полученные данные позволяют рассматривать провоспалительную направленность липидного профиля как один из ведущих метаболических признаков акне. Связь жирового обмена с антиоксидантно-митохондриальной системой подтверждает системный характер метаболических нарушений. Метаболомное профилирование может быть использовано для дальнейшего изучения патогенетических эндотипов акне и поиска биомаркеров, значимых для персонализированного ведения пациентов.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВУЛЬВЫ ПРИ СКЛЕРОТИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ

Мироненко Н. И.[1], Жуманова Е. Н.[1,2], Колгаева Д. И.[1]

1 АО «Группа компаний Медси», Клиническая больница «Медси» в Отрадном, пос. Отрадное

2 Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», г. Москва

Хирургическое лечение склеротического лихена вульвы сопряжено с риском воспаления, болевого синдрома и быстрого рецидива спаек, что приводит к дискомфорту, ограничению движений и ухудшению качества жизни пациенток. Для нивелирования послеоперационных изменений и улучшения качества жизни пациентов применяются фармакологические и физиотерапевтические методы: • Увеличение дозы ТГК в области послеоперационной раны. • Ежедневные обработки раневой поверхности и разведение краев раны. • Неабляционное лазерное воздействие (Nd: YAG) с последующим нанесением экзосом через месяц после операции для снижения дозы топических глюкокортикостероидов и улучшения качества кожного лоскута.

Целью исследования явилось изучение качества жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями старше 18 лет. Используется индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index, DLQI), который оценивает влияние кожных заболеваний на повседневную активность, социальные взаимодействия и эмоциональное состояние. DLQI позволяет объективно измерить изменения в жизни пациента до и после лечения, а также оценить эффективность реабилитационных мероприятий. Исследование: для решения поставленных задач в исследование было включено 50 пациенток от 18 до 80 лет с диагнозом: Склеротический лихен вульвы. Синехии вульвы. Для улучшения самочувствия пациенток использовали местные глюкокортикостероиды. Затем спайки рассекали. Для устранения спаек применяли радиоволновой метод. Сразу после проведенного оперативного лечения дозировка топических глюкокортикостероидных препаратов увеличивалась, путем увеличения кратности приема. В течении 1 месяца пациентки дважды в день разводили края раневой поверхности с обработкой антисептическими средствами и последующим нанесением ТГК. Спустя месяц, когда происходила полная эпителизация ткани, доза топических глюкокортикостероидов снижалась до приема препаратов в интермитирующем режиме и с промежутком в 4 недели каждой пациентке было проведено по 3 процедуры неаблятивного лазерного воздействия неодимовым лазером (Nd: YAG) с последующим нанесением экзосомальных препаратов. Для определения эффективности проведенного лечения был оценен эффект разработанного комплекса на качество жизни пациенток. Исследования проводились до операции, через месяц и через полгода после комплексной терапии. Использовался опросник DLQI (Dermatology Life Quality Index), охватывающий физические, эмоциональные, бытовые, социальные аспекты, а также влияние на работу, учебу и само лечение. Исходные данные показали, что до начала терапии индекс качества жизни варьировался от 18,2±1,0 до 19,6±1,3 баллов, что свидетельствовало о значительном негативном влиянии на жизнь пациенток. После применения комплексного реабилитационного подхода анализ результатов спустя 6 месяцев показал существенное улучшение. Индекс снизился вдвое по сравнению с показателями через месяц после операции и в 2,5 раза по сравнению с исходными значениями, составив 8,04±0,6 баллов (против 17,6±1,0 баллов, p<0,001). Через 6 месяцев наблюдались еще более выраженные положительные изменения: изучаемый показатель снизился на 70% и 75% соответственно от первоначальных величин, достигнув 5,46±0,5 баллов (p <0,01). Это указывало на минимальное воздействие лечения на повседневную жизнь пациенток.

Заключение. Исследования показывают, что полимодальный подход способствует значительному улучшению качества жизни пациентов. Это проявляется в уменьшении болевых ощущений, связанных с заболеванием, а также в улучшении эстетического состояния пораженных участков кожи. Такие изменения не только повышают уровень физического комфорта, но и способствуют восстановлению уверенности в себе и улучшению психоэмоционального состояния пациентов, что подтверждается результатами опросника DLQI. На сегодняшний день проводится дальнейшее наблюдение за данными пациентами для подтверждения долгосрочной эффективности.

НЕИНВАЗИВНАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ — КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ 75 МГЦ И ГИСТОПАТОЛОГИЕЙ

Безуглый А. П., Седова Т. Г., Белков П. А., Безуглый Н. А.
Академия постдипломного образования Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации», г. Москва

Введение. Высокочастотное ультразвуковое исследование (ВЧУЗИ) на частотах >20 МГц является ценным неинвазивным инструментом для получения изображений кожи высокого разрешения, позволяющим проводить количественную оценку морфологии эпидермиса и дермы с аксиальным разрешением до 21 мкм. Такая точность поддерживает объективный мониторинг дерматозов, включая псориаз.

Цель исследования. Сравнить результаты измерений толщины и акустической плотности эпидермиса и дермы псориатических поражений с использованием ВЧУЗИ 75 МГц и гистопатологии.

Методы. Тридцать псориатических папул/бляшек были исследованы с помощью ВЧУЗИ 75 МГц (аксиальное разрешение: 21 мкм) у пациентов, направленных на диагностическую биопсию, с измерением толщины эпидермиса и толщины гипоанэхогенной зоны субэпидермального слоя. Предварительно линию сканирования отмечали на коже при помощи хирургического маркера. Гистологические срезы оценивались вдоль одной и той же оси, по которой производили высокочастотное сканирование. Корреляция между результатами измерений анализировали с помощью вычисления коэффициента Спирмена (R).

Результаты. Средняя толщина эпидермиса составила 220 ± 33 мкм (HFUS) и 215 ± 35 мкм (гистопатология) R = 0,82, p < 0,01. Толщина гипоанэхогенной зоны субэпидермального слоя составила 483 ± 97 мкм (HFUS) и 448 ± 89 мкм (гистопатология) R = 0,88, p < 0,01. Значимых различий между результатами измерений ВЧУЗИ и гистопатологии не наблюдалось.

Заключение. Выявлена сильная корреляция с гистопатологией при измерении ВЧУЗИ 75 МГц воспалительных изменений эпидермиса и дермы при псориазе, что подтверждает целесообразность его использования в качестве неинвазивного инструмента для эффективности объективного мониторинга терапии псориаза.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ 1 ТИПА И ЮВЕНИЛЬНЫЕ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ У МАЛЬЧИКА 1 ГОДА 4 МЕСЯЦЕВ

Шеров В. В., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Юго-Западный» с клиникой аллергических болезней кожи, г. Москва

Актуальность. Нейрофиброматоз (neurofibromatosis) — группа системных наследственных заболеваний, характеризующихся пороками развития структур эктодермального и мезодермального происхождения, преимущественно кожи, нервной и костной систем, с повышенным риском развития злокачественных опухолей. Код по МКБ-10: Q85.0

Нейрофиброматоз I типа встречается среди представителей всех рас, с частотой 1 на 3 000 новорожденных; 20–40 на 100 000 населения в общей популяции. Оба пола поражаются одинаково часто.

Наследуется аутосомно-доминантно, с высокой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью. Часты новые мутации, почти 50% случаев заболевания — их следствие. Мутации чаще имеют отцовское происхождение. Первичный продукт — белок нейрофибромин, тормозящий рост опухолей, подавляя эффект RAS-протоонкогенов. Отсутствие нейрофибромина, вызванное мутацией гена, может способствовать началу опухолевого процесса.

Самый ранний симптом — крупные пигментные пятна желтовато-коричневого цвета («кофе с молоком»), врожденные или появляющиеся вскоре после рождения, с гладкой поверхностью и обычно овальными очертаниями. С возрастом количество и размер пятен увеличиваются. Мелкие пигментные пятна, напоминающие веснушки, располагаются преимущественно в подмышечных впадинах и паховых складках.

Ксантогранулема ювенильная (juvenile xanthogranuloma, juvenile xanthoma, ксантома юношеская) — доброкачественный, самопроизвольно регрессирующий гистиоцитоз, встречающийся в раннем детстве и редко у взрослых. Код по МКБ-10: D76.3.

Ювенильная ксантогранулема встречается у детей раннего возраста, в основном до 24 месяцев. Почти в 75% случаев высыпания появляются в течение первого года, а в 15% случаев они наблюдаются при рождении.

Описаны случаи появления ксантогранулем у взрослых, как правило в 20–30 лет, но могут встречаться и у пожилых.

При одиночных высыпаниях заболевание несколько чаще появляется у мальчиков, чем у девочек в соотношении 1,5:1, но при множественных поражениях преобладание среди лиц мужского пола, по сравнении с женским, резко возрастает и составляет 12:1. Среди детей европеоидной расы заболевание встречается в 10 раз чаще, чем у других рас.

Патогенез заболевания неясен. Заболевание является доброкачественной опухолью из дифференцированных гистиоцитов нелангергансового типа. Уровень липидов в сыворотке крови нормальный. Причина прогрессивного накопления липидов в гистиоцитах при отсутствии гиперлипидемии неясна. Однако было показано, что у взрослых пациентов с ксантогранулемой увеличи-

вается поглощение липопротеинов низкой плотности и синтез холестерина в макрофагах. Есть мнение, что гистиоциты, возможно, реагируют таким образом на травматический или инфекционный факторы.

Заболевание начинается с появления розовых, красновато-серых пятен, которые быстро трансформируются в папулы, бляшки и узлы, умеренно плотные и эластичные при пальпации, с четкими границами, часто с периферическим розовым венчиком. Вначале заболевания цвет высыпаний колеблется от розового до красно-коричневого, затем они становятся светло-желтого, оранжевого, коричневого цветов с разными оттенками.

Поверхность элементов обычно гладкая, иногда с выраженным кожным рисунком, у крупных образований на ней могут наблюдаться телеангиоэктазии, а в отдельных случаях эрозии и изъязвления. Наиболее частая локализация сыпи — волосистая часть головы, лицо, шея, верхняя часть груди, реже верхние и нижние конечности, половые органы. Необычными являются элементы сыпи с гиперкератозом, подкожные и сгруппированные в бляшки.

У части больных могут наблюдаться пятна «кофе с молоком», что может свидетельствовать о связи заболевания с нейрофиброматозом. У пациентов с НФ1 и множественными ксантогранулемами в 20–30 раз выше риск развития ювенильного миеломоноцитарного лейкоза (ЮММЛ) — редкого, но серьезного заболевания крови и костного мозга.

Течение заболевания хроническое, обычно через 1–6 лет (в среднем через 2–3 года) происходит спонтанный регресс высыпаний. Инволюция элементов начинается с центрального западения и небольшого размягчения, позже они сморщиваются и исчезают, оставляя после себя гипо- и (или) гиперпигментные пятна, невыраженную атрофия или анетодермию.

Цель. Описание клинического случая редкого сочетания нейрофиброматоза 1 типа и ювенильных ксантогранулем у ребенка.

Материалы и методы. В КДО филиала «Юго-Западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» был направлен мальчик 1 года 4 месяцев, у которого с рождения существуют образования на коже лица и головы и постепенно увеличиваются в размере. Status localis от 02.04.2026: на коже лба, теменной зоны в/ч головы 4 узелка до 0,5 см в диаметре желтовато-оранжевого цвета. Дерматоскопия — желтовато-оранжевая окраска. На коже туловища, нижних конечностей 6 пятен типа «кофе с молоком» разных очертаний, размерами более 5 мм в диаметре.

Был выставлен: Ювенильные ксантогранулемы. Нейрофиброматоз 1 типа? Семейный анамнез не отягощен по кожной (в том числе наследственной) патологии. Сопутствующие болезни у ребенка мама отрицает.

Было рекомендовано: 1) консультация генетика с целью проведение генетического тестирования для подтверждения нейрофиброматоза в филиале «Юго-Западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

2) по месту жительства в поликлинике: консультация невролога, офтальмолога (оценка радужной оболочки на наличие узелков Лиша, неврологических симптомов).

3) ОАК с лейкоцитарной формулой для оценки незрелых форм лейкоцитов (предшественников), учитывая клинический диагноз сочетания ксантогранулемы и подозрения на нейрофиброматоз для исключения миелопролиферативных заболеваний — по месту жительства в поликлинике.

По результатам обследования: 1) в ОАК от 03.04.2026 показатели без отклонений; 2) 06.04.2026 консультация невролога — патологии не обнаружено; 3) консультация офтальмолога 07.04.2026 — патологии не обнаружено; 4) после консультации генетика 08.04.2026 проведено генетическое тестирование.

В июне 2026 г. подтвержден нейрофиброматоз 1 типа по данным генетического тестирования (в гене NF1 обнаружен вариант нуклеотидной последовательности Chr17: 311699985C>E (NM_001042492.3, c. 574>T, p.Arg192*, rs397514641) в гетерозиготном состоянии). Ассоциация с OMIM-аннотированным заболеванием с указанием типа наследования: Нейрофиброматоз 1 типа (OMIM 162200), Нейрофиброматоз, семейный спинномозговой (OMIM 162210), Нейрофиброматоз — синдром Нунан (OMIM 601321), Лейкоз, ювенильный миеломоноцитарный (OMIM 607785), Синдром Уотсона (OMIM 193520). Тип наследования: аутосомно-доминантный. Для ювенильного миеломоноцитарного лейкоза описана также соматическая мутация.

Случайная находка — ген F2 ассоциация с OMIM-аннотированным заболеванием — тромбофилия 1 из-за дефекта тромбина.

В связи с подтвержденным диагнозом в дальнейшем пациент наблюдается у дерматолога по м/ж, внесен в реестр пациентов с наследственными дерматозами. Также, учитывая выявленную случайную генетическую находку рекомендовано наблюдение у педиатра, гематолога по м/ж в поликлинике.

Выводы. Данный клинический случай показывает важность и ценность проведения геномного сек-

венирования. Кроме того, наличие множественных ювенильных ксантогранулем у ребенка с НФ1 должно насторожить врача в плане возможного риска трансформации в ювенильный миеломоноцитарный лейкоз, что требует более углубленного обследования, наблюдения ребенка у гематолога.

О РЕДКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАХИДЕРМОГЛИФИИ

Провизион Л. Н., Провизион А. Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Луганск, г. Донецк

Актуальность. Пахидермоглифия — редкое и малоизученное заболевание, характеризующееся утолщением кожи и кожных линий ладоней и подошв наследственного или приобретенного характера. Патогенез изучен не до конца, а диагностика затруднена из-за редкости дерматоза. В доступной отечественной литературе информации о врожденной форме заболевания найти не удалось, что определяет научный интерес представленного наблюдения. Краткие сведения о заболевании. • Наследственная форма — обусловлена мутациями в генах, регулирующих синтез коллагена; может сочетаться с изменениями волос, ногтей и другими заболеваниями. • Приобретенная форма — более чем в 90% случаев ассоциируется со злокачественными новообразованиями; преобладают черный акантоз (75%) и псориазиформный акрокератоз Базекса. • Клинические симптомы: утолщение кожи ладоней и подошв; утолщение естественных дерматоглифических складок (напоминают складчатую поверхность бычьего желудка или рубчатый вельвет); изменение пальцевых отпечатков; гипогидроз; сухость ладоней и подошв. • Прогноз и лечение: к серьезным осложнениям не приводит, специфического лечения нет; рекомендуется гигиенический уход и применение увлажняющих средств.

Цель. Представить клиническое наблюдение редкого случая врожденной пахидермоглифии. Клинический случай. Больной, 32 года, обратился к дерматологу с жалобами на поражение кожи ладоней с целью улучшения ее внешнего вида. Болеет с раннего детства, ранее за медицинской помощью не обращался. Рос и развивался соответственно возрасту, в учебе не отставал от сверстников. Из перенесенных заболеваний — детские инфекции и простудные заболевания. Наследственный анамнез, по словам пациента, не отягощен. Имеет рабочую специальность. Объективно: поражение кожи ладоней симметричное; кожа утолщена, с желтоватым оттенком, наиболее выражено до середины ладони; значительно выступает над поверхностью менее пораженных участков; дерматоглифический рисунок выражен.
Заключение. На основании данных анамнеза и клинических проявлений установлен диагноз врожденной пахидермоглифии. Представленный случай редкого наследственного заболевания представляет интерес для дерматовенерологов, в том числе ввиду отсутствия описаний врожденной формы в доступной отечественной литературе.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСЧЕТА КУМУЛЯТИВНОЙ ДОЗЫ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ АКНЕ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦИФРОВОГО ПРИЛОЖЕНИЯ

Жукова О. В., Заторская Н. Ф., Терещенко Г. П., Корнят М. С., Филиппова Е. А., Журавлев А. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», РУДН, г. Москва

Введение. Терапия вульгарного акне системными ретиноидами требует строгого соблюдения режима дозирования и достижения целевой кумулятивной дозы для предотвращения рецидивов заболевания. Длительное ведение таких пациентов сопряжено с необходимостью регулярной коррекции суточной дозировки с учетом массы тела, эффекта терапии

и ее переносимости. На практике ручной подсчет кумулятивной дозы на каждом приеме сопряжен со значительными затратами времени и несет высокий риск арифметических или методических ошибок. Это может приводить либо к преждевременной отмене препарата, либо к передозировке, что повышает риск рецидива заболевания. Для оптимизации этого процесса и повышения приверженности к лечению было разработано специализированное цифровое приложение «Дерматологический калькулятор». Несмотря на наличие существующих аналогов, созданное решение обладает рядом преимуществ: интуитивным интерфейсом, адаптивностью под динамические изменения параметров пациента, минимизацией времени расчета и интеграцией в рутинную клиническую практику.

Цель исследования: оценить эффективность и точность применения специализированного цифрового приложения для расчета кумулятивной дозы системных ретиноидов при длительном ведении пациентов с вульгарным акне, а также провести хронометражный анализ процесса вычислений.

Материалы и методы. Проанализирован клинический опыт ведения пациентов с вульгарными акне (МКБ-10: L70.0–L70.1) средней и тяжелой степени тяжести, получающих системные ретиноиды. Проведен сравнительный хронометраж и оценка трудозатрат врача при традиционном ручном подсчете кумулятивных доз (по календарю с последовательным расчетом дней, умножением и суммированием периодов) и при использовании разработанного веб-приложения. Оценивались затраты времени на обработку данных, частота потенциальных ошибок, а также показатели эргономики и удобства.

Результаты. Хронометражный анализ показал, что традиционный метод ручного подсчета в условиях дефицита времени (12–20 минут на пациента) и многочасовой нагрузки на врача напрямую сопряжен с риском субъективных ошибок. К концу смены (после 4–6 часов приема) возрастает доля приблизительных, неточных расчетов, а также арифметических погрешностей при суммировании разрозненных периодов титрации доз. Использование разработанного цифрового калькулятора существенно минимизирует влияние «человеческого фактора», позволяя за 6–12 секунд получить точный результат независимо от степени усталости врача и частоты изменения дозировок в процессе лечения. Также преимуществами созданного приложения перед существующими решениями являются адаптированный под реальную клиническую практику интерфейс, высокая скорость вычислений и удобство контроля за кумулятивным прогрессом пациента на протяжении всего курса лечения. Помимо это, с учетом компьютеризации рабочего места врача, есть возможность установки калькулятора на ПК с любого браузера.

Заключение. Использование специализированного цифрового приложения «Дерматологический калькулятор» при назначении системных ретиноидов пациентам с акне позволяет оптимизировать рутинную работу врача, сократив временные затраты на расчеты в 10 раз, минимизировать риск ошибок и избавиться от рутинной когнитивной нагрузки. Автоматизация процесса расчета кумулятивной дозы способствует повышению качества длительного ведения пациентов, точному достижению терапевтических целей и, как следствие, снижению частоты рецидивов вульгарных акне.

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ КЛИЕНТСКОМУ СЕРВИСУ АДМИНИСТРАТОРОВ ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ»

Поршина О. В.[1,2], Рахматуллин Р. Э.[1], Лукьянов М. В.[1], Косталевская А. В.[1], Борисик М. А.[1], Алтыева А. А.[1], Акулинкин В. С.[2], Потекаев Н. Н.[1,3]

1 ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2 ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»
3 Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н. И. Пирогова

Актуальность. Администратор государственной медицинской организации является первым сотрудником, непосредственно сталкивающимся с пациентом. Зачастую пациенты дерматовенерологического профиля обращаются за медицинской помощью в состоянии

психоэмоционального напряжения, обусловленного болезнью, переходящего до претензий и агрессивного поведения. Предварительное анкетирование 38 администраторов показало, что 84% респондентов сталкиваются с психоэмоциональным напряжением пациента и агрессивным поведением ежедневно или несколько раз в неделю, а наиболее распространённой формой такого поведения является повышение голоса или крик (92%). Одной из ведущих реакций сотрудников стало чувство несправедливости. При этом у значительной части администраторов отсутствовало единое понимание стадий развития конфликта и границ собственных действий. Полученные данные определили необходимость не теоретического обучения «клиентоориентированности», а формирования конкретных навыков управления конфликтной ситуацией путем обучения.

Цель. Сформировать у администраторов воспроизводимый алгоритм поведения при взаимодействии с пациентом, находящемся в состоянии психоэмоционального напряжения и конфликтного поведения, позволяющий своевременно распознавать эскалацию, сохранять профессиональную позицию и переводить эмоциональное взаимодействие в решение конкретной задачи пациента.

Результаты и выводы. Разработана и внедрена практико-ориентированная программа обучения администраторов (длительностью 4 ак. часа), направленная на формирование воспроизводимого алгоритма поведения при конфликтном взаимодействии с пациентом. В основу программы положена пятиуровневая рабочая модель развития конфликта: раздражение — претензия — эскалация — агрессия — опасность. Для каждого уровня определены признаки, допустимые действия администратора и момент передачи ситуации руководителю или службе безопасности. Значительная часть тренинга проводилась в формате практических упражнений с разбором реальных ситуаций, речевых формулировок и вариантов поведения администратора, отдельный был блок посвящён работе с профессиональными установками сотрудников. Программа предусматривала многократную практическую отработку навыков во время тренинга и их последующее закрепление непосредственно в рабочей среде. По итогам проведённых тренингов и собранной обратной связи администраторов подтверждена их высокая практическая значимость.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

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

Актуальность. Важным стратегическим направлением формирования и закрепления профессиональных компетенций молодых специалистов в сфере здравоохранения является институт наставничества, концепция развития которого до 2030 года была утверждена распоряжением правительства Российской Федерации от 21.05.2025 г. № 1264-р, соответственно единые правила организации наставничества в сфере здравоохранения были утверждены приказом здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2026 г. № 167н. Вместе с тем организация и осуществление наставничества имеет свою специфику в зависимости от профиля специальности и характера трудовой деятельности наставляемого, что диктует необходимость составления индивидуальной дорожной карты наставничества на каждого молодого специалиста.

Целью работы являлась разработка принципов организации наставничества для различных категорий врачей, осуществляющих свою трудовую деятельность на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганский республиканский кожно-венерологический диспансер» Луганской Народной Республики (далее — Диспансер).

Задачи работы заключались в создании алгоритмов мероприятий по профессиональной и должностной адаптации, наставляемых в коллективе, овладению профессиональными знаниями, умениями и навыками в соответствии с трудовыми функциями наставляемых при помощи наставников, формированию способности самостоятельно выполнять свои должностные обязанности в соответствии с требованиями к качеству и безопасности медицинской помощи.

Материалы и методы. Наставничество осуществлялось на базе Диспансера в отношении 3 категорий врачей-специалистов: 1) врачей-стажеров, прошедших первичную аккредитацию, а также промежуточную аттестацию после освоения программы обучения 1-го года в ординатуре по специальности «дерма-

товенерология»; 2) врачей-дерматовенерологов, закончивших обучение в ординатуре по специальности «дерматовенерология» и прошедших первичную специализированную аккредитацию; 3) врачей, перемещенных на вышестоящую должность заведующего структурным подразделением. В качестве наставников привлекались работники из числа заведующих структурными подразделениями и администрации Диспансера.

Результаты. Были разработаны алгоритмы мероприятий по овладению навыками работы и их закреплению наставляемыми под руководством наставников по каждой из вышеуказанных категорий врачей-специалистов исходя из поставленных задач с учетом трудовых функций, которые документально отражались в индивидуальном плане работы наставляемого. Для первой категории наставляемых (врачи-стажеры) в целях овладения умениями и знаниями, которые необходимы для осуществления трудовых действий, оговоренных профессиональным стандартом «Врач-дерматовенеролог», и подготовки к проведению первичной специализированной аккредитации, предусматривалась работа наставляемого в различных структурных подразделениях Диспансера (поликлиника, стационарные отделения, организационно-методический отдел) с использованием как индивидуальных, так и групповых форм наставничества. Для второй категории основное внимание уделялось овладению знаниями и практическими навыками в соответствии с трудовыми функциями и должностными обязанностями наставляемого, оговоренными в его должностной инструкции как врача-дерматовенеролога конкретного структурного подразделения Диспансера, при этом довольно эффективным методом наставничества для этой категории врачей-специалистов являлось ситуационное наставничество. Для третьей категории наставляемых акцент совместной работы с наставником смещался в сторону изучения основ трудового законодательства, вопросов организации здравоохранения, медицинской статистики, психологии руководства коллективом. Таким образом, дифференцированный подход к комплексу мероприятий по организации наставничества в кожно-венерологическом диспансере в зависимости от категорий наставляемых врачей-специалистов способствует их адаптации в коллективе, стимулированию к самостоятельной деятельности, повышению эффективности их дальнейшей работы на должном профессиональном уровне.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПАЛЕНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМИ КЕРАТОДЕРМИЯМИ

Беленкова А. А., Волкова С. Б.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный», г. Москва

Введение. Кератодермии это гетерогенная группа дерматозов, характеризующихся нарушением процессов кератинизации, что клинически проявляется стойким утолщением рогового слоя эпидермиса (гиперкератозом), преимущественно в области ладоней и подошв. Различают следующие типы заболевания: по распространенности — очаговые, диффузные, точечные, по этиологии — первичные, вторичные, идиопатические, однако все их объединяет патологическое утолщение кожи. Этиология и патогенез на данный момент неизвестны. Первичные приобретенные кератозы развиваются без предшествующего дерматоза под влиянием экзо- и эндогенных факторов: эндокринных, неврологических, ЖКТ патологий, метаболических/гормональных нарушений, аутоиммунных заболеваний. Вторичные кератодермии формируются на фоне предшествующих дерматозов (псориаз, экзема, красный плоский лишай и др.) или инфекций (синдром Рейтера, дерматомикозы, вторичный сифилис и др.) и выступают одним из симптомов основного заболевания. При лечении первичных и идиопатических ладонно-подошвенных кератодермий приобретенных (далее — ЛПКП) применяют наружную и системную терапию, фототерапию; тактику подбирают с учетом тяжести дерматоза и зуда. **Цель** — уменьшить высыпания и купировать воспаление, гиперкератоз, шелушение, экссудацию, способствовать эпителизации трещин. В наружной терапии используют кератолитики (салициловая кислота, мочевина), топические глюкокортикостероиды, ретиноиды. Тазаротен (топический ретиноид 3-го поколения) — лекарственный препарат, широко известный и применяемый в индустрии красоты в Европе, Азии, Америке, имитирует действие метаболита витамина А, обладает свойствами нормализовать дифференцировку кератиноцитов, снижать гиперпролиферацию кератиноцитов. В Российской Федерации данный препарат официально не зарегистрирован,

но представлен на маркетплейсах. Его более мягкий аналог — адапален, легитимный лекарственный препарат на отечественном фармакологическом рынке, — обладает теми же свойствами, что и тазаротен, но лучше переносится из-за меньшего риска побочных эффектов (сухость, раздражение). Именно в качестве кератолитика решено применить адапален при неэффективности всех рекомендуемых наружных лекарственных средств.

Материалы и методы. Пациент Г., 54 года, обратился в филиал «Южный» в декабре 2025 г. с жалобами на трещины и утолщение кожи в области стоп и кистей в течение длительного времени. В течение 4 месяцев использовал крем с мочевиной 30%, салициловую мазь 2%, салицилово-серную мазь, топические глюкокортикостероиды высокой степени активности, анилиновые красители, с незначительным положительным эффектом. На момент осмотра высыпания представлены очагами гиперкератоза, желтоватого цвета, с линейными трещинами, крупнопластинчатым шелушением на поверхности и значительной инфильтрацией. С учетом клинической картины был установлен диагноз: Приобретенная ладонно-подошвенная кератодермия. В целях получения кератолитического эффекта и заживления трещин рекомендовано применение адапален крема 0,1%. 1 раз в день на ночь, утром — глюкокортикостероид высокой степени активности (клобетазол) в течение 2 месяцев. На контрольном осмотре пациент отмечал значительное улучшение состояния кожных покровов ладоней и подошв — все трещины эпителизировались, гиперкератоз полностью разрешился, клиническая картина представлена пятнами поствоспалительной эритемы. Побочные эффекты от применения препаратов отсутствовали полностью. Накоплен опыт применения такого подхода к лечению ЛПКП на примере 12 пациентов за период 2025–2026 годов.

Выводы. Включение адапалена в схему терапии ЛКПК обеспечило выраженное улучшение состояния кожи у пациентов с ладонно-подошвенной кератодермией: трещины эпителизировались, гиперкератоз разрешался, побочных эффектов не было. Результаты подтверждают потенциальную эффективность адапалена и необходимость накопления опыта его применения при ЛПКП.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Иванова М. А., Пенкина Н. И., Ермолаева Н. Н., Гоголева Е. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, г. Ижевск

Актуальность. Новым направлением терапии тяжелых форм атопического дерматита (АД) на современном этапе является применение биологических препаратов из группы моноклональных антител, блокирующих сигналы воспаления.

Цель работы: оценка эффективности применения препарата из группы моноклональных антител — дупилумаба у детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Обследовано 38 детей с АД тяжелой степени тяжести в возрасте 10–15 лет, из них мальчики составили 47% (n=18), девочки — 53% (n=20). Анамнез заболевания изучен при анализе медицинской документации детей. Степень тяжести АД оценивали на основании клинических проявлений и шкалы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Индекс SCORAD у детей с АД составлял от 56 до 97 баллов. Лечение препаратом дупилумаб проводилось в БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Полученные результаты. У большинства детей (86%) первые проявления АД с первых трех месяцев жизни. В период манифестации АД дети с легкой степенью тяжести лечение получали амбулаторно, средней степени тяжести и тяжелой — стационарно. Все дети состояли на диспансерном учете педиатра, дерматолога, аллерголога-иммунолога. Вместе с тем частота осмотров врачами-специалистами, соблюдение рекомендаций по лечению, диете выполняли 42% пациентов. В дальнейшем среди обследованных нами детей АД принял тяжелое течение без ремиссий заболевания. Все дети в стационарных и амбулаторных условиях получали наружную и системную терапию с учетом особенностей кожного процесса, наличия инфицирования кожи, сопутствующих заболеваний. Учитывая тяжелое течение заболевание, отсутствие полных ремиссий АД решением консилиума назначал-

ся препарат дупилумаб, для подкожного введения. Доза назначалась согласно клинических рекомендаций, в зависимости от веса ребенка (с массой тела от 15 до до 30 кг, начальная доза — 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до 60 кг: начальная доза — 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза — 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели. Длительность приема дупилумаба у наблюдаемых детей составляла от 6 до 12 месяцев. На фоне лечения дупилумабом зуд был купирован у всех через 21–28 дней, снижение индекса SCORAD до 28–47 баллов у 79% детей достигнуто через 46 недель.

Выводы. Использование дупилумаба детям с тяжелым течением АД эффективно, позволило купировать кожный зуд, уменьшить другие кожные проявления, что в целом снизило степень тяжести заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Провизион А. Н.,[1] Грабарь А. О. [2]

1 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

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

Псориаз и пародонтит относятся к хроническим аутоиммунным воспалительным заболеваниям. Их сочетание может быть обусловлено общими иммуновоспалительными механизмами.

Цель исследования: оценить состояние пародонта у пациентов с различной тяжестью течения псориаза и определить связь возраста и пола с тяжестью течения псориаза и состоянием пародонта.

Материал и методы. В анализ были включены 205 пациентов с псориазом в возрасте от 3 до 88 лет: 131 мужчина (63,9%) и 74 женщины (36,1%). Средний возраст мужчин составил 43 года, женщин — 51 год. Пародонтит был выявлен у 120 пациентов (58,5%), в том числе у 79 мужчин (60,3%) и 41 женщины (55,4%). Для анализа использовались следующие показатели: возраст, индекс PASI, количество рецидивов псориаза за год, пол, степень тяжести псориаза и пародонтита.

Результаты. Пародонтит наблюдался у 79 из 131 мужчины (60,3%) и у 41 из 74 женщин (55,4%). Различия по полу статистически незначимы (p=0,592). Категории тяжести псориаза и пародонтита у мужчин и женщин также существенно не различались (p = 0,277 и p=0,459 соответственно). Тяжелая форма псориаза отмечена у 32 мужчин (24,4%) и 14 женщин (18,9%). Среди пациентов с пародонтитом тяжелая степень поражения выявлена у 31 из 79 мужчин (39,2%) и у 20 из 41 женщины (48,8%). Среднее значение PASI у мужчин было несколько выше — 25,5 (18,0–27,4), чем у женщин — 20,7 (15,9–27,0). Частота встречаемости пародонтита возрастала с возрастом: так, в группе больных псориазом в возрасте до 18 лет данная патология была выявлена у 2 из 21 (9,5%) больных, в группе от 19–30 лет — у 8 из 28 (28,6%), в группе от 31–40 лет — у 21 из 36 (58,3%), в группе от 41–50 лет — 29 из 41 (70,7%), в группе старше 50 лет — 60 из 79 (75,9%), при этом у 41 пациента старшей группы регистрировалась тяжелая форма. При этом нами отмечено увеличение доли пациентов с тяжелой формой псориаза (индекс PASI >20) с возрастом: с 4,8% в возрастной группе до 18 лет, до 10,7% в возрастной группе от 19–30 лет, до 25,0% в возрастной группе от 31–40 лет, до 26,8% в возрастной группе от 41–50 лет и до 27,8% у больных псориазом старше 50 лет. При этом средняя степень тяжести псориаза (PASI от 10 до 20 баллов) преобладала во всех возрастных группах и колебалась от 69,6–90,5%, легкая встречалась редко от 2,4–7,1% случаев. Пародонтит выявлен у 2 (28,6%) из 7 пациентов с легким течением псориаза, у 76 (50,0%) из 152 со средним и у 42 (91,3%) из 46 с тяжелым течением. При тяжелом течении псориаза у 30 (71,4%) из 42 пациентов отмечалась тяжелая степень поражения пародонта; при среднетяжелом — у 21 (27,6%) из 76; при легком течении тяжелых форм не зарегистрировано. Таким образом, с нарастанием тяжести псориаза увеличивалась частота пародонтита и доля его тяжелых форм.

Выводы. Пародонтит выявлен у 58,5% пациентов с псориазом, что подтверждает необходимость стоматологического обследования данной категории больных. Статистически значимых различий в частоте и тяжести пародонтита у мужчин и женщин не выявле-

но; пол в данной выборке не является определяющим фактором. С возрастом последовательно увеличивалась частота и тяжесть пародонтита с 9,5% до 18 лет до 75,9% старше 50 лет, а также доля пациентов с тяжелым течением псориаза с 4,8% до 27,8%. Более тяжелые формы псориаза сопровождались ухудшением состояния пародонта: частота пародонтита возрастала с 28,6% при легком течении до 91,3% при тяжелом течении, при этом у 71,4% пациентов с тяжелым псориазом поражение пародонта также имело тяжелую степень. Пациенты старших возрастных групп и больные тяжелым псориазом нуждаются в регулярном осмотре стоматологом. Совместное наблюдение дерматовенеролога и стоматолога способствует раннему выявлению поражений пародонта и своевременному проведению профилактических и лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ МАСТОЦИТОЗОМ

Касихина Е. И., Малышенко К. А., Нада Ахмед Яссер Ахмед Елсаед

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. В. М. Буянова» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Введение. Мастоцитоз характеризуется патологическим накоплением тучных клеток (ТК) в различных органах и тканях. У пациентов с любой формой мастоцитоза (кожный, системный) ТК могут дегранулировать и тем самым способствовать развитию клинических симптомов. Активация тучных клеток может быть вызвана анафилатоксинами, нейропептидами, иммунными комплексами IgG, компонентами комплемента, лекарствами, продуктами бактерий или паразитов, а также физическими факторами (тепло, холод, вибрация, физические упражнения, травмы). Хотя анафилаксия не является типичным признаком кожного мастоцитоза, считается, что риск ее развития относительно высок у детей с диффузным поражением кожи и высоким уровнем триптазы. Отсутствие рекомендаций по предоперационному ведению детей с кожным мастоцитозом и изучение факторов риска развития анафилаксии в данной выборке является актуальной проблемой.

Цель. Провести анализ факторов риска для оптимизации предоперационной подготовки детей с кожным мастоцитозом.

Материалы и методы. В анализ включены данные 410 детей с кожным мастоцитозом, находившиеся на наблюдении и лечении с в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии за период 2020–2025 гг. Концентрация базальной сывороточной триптазы в крови определялась методом иммунофлюоресценции на трехмерной пористой твердой фазе (технология ImmunoCAP, «Pharmacia Diagnostics AB», Швеция). Тяжесть медиаторных симптомов оценивали по градуированной шкале тяжести мастоцитоза, предложенной European Competence Network on Mastocytosis, и шкале оценки тяжести течения мастоцитоза SCORMA (SCORing MAstocytosis).

Результаты. За период наблюдения число детей с кожным мастоцитозом, которые нуждались в экстренном и плановом хирургическом лечении составило 43 (10,5%). Среди них плановые операции (ЛОР-операции и герниопластика) были проведены 25 (6,1%) детям. Все процедуры у пациентов, связанные с периоперационной профилактикой прошли без осложнений. За месяц до операции пациентам были проведены консультация аллерголога-иммунолога и дерматовенеролога для оценки риска развития системных и кожных симптомов активации и дегрануляции ТК (далее — медиаторные симптомы). В качестве значимых факторов риска (при $p<0,05$) развития анафилаксии были оценены значения индекса тяжести кожного мастоцитоза SCORMA (с оценкой площади поражения кожи) от 25 до 50 (ОШ=6,45, ДИ 0,79–7,73), уровень базальной сывороточной триптазы (БСТ) у ребенка выше 8 мкг/л (ОШ= 4,3, ДИ 1,61–5,27), анализ БСТ у родственников первой линии родства при стойком значении БСТ у ребенка более 11 мкг/л (ОШ=1,33; ДИ 0,10–1,56), показатели тромбоцитов (значения выше 400х109л) (ОШ=2,4, ДИ 0,3–3,14). На основании этих критериев разработан алгоритм плановой и экстренной предоперационной подготовки детей с кожным мастоцитозом, предусматривающий назначение стабилизаторов мембраны

тучных клеток, антигистаминных препаратов, системных глюкокортикостероидов.

Заключение. Взаимодействие дерматовенеролога, аллерголога-иммунолога, анестезиолога и хирурга является основой безопасного периоперационного ведения детей с кожным мастоцитозом. Предложенные критерии требуют дальнейшей валидизации. Приоритетным направлением является разработка стандартизированной шкалы оценки плотности высыпаний при различных клинических формах для объективизации предоперационного риска.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Душина К. Ю., Зайнуллина О. Н.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Введение. Атопический дерматит (АтД) характеризуется многообразием молекулярных механизмов патологического процесса, а также недостаточной эффективностью терапевтических подходов, которые до сих пор используются в их лечении. В сложные иммунопатологические механизмы АтД вовлечен ряд интерлейкинов, которым для передачи сигнала требуется участие внутриклеточной сигнальной системы JAK/STAT (Janus Kinase/Signal Transducer and Activator of Transcription). Значительный прорыв в лечении АтД связан с появлением нового класса таргетных синтетических иммуномодулирующих препаратов — ингибиторов JAK, действующих на ключевое звено внутриклеточной сигнализации — путь JAK-STAT. Их блокирующий эффект нарушает передачу сигналов от провоспалительных цитокинов I и II типа, в результате каскад воспалительных реакций прерывается, что приводит к существенному ослаблению биологического действия как самих цитокинов, так и других медиаторов воспаления.

Цель. Изучение клинической эффективности и влияния на качество жизни ингибитора JAK в лечении взрослых пациентов со среднетяжелым и тяжелым АтД.

Материалы и методы. Критериями включения в исследование явился возраст старше 18 лет, наличие среднетяжелого и тяжелого АтД, подписанное информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Все пациенты получали ингибитор JAK один раз в сутки в дозе 15 мг, топические кортикостероиды (при необходимости) и эмоленты. Оценку эффективности терапии производили в конечной точке 12 недель с учетом показателя индекса тяжести патологического процесса (SCORAD, Scoring of Atopic Dermatitis) и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты. Под наблюдением в амбулаторных условиях находилось 15 пациентов с тяжелым и среднетяжелым АтД. Среди них 9 (60,0%) лиц женского пола и 6 (40%) — мужского. Средний возраст пациентов составил 32,7 ± 4,2 года. Длительность заболевания в среднем составила 11,9 ± 2,9 года. Течение заболевания у пациентов до назначения ингибиторов янус-киназ было непрерывно-рецидивирующим, с тяжелыми обострениями и короткими периодами ремиссии, с резистентностью к стандартной топической терапии, системным кортикостероидам и иммунодепрессантам. На фоне терапии ингибитором JAK у всех пациентов отмечалась выраженная положительная динамика в отношении клинических симптомов, что сопровождалось улучшением качества жизни. До начала проведения терапии ингибитором JAK показатель SCORAD фиксировался в пределах от 16,2 до 54,5 балла и составил в среднем 41,7±6,3 балла. При этом площадь высыпаний в среднем соответствовала 43,3±6,9%; среднее значение суммарной тяжести симптомов было равно 18,3±3,0 балла; оценка зуда и нарушений сна в среднем составила 19,7±2,6 балла. Через 12 недель от начала лечения установлен клинически значимый ответ на таргентную терапию, что подтвердилось снижением общего индекса SCORAD до 3,1±1,9 ($p<0,05$). В процессе наблюдения за пациентами с АтД проведена оценка степени влияния заболевания на качество жизни больных с использованием ДИКЖ. Среднее стартовое значение ДИКЖ было 23,4±3,6 балла, что составило 78,0% от максимального значения ДИКЖ в 30 баллов. Терапия оказывала благоприятное действие на качество жизни больных АтД, и после лечения отмечался регресс показателя ДИКЖ до 5,4 ± 2,8 баллов ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, ингибиторы JAK становятся новым перспективным направлением в терапии АтД. В то же время для создания безопасных и персонализированных схем терапии требуются дополнительные масштабные исследования, обеспечивающие контроль заболевания и долгосрочную безопасность лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России; Российский университет дружбы народов, г. Москва

Введение. Современная биологическая терапия позволяет достигать высокого уровня контроля псориаза, однако стандартизированные режимы дозирования не учитывают межиндивидуальную фармакокинетическую вариабельность. При сопоставимой схеме лечения концентрация препарата и клинический ответ могут существенно различаться, что создает предпосылки для перехода от фиксированного дозирования к персонализированному ведению. Терапевтический лекарственный мониторинг (TDM), основанный на оценке концентрации препарата и, при необходимости, антител к нему, может стать одним из инструментов такой персонализации. Клиническую ценность TDM целесообразно оценивать не только по наличию взаимосвязи между концентрацией препарата и эффектом, но последовательно по трем уровням: установление взаимосвязи «экспозиция-эффект», определение концентрационного ориентира и подтверждение улучшения клинических исходов при изменении терапии непосредственно на основании TDM.

Цель. Оценить современный уровень клинической валидированности TDM при биологической терапии псориаза и определить направления его дальнейшего применения для персонализированного дозирования.

Материалы и методы. Проведен структурированный поиск публикаций за период с 2014 г. по август 2026 г. в PubMed и eLibrary.ru с дополнительным использованием Google Scholar и списков литературы релевантных работ. Первично выявлено 98 публикаций. После удаления дубликатов, скрининга и полнотекстовой оценки в основную аналитическую выборку включено 21 оригинальное исследование, посвященное TDM, взаимосвязи «экспозиция–эффект», фармакокинетике/фармакодинамике и персонализации дозирования при псориазе. Результаты анализировали с учетом трех уровней клинической валидированности TDM.

Результаты. Анализ показал последовательное формирование доказательной базы TDM при биологической терапии псориаза. Для отдельных подходов уже получены интервенционные данные, демонстрирующие возможность улучшения контроля заболевания при использовании концентрационно-ориентированной стратегии в поддерживающей фазе терапии. Для ряда биологических препаратов убедительно подтверждена взаимосвязь «экспозиция–эффект» и сформированы предварительные концентрационные ориентиры, однако их клиническая валидация неоднородна. Отдельным перспективным направлением является использование фармакокинетико-фармакодинамических моделей, позволяющих интегрировать концентрацию препарата, клинический ответ и индивидуальные характеристики пациента для расчета режима дозирования. Выявленная неоднородность доказательной базы свидетельствует о необходимости препарат-специфического, а не универсального подхода к TDM.

Обсуждение и выводы. Полученные данные позволяют рассматривать TDM как перспективную платформу дальнейшей персонализации биологической терапии псориаза. Его потенциал выходит за рамки выявления причин недостаточного ответа и включает возможность оптимизации экспозиции, индивидуального выбора интервала введения и обоснованной деэскалации терапии при стабильном контроле заболевания. Наиболее перспективным представляется переход от фиксированных концентрационных порогов к персонализированному дозированию на основе фармакокинетико-фармакодинамических моделей. Дальнейшая проспективная клиническая валидация таких алгоритмов может расширить роль TDM от преимущественно диагностического инструмента до практического компонента индивидуализированной стратегии лечения псориаза.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНОГО ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ключникова Д. Е., Ляпон А. О., Тункель В. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — орфанное генетическое заболевание, обусловленное мутациями генов, кодирующих структурные белки кожи, что проявляется повышенной хрупкостью кожи с образованием пузырей и эрозий при минимальном механическом воздействии. В зависимости от уровня расслоения выделяют четыре основных типа: простой, пограничный, дистрофический и синдром Киндлера. Наиболее тяжелое течение отмечается при пограничном и рецессивном дистрофическом типах, которые сопровождаются поражением слизистых оболочек, рубцеванием, развитием контрактур, стриктур пищевода, анемии и плоскоклеточного рака кожи. Своевременная верификация диагноза с использованием иммунофлуоресцентного антигенного картирования и молекулярно-генетического тестирования имеет решающее значение для прогноза и выбора тактики ведения пациента, однако на современном этапе сохраняется проблема гиподиагностики и ограниченной доступности точных методов исследования.
Цель. Представить клинический случай поздней диагностики пограничного ВБЭ у взрослого пациента, продемонстрировать последствия длительного отсутствия верифицированного диагноза и адекватной терапии, а также обосновать необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению таких больных.
Материалы и методы. Проведен анализ клинико-анамнестических данных, результатов лабораторного и инструментального обследования, а также медицинской документации пациента с ВБЭ, наблюдаемого на кафедре кожных и венерических болезней Российского университета медицины в период 2023–2026 гг. Изучены данные биопсии кожи с гистологическим исследованием, прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), а также результаты предшествующей терапии.
Результаты. Пациент 41 года, уроженец Узбекистана. Заболевание дебютировало с 15-го дня жизни появлением пузырей на коже. В детстве и юношестве специфического лечения не получал, точный диагноз не устанавливался. В мае 2023 года на фоне резкого обострения кожного процесса у пациента развился язвенно-некротический кератит, что потребовало энуклеации левого глазного яблока. В России в 2023 г. (в возрасте 39 лет) пациент обратился к дерматологу с жалобами на распространенные эрозивно-язвенные высыпания на коже туловища и конечностей, эрозии в полости рта, отсутствие зубов и ногтевых пластин. При осмотре визуализировались множественные эрозии с серозно-геморрагическими корками, участки гипер- и депигментации, атрофические рубцы. В дифференциально-диагностический ряд были включены ВБЭ, герпетиформный дерматит Дюринга, буллезный пемфигоид и IgA-зависимый линейный дерматоз. Проведены курсы терапии дапсоном и метотрексатом без клинического эффекта. Был назначен преднизолон в дозе 0,5 мг/кг/сут, на фоне которого в течение 6 месяцев наблюдалась полная эпителизация эрозий. Однако длительный прием глюкокортикостероида привел к развитию кушингоидного синдрома. Постепенное снижение дозы и отмена препарата спровоцировали новое обострение. В 2024 г. выполнена биопсия кожи, в 2025 г. — прямая иммунофлуоресценция, которая исключила буллезный пемфигоид и IgA-зависимый дерматоз. Пациент был проконсультирован в ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», где на основании клинической картины, уровня отслойки эпидермиса (на уровне базальной мембраны) и результатов ПИФ был подтвержден диагноз пограничного ВБЭ. Пациенту рекомендована терапия атравматичными силиконовыми и гидрогелевыми повязками, антисептическими и антибактериальными средствами для наружного применения, а также динамическое наблюдение дерматолога, офтальмолога и стоматолога.
Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует последствия поздней диагностики пограничного ВБЭ, приведшей к развитию тяжелых необратимых осложнений. Отсутствие своевременной верификации диагноза обусловило проведение неэффективной терапии, а применение системных глюкокортикостероидов сопровождалось развитием кушингоидного синдрома. Случай подчеркивает необходимость ранней диагностики и мультидисциплинарного ведения пациентов с ВБЭ.
Выводы. Поздняя диагностика ВБЭ ассоциирована с развитием тяжелых необратимых осложнений. Ранняя верификация диагноза с использованием

современных методов диагностики и мультидисциплинарный подход являются ключевыми условиями своевременного лечения и улучшения качества жизни пациентов.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТМЕНА СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА: РЕЦИДИВ ТЯЖЕЛОГО АКНЕ У ПАЦИЕНТА С ВЫСОКОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

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

Введение. Системный изотретиноин является патогенетически обоснованным препаратом первой линии для лечения тяжелых форм акне, обеспечивая длительную ремиссию за счет воздействия на все звенья патогенеза. В клинической практике врачи нередко сталкиваются с явлением раннего рецидива, особенно у пациентов мужского пола трудоспособного возраста.

Цель работы. Продемонстрировать клинический сценарий терапевтической неудачи при лечении тяжелого акне, обусловленный не фармакодинамическими ограничениями, а сопутствующим метаболическим дисбалансом и несоблюдением алгоритма завершения курса.

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациента 26 лет с возобновлением тяжелого воспалительного процесса через 4 месяца после отмены системного изотретиноина. Исходная тяжесть акне по шкале Global Acne Grading System (GAGS) составляла 54 балла (IV степень). Из анамнеза известно: суммарная кумулятивная доза составила 90–110 мг/кг за 5 месяцев. Курс прерван пациентом самостоятельно по достижении визуальной очистки кожи и на фоне субъективной непереносимости ретиноевого хейлита. Поддерживающая наружная терапия не проводилась. Использовался базовый косметический уход. При объективном осмотре: тяжелая форма рецидива с преобладанием глубоких дермальных узлов багрово-синюшного цвета в себорейных зонах — преимущественно в нижней трети лица вдоль линии челюсти и на коже спины. Клиническая картина осложнялась постакне в виде атрофических рубцов. Биохимический профиль продемонстрировал повышение печеночных ферментов (АЛТ 51 Ед/л, ГГТ 73 Ед/л). По данным ультразвукового исследования гепатобилиарной системы: стеатоз печени. Состояние свидетельствовало о наличии субклинической неалкогольной жировой болезни печени, усугубляемой эпизодическим употреблением алкоголя и особенностями питания. Анализ углеводного обмена выявил выраженную инсулинорезистентность (глюкоза натощак 5,6 ммоль/л, инсулин натощак 18,2 мкЕд/мл, индекс HOMA-IR4,5). Уровень общего тестостерона находился в пределах референсных значений (19 нмоль/л), концентрация глобулина, связывающего половые гормоны, была снижена, что привело к повышению индекса свободных андрогенов. Дополнительным мощным митогенным стимулом послужило регулярное употребление сывороточного протеина, богатого аминокислотами с разветвленной цепью, которые напрямую активируют сигнальный путь IGF-1/mTOR в клетках пилосебацейного комплекса. Пациенту была проведена повторная инициация терапии. На первом этапе назначена гепатопротективная поддержка и коррекция диеты под контролем эндокринолога с полной отменой спортивных добавок. Повторный курс с низких суточных дозировок (low-dose isotretinoin) для обеспечения лучшей переносимости на фоне коррекции образа жизни, что позволило постепенно довести кумулятивную дозу до целевых значений. Введена азелаиновая кислота в режиме поддерживающей наружной терапии со второго месяца приема системного препарата. За 8 месяцев повторного курса достигнута целевая кумулятивная доза 135 мг/кг. На фоне параллельного снижения массы тела и нормализации индекса HOMA-IR (до 2,4) отмечена стойкая клиническая ремиссия без формирования новых узлов спустя 10 месяцев после второй отмены препарата.

Обсуждение. Терапевтическая неэффективность приема системных ретиноидов у мужчин репродуктивного возраста обусловлена не фармакокинетическими параметрами, а персистирующей пострецепторной сигнальной активностью в себоцитах. Стандартные протоколы дозирования могут быть недостаточными для подавления оси IGF-1/mTOR у пациентов с исходно высокой инсулинорезистентностью или потребляющих спортивные нутрицевтики. Гиперинсулинемия выступает ключевым звеном, связывающим алиментарные факторы с гиперкератозом и гиперсекрецией

кожного сала. Преждевременная отмена препарата до достижения рекомендованной кумулятивной дозы (120–150 мг/кг) лишает терапию — модификации течения заболевания. Отсутствие поддерживающей наружной терапии определило рецидив колонизации Cutibacterium acnes.

Заключение. Протокол ведения пациентов группы высокого риска рецидива акне должен включать коррекцию метаболических нарушений, строгий контроль соблюдения целевой кумулятивной дозы изотретиноина и назначение длительной наружной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ «ГЕЛИО» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И РОЗАЦЕА

Петровская Н. В., Нагорная А. Н., Шульгина И. Г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Первомайский», г. Москва

Введение. Холодная или неравновесная плазма представляет собой поток ионизированного газа комнатной температуры, подаваемого под атмосферным давлением. Принцип ее в формирования заключается в обработке технического газа энергоносителя высокочастотным радиоволновым излучением. Воздействие ВЧ-излучения приводит к возбуждению и последующей ионизации газовых частиц и выделению различных свободных радикалов, в большинстве представляющих собой активные формы кислорода и азота. Следует отметить их воздействие на обрабатываемые ткани, что приводит к индукции фагоцитоза бактерий и продуктов воспаления и, как следствие, сильному антивоспалительному эффекту, ограничению активности свободных радикалов, оказывающих патогенное воздействие, усиленному росту (пролиферации) кератиноцитов, формирующих эпидермис, и ускоренной эпителизации травмированных участков кожи. При этом объем ионов, температура которых ненамного превышает комнатную, в газовом потоке существенно превышает объем электронов, способных нагреваться до больших значений, благодаря чему плазма и остается «холодной». Традиционно в качестве газа-энергоносителя используются инертные газы, такие как аргон или гелий. «Гелиос» — это российский медицинский аппарат, который создает поток холодной (низкотемпературной) плазмы для безопасной обработки живых тканей. Прибор ионизирует инертный газ (гелий) комнатной температуры и нагревает ткани до 25–45 градусов. Метод не повреждает живые клетки и не оставляет ожогов, применяется в дерматологии, косметологии, хирургии и стоматологии для безболезненного уничтожения микробов, снятия воспалений и быстрой регенерации тканей.

Цель работы. Изучить эффективность лечения акне и розацеа, применяя топическую терапию в сочетании с холодной плазмой.

Материалы и методы. Набраны 2 группы больных: группа 1 с диагнозом «акне легкой и средней степени тяжести» — 10 человек, 8 женщин и 2 мужчин в возрасте 18–25 лет; группа 2 с диагнозом «розацеа эритематозно-папулезная стадия» — 10 человек, 9 женщин и 1 мужчина в возрасте 25–40 лет. По 5 человек из каждой группы получали стандартную терапию топическими препаратами (группы контроля 1 и 2), а другие 5 пациентов — комплексное лечение в сочетании с холодной плазмой (опытные группы 1 и 2). В группе 1 топическая терапия проводилась препаратами, содержащими адапален+бензоил пероксид или адапален+клиндамицин, 1 раз в день; в группе 2 — ивермектин 1 раз в день. В опытных группах добавляли процедуру обработки кожи холодной плазмой на аппарате «Гелиос» в течение 10 мин. на 1-й, 7-й и 14-й дни лечения. Срок наблюдения за пациентами всех групп составил 7 недель. На фоне терапии в группах контроля 1 и 2 значимое улучшение кожного процесса в виде разрешения воспалительных очагов и отсутствия появления новых элементов наблюдалось через 3–4 недели, в опытных группах 1 и 2 у всех пациентов уже на 7-й день комплексного лечения отмечался регресс воспалительных очагов, новые воспалительные элементы практически не появлялись.

Выводы. Применение процедур обработки кожи аппаратом холодной плазмой «Гелиос» в сочетании с топической терапией пациентов с акне легкой и средней степени тяжести и папуло-пустулезной стадией розацеа при сравнении с топической монотерапией приводило к более быстрому и стойкому разрешению воспалительных элементов, что патогенетически оправдано. Требуется дальнейшее накопление опыта применения метода для разработки эффективных протоколов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ С МОЧЕВИНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КСЕРОЗА КОЖИ

Бутарева М. М., Кобяцкая Е. Е., Мецгер А. В., Исраелян З. Э., Петрова С. Ю., Альбанова В. И., Ноздрин К. В.

«Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова», АО «Ретиноиды», Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Клиника «Бьюти Тренд»,, г. Москва

Мочевина — гигроскопический компонент эпидермиса, поддерживающий гидратацию кожи в качестве составляющего Натурального (естественного) увлажняющего фактора. Уже более века топические средства с мочевиной применяются для ухода за кожей в формате увлажняющего и/или кератолитического агента органического происхождения в зависимости от концентрации.

Цель исследования заключалась в сравнительной оценке клинической эффективности использования кремов, содержащих 5% и 10% мочевины, в коррекции ксероза кожи.

Материалы и методы. В проспективное контролируемое клиническое исследование были включены 90 пациентов (мужчины и женщины) с ксерозом кожи конечностей (кисти, предплечья, голени, стопы) в возрасте от 18 до 60 лет. Они были разделены на две группы. В 1-й группе (n=45) применяли крем с 5% мочевиной, во 2-й группе (n=45) — крем с 10% мочевиной. Средства наносили 2 раза в день 30 дней. Оценку результатов увлажнения и трансэпидермальной потери воды в 1-й и 30-й дни лечения проводили с помощью дерматоскопии, корнеометрии и вапометрии на аппаратах: ARAMO SG с программой Skin XPPRO (Aram Huvis Co., Ltd, Южная Корея); Monaderm Combined unit CM825/SM815/CT580 (Courage + Khazaka electronic GmbH, Германия); Vapometer SWL4001 (Delfin, Финляндия).

Результаты. Использование препаратов позволило статистически значимо уменьшить степень распространенности ксероза и зуда кожи у пациентов. По результатам лечения у 88,8% пациентов в 1-й группе и у 84,4% во 2-й группе клинический эффект можно оценить как отличный, что было подтверждено аппаратными методами диагностики.

Выводы. Препараты, содержащие мочевину в концентрации до 10%, давно зарекомендовали себя как средства с прекрасными увлажняющими и восстанавливающими свойствами, которые помогают достаточно быстро устранить ксероз кожи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АКНЕ В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Чернявский И. И.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Центр профессионального обучения и развития в медицине», Общество с ограниченной ответственностью «Сити-Клиник», г. Краснодар

Цель исследования. Оценить динамику показателей самооценки, уровня тревожности и степени социальной дезадаптации у пациентов молодого возраста с тяжелыми формами акне в процессе проведения комплексной дерматологической терапии с элементами психологического сопровождения.

Материалы и методы. В открытое проспективное наблюдательное исследование включено 85 пациентов (48 женщин, 37 мужчин) в возрасте от 16 до 25 лет (средний возраст 20,4±2,7 года) с клинически подтвержденными тяжелыми формами акне (III и IV степень тяжести по классификации). Критерии включения: отсутствие системной психотропной терапии на момент включения и добровольное информированное согласие. Всем пациентам назначалась стандартизированная комплексная терапия тяжелых акне, соответствующая клиническим рекомендациям, включающая системные и наружные средства, а также курс коррекции психоэмоционального состояния (групповые мотивационные сессии и тренинги по управлению стрессом, проводимые психологом). Оценка проводилась в три визита: исходно (визит 1), через 3 месяца (визит 2) и через 6 месяцев (визит 3). Дерматологический статус верифицировался с использованием индекса оценки тяжести акне. Для оценки психологического статуса применялись валидированные методики: шкала самооценки, шкала личностной и реактивной тревожности, а также опросник уровня социальной фрустрированности. Качество жизни оценивалось с использованием специализиро-

ванного вопросника качества жизни. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия Уилкоксона для связанных выборок и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ).

Результаты. Исходно у 96,5% (82/85) пациентов зафиксирован высокий уровень психоэмоционального дистресса: у 74,1% (63/85) выявлена клинически выраженная тревожность (высокие баллы по шкале реактивной тревожности), у 88,2% (75/85) отмечен низкий или заниженный уровень самооценки. Наиболее значимые корреляции исходно установлены между тяжестью клинических проявлений и степенью социальной фрустрированности (ρ=0,62; p<0,01), а также между длительностью заболевания и уровнем личностной тревожности (ρ=0,53; p<0,05). Через 6 месяцев (визит 3) на фоне комплексной терапии у 81,2% (69/85) пациентов достигнут клинический регресс (снижение индекса тяжести акне на 75% и более). Позитивная динамика дерматологического статуса ассоциировалась с отчетливым улучшением психологических показателей: средний балл самооценки увеличился на 34,2% (p<0,001); уровень реактивной тревожности снизился с высокого до умеренного у 78,8% (67/85) пациентов (p<0,001); доля пациентов с выраженной социальной дезадаптацией уменьшилась с 67,1% (57/85) до 27,1% (23/85) (p<0,01). При этом у 12,9% (11/85) пациентов, несмотря на объективное улучшение кожного процесса, показатели тревожности и самооценки не достигли нормы, что указывает на формирование резидуальных психосоматических комплексов. Выявлена умеренная корреляция между степенью регресса акне и улучшением качества жизни (ρ=0,48; p<0,05), однако качество жизни восстанавливалось медленнее, чем клинические симптомы, достигая возрастной нормы лишь к 6-му месяцу наблюдения.

Выводы. Тяжелые формы акне в молодом возрасте закономерно сопровождаются достоверными нарушениями психологического статуса, ключевыми звеньями которых являются снижение самооценки, высокая тревожность и социальная дезадаптация. Включение психокоррекционных мероприятий в базовый протокол комплексной терапии способствует значимому регрессу тревожной симптоматики и восстановлению социального функционирования, однако темпы психологической реабилитации отстают от темпов клинического улучшения кожи. Полученные данные обосновывают необходимость рутинного скрининга психологического статуса (включая оценку самооценки и тревожности) у пациентов с тяжелыми акне с самого начала терапии и пролонгированного психологического сопровождения, превышающего сроки достижения клинической ремиссии, для предупреждения закрепления патологических нозогенных реакций. Раннее выявление резидуальных психологических нарушений (у 12,9% пациентов) требует разработки индивидуальных маршрутов ведения данной когорты.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ TRICHOPHYTON INDOTINEAE И СПЕКТР МУТАЦИЙ УСТОЙЧИВОСТИ К АЛЛИЛАМИНАМ (ТЕРБИНАФИНУ) В Г. МОСКВЕ В 2024–2025 ГГ. ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА АРХИВНЫХ ОБРАЗЦОВ

Гущин А. Е. [1], **Полевщикова С. А.**[1], **Попкова Е. Г.**[2], **Потекаев Н. Н.**[1]

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

2 ООО «НекстБио», г. Москва

Актуальность. Среди возбудителей поверхностных микозов кожи и придатков во всем мире наибольшую проблему представляет Trichophyton indotineae — антропофильный вид дерматофитов, входящий в состав T. mentagrophytes complex и сравнительно недавно выделенный в самостоятельный вид. Ключевой особенностью T. indotineae является устойчивость большинства изолятов к препарату первой линии терапии — тербинафину — в результате наличия мутаций в гене erg1, кодирующем фермент скваленэпоксидазу (SQLE), при этом возбудитель обладает высокой контагиозностью, поражая обширные участки кожи пациентов. В 2024–2025 г. в отечественной печати опубликовано несколько работ, свидетельствующих о циркуляции T. indotineae в российской популяции, при этом клинико-анамнестические и эпидемиологические данные пациентов позволяют предположить, что распространенность возбудителя существенно превышает количество описанных в литературе случа-

ев, однако реальный масштаб проблемы остается неизвестным. Основной проблемой выявления инфекции является сложность в идентификации возбудителя, связанная с высокой генетической гомологией и морфологической схожестью T. indotineae с различными генотипами комплекса T. mentagrophytes, в первую очередь T. interdigitale.

Цель: провести молекулярно-генетический анализ на предмет идентификации T. indotineae среди архивных образцов культур и образцов ДНК, идентифицированных в рутинном лабораторном микологическом и ПЦР-исследовании в 2024–2025 гг. как T. mentagrophytes complex, а также анализ гена erg-1 на предмет мутаций устойчивости к аллиламинам.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 130 культур архива 2024 года, 133 культуры архива 2025 года (всего 263), определенных как T. mentagrophytes complex (включая T. mentagrophytes var. interdigitale, T. mentagrophytes var. gypseum), а также 70 образцов ДНК архива 2024 года и 124 образца ДНК архива 2025 года (всего 194), содержащих ДНК T. mentagrophytes complex по результатам ПЦР-исследования. Дифференциацию вида Trichophyton indotineae от других представителей T. mentagrophytes complex проводили на основании результатов секвенирования участка рибосомальных генов (рДНК), включающего области с характерными для данного вида точечными полиморфизмами (участок ITS1–5.8S-ITS2). Для анализа мутаций устойчивости к аллиламинам (тербинафину) проводили секвенирование гена erg1 в области кодирования активного центра фермента SQLE.

Результаты. В общей сложности за двухлетний период было идентифицировано 244 образца, имевшие 100% генетическую гомологию с T. indotineae. Причем в 2024 г. таких образцов было 90, а в 2025 г.— 154, что говорит 1,7-кратном приросте случаев инфекции в течение года.

Анализ данных пациентов показал, что среди инфицированных мужчины составили 59%, женщины соответственно 41%, при этом соотношение по полу отличалось по отдельным годам: в 2024 г.— 61% и 39%, а в 2025 г.— 58% и 42% для мужчин и женщин. Возрастной состав охватывал все возрастные группы — от детей до 1 года (5 случаев) и до 70-летнего возраста (5 случаев), тем не менее более 50% всех случаев составляли лица в возрасте от 20 до 40 лет, а медианный показатель для мужчин составил 31 года, для женщин — 34 года. Исследование гена erg1 показало, что все изоляты T. Indotineae Московского региона содержали нуклеотидные замены, участвующие в формировании фенотипа, устойчивого к аллиламинам (тербинафину). При этом более 80% изолятов содержало мутации, приводящие к аминокислотным заменам Phe397Leu, что, как известно, обеспечивает самый высокий уровень резистентности. В значительно меньшем проценте случаев были выявлены аминокислотные замены Leu393Ser, His440Tyr, Ala448Thr, Tyr414His, Gln408Leu, также обеспечивающие устойчивый фенотип, хоть и в несколько меньшей степени по сравнению с заменой Phe397Leu.

Выводы: 1. Выявленное количество случаев T. indotineae (244) позволяет говорить не о спорадических завозных случаях, а о сложившимся эпидемическом процессе данного варианта дерматомикоза в Московском регионе. При этом прирост количества выявленных случаев с 2024 г. по 2025 г. составил 1,7 раза. 2. Возрастная и гендерная структура инфицированных T. Indotineae пациентов свидетельствует о вовлеченности в процесс лиц обоего пола с преобладанием среди инфицированных наиболее социально активной части населения. 3. Частота и тип мутаций устойчивости к аллиламинам (тербинафину) у циркулирующих изолятов свидетельствуют о необходимости перехода к альтернативным схемам терапии препаратами азолового ряда при подтверждении наличия T. indotineae.

Вывод. Полученные в ходе исследования данные диктуют необходимость пересмотра и совершенствования алгоритма диагностики дерматомикозов с обязательным выявлением и идентификацией T. indotineae.

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ТРЕХ КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Трофимова М. С., Захарова А. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», Российский университет дружбы народов, г. Москва

Введение. Коморбидность, т.е. наличие у пациента двух и более патологических процессов, является

одной из самых обсуждаемых тем на медицинских форумах мира и России. Распространенными иммуноопосредованными хроническими дерматозами, связанными с выраженными морфофункциональными изменениями тканей, являются ограниченная склеродермия (ОС), витилиго и склероатрофический лихен (СЛ). Локализованная склеродермия представляет собой заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит формирование очагов воспаления с последующим развитием склероза и атрофии кожи и подлежащих тканей. СЛ — воспалительный дерматоз, характеризуется очаговой дис- и атрофией кожи, слизистых. В отличие от ОС, СЛ витилиго характеризуется депигментацией вследствие разрушения меланоцитов, что проявляется образованием депигментированных пятен на коже и слизистых оболочках, также относится к хроническим патологиям с прогрессирующим течением.

Цель данного исследования: описание собственного наблюдения редкого сочетания трех коморбидных аутоиммунных заболеваний (СЛ, ОС, витилиго) у одной пациентки с дальнейшей тактикой ведения. Пациентка К., 68 лет, считает себя больной с 2011 года, когда появились высыпания на коже задней поверхности шеи, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. С 2023 года отмечает распространение высыпаний на кожу туловища, верхние конечности, за медицинской помощью не обращалась до 2025 года. В сентябре 2025 года консультирована дерматологом в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиал Первомайский, был выставлен диагноз: L94.0 — Локализованная склеродермия, направлена на консультацию в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ ООСМП, где выставлен диагноз: L90.0 — Лишай склеротический и атрофический. Амбулаторно получала лечение в виде топических глюкокортикостероидов, без эффекта. Поступила на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» в январе 2026 года. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на высыпания на коже задней поверхности шеи, туловища, верхних конечностей, ягодиц, в межъягодичной складке, без субъективных ощущений; при осмотре: патологический процесс на коже носит хронический распространенный воспалительный характер. На коже задней поверхности шеи, туловища, верхних конечностей, ягодиц, в межъягодичной складке отмечаются высыпания в виде мелких сгруппированных папул белесовато-розового цвета, сливающихся в бляшки, размером до «ладони взрослого человека» в диаметре, неправильно-округлых очертаний, с ливидным оттенком, с шероховатой атрофичной поверхностью по типу пергаментной бумаги с сиреневатым венчиком «роста» по периферии. Кожа в местах высыпаний с трудом собирается в складку. На коже молочных желез, живота, спины, ягодиц отмечаются множественные обширные депигментированные пятна молочно-белого цвета, различных размеров и очертаний, с четкими границами и неправильными округлыми очертаниями. В лампе Вуда молочно-белое свечение. При гинекологическом осмотре специфических высыпаний на наружных половых органах и перианальной области не отмечается. С целью верификации диагноза были проведены две диагностические биопсия кожи: 1 — с латеральной части левой окололопаточной области: эпидермис с компактным ортогиперкератозом, очаговым гипергранулезом, акантозом, в верхних отделах дермы полосовидная зона гомогенизации коллагена, в более глубоких — лимфоцитарные инфильтраты; в пределах исследованного материала морфологическая картина склероатрофического лихена. 2 — с поясничной области: эпидермис с пигментацией цитоплазмы клеток базального слоя, в дерме слабовыраженные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты; гистологические изменения могут наблюдаться при склеродермии. Таким образом, на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, результатов проведенных исследований установлен диагноз: Склероатрофический лихен. Ограниченная склеродермия, бляшечная форма. Витилиго, распространенная форма. Пациентка получала лечение: раствор метотрексата 15 мг № 1, раствор актовегина 400 мг + натрия хлорид 250 мл в/в 5 дней, декстрана 200 мл в/в 5 дней, таб. пентоксифиллин 100 мг 3 р/д внутрь, раствор бовгиалуронидаза азоксимер 3000 МЕ в/м 4 дня, наружно: 0,05% бетаметазон крем 2 раза в день (на высыпания). Выписана с рекомендациями продолжить на амбулаторном этапе раствор метотрексата, ферменты, сосудистую терапию, наружно топические глюкокортикостероиды. Рекомендована консультация ревматолога для исключения системности патологического процесса. Данное сочетание (ОС, СЛ, витилиго) возможно представляет собой клиническую манифестацию общего аутоиммунного процесса, в основе которого лежат перекрестные иммунопатологические механизмы. Общность патогенеза (аутоиммунное воспаление, ведущее к фиброзу или депигментации) позволяет

рассматривать возможность применения сходных патогенетических подходов к терапии (например, цитостатики и топические иммуносупрессанты). Возможно коморбидность у данной пациентки обусловлена синтропией трех заболеваний и данное сочетание требует более глубокого изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ВЫЗВАННОГО MICROSPORUM CANIS, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАМПЫ ВУДА

Острецова М. Н., Касихина Е. И., Полевщикова С. А., Жукова О. В.

1 Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы,

2 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. В последнее время поверхностные микозы кожи, вызванные грибами-дерматофитами, стали одними из самых распространенных инфекционных заболеваний человека в мире. Кожные высыпания при дерматофитиях могут быть ошибочно интерпретированы как проявления хронических дерматозов. Спектр заболеваний для дифференциального диагноза включает себорейный дерматит, атопический дерматит, контактный дерматит, псориаз, кандидозную опрелость, эритразму, экзему и т.д. Таким образом, оптимизация всех видов диагностики микозов является одним из современных трендов в дерматовенерологии. Значение и диагностическая ценность обследования в лучах лампы Вуда широко обсуждаются в последние годы в дерматологическом сообществе. Использование прибора повышает достоверность клинической диагностики поверхностных грибковых инфекций, в частности микоза волосистой части головы, на основании появления характерной флуоресценции при определенных длинах волн.

Цель. Проанализировать результаты исследования очагов микоза волосистой части головы у детей, вызванного Microsporum canis, в лучах лампы Вуда и оценить эффективность метода для ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. В исследование были включены данные 43 детей в возрасте от 1 до 17 лет включительно, находившихся на амбулаторном лечении и под наблюдением в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с марта 2023 г. по октябрь 2025 г. Всем пациентам проводилось обследование с помощью лампы Вуда для оценки наличия характерной флуоресценции, указывающей на инфекцию M. canis. Микологическое исследование включало микроскопическое исследование материала волос и чешуек из очагов и бактериологическое (культуральное) исследование для идентификации вида возбудителя на среде Сабуро.

Результаты. Микоз волосистой части головы был диагностирован во всех возрастных группах, с незначительным преобладанием среди детей в возрасте от 4 до 6 лет. Контакт с домашними животными в качестве возможного источника инфицирования указали 48,8% пациентов, роль семейного инфицирования — 32,6%. Чувствительность метода составила 67,4%. Метод диагностики с использованием лампы Вуда продемонстрировал статистически значимое преимущество в специфичности — 100,0% у пациентов с установленным эпидемическим анамнезом, связанным с инфицированием от животных, и диагнозом, подтвержденным культуральным исследованием.

Выводы. Использование лампы Вуда позволяет повысить эффективность ранней диагностики и лечения микоза волосистой части головы. Продемонстрировано, что тщательный сбор и анализ эпидемиологического анамнеза важен для определения дальнейшей тактики ведения пациентов. Следовательно, детальный анализ различных факторов, влияющих на флуоресценцию, в перспективе может значительно улучшить процесс диагностики микоза волосистой части головы и обеспечить своевременное назначение адекватной терапии.

РЕТИНОЛА ПАЛЬМИТАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

Тлиш М. М., Шавилова М. Е., Кузнецова Т. Г., Наатыж Ж. Ю., Петрова С. Ю., Ноздрин К. В.
«Кубанский государственный медицинский университет», АО «Ретиноиды», «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова», г. Краснодар, г. Балашиха, г. Москва

При лечении хронической истинной экземы необходим комплексный подход, включающий устранение триггерных факторов, раннее назначение противовоспалительной терапии, сочетающейся с восстановлением эпидермального барьера. При выраженном воспалении используются системные глюкокортикоиды и антигистаминные препараты, для наружной терапии применяются топические глюкокортикоиды и ингибиторы кальциневрина. В случаях микробной контаминации показано включение в схемы терапии антибактериальных и противогрибковых средств. Для восстановления кожного барьера и профилактики рецидивов в составе комплексного лечения рекомендуется применять эмоленты.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения в комплексной терапии пациентов с хронической экземой масляного раствора ретинола пальмитата для приема внутрь.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов с экземой в хронической стадии, легкой и средней степени тяжести, которых в зависимости от приводимой терапии разделили на 2 группы по 30 человек (основную и сравнения). В обеих группах больным была назначена терапия, включающая топические ингибиторы кальциневрина, пиритион цинк, линимент нафталанской нефти 10%, эмолент — крем с 10% мочевиной и 10% глицерином. Пациентам основной группы дополнительно назначался масляный раствор Ретинола пальмитата в дозе 1000 МЕ на кг/масса тела в сутки. Эффективность лечения оценивали по данным динамики Eczema Area and Severity Index (EASI), дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и регистрации количества обострений до начала терапии, на 30-е, 60-е и 90-е сутки лечения.

Результаты. На 30-й день терапии у больных обеих групп отмечена положительная динамика кожного процесса ($p \leq 0,05$). При этом более выраженный регресс симптомов был зарегистрирован у пациентов основной группы, в которой значения EASI снизились на 77,0%, в группе сравнения данный параметр уменьшился только на 58,1% ($p \leq 0,05$). Выраженный клинический эффект сопровождался снижением влияния заболевания на качество жизни больных: ДИКЖ в основной группе снизился на 53,1%, в группе сравнения — регресс не превышал 39,4% ($p \leq 0,05$). При последующем наблюдении положительная динамика симптомов заболевания сохранилась, однако значимо не отличалась между группами.

Выводы. Включение масляного раствора ретинола пальмитата для приема внутрь в комплексную терапию больных хронической экземой сопровождается ускорением регресса симптомов заболевания и улучшением качества жизни пациентов.

РОЛЬ ГРИБОВ CANDIDA SPP. В РАЗВИТИИ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ В ИНТЕРТРИГИНОЗНЫХ ОБЛАСТЯХ У ДЕТЕЙ

Касихина Е. И., Ибрагимхалилова Э. Д., Солнцев В. В., Юнда И. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Актуальность. Поверхностный (неинвазивный) кандидоз — кандидоз кожи и слизистых, который включает поражение ротоглотки (молочница), кандидозный стоматит, глоссит, хейлит, гингивит, кандидоз желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), кандидоз верхних дыхательных путей, интертригинозный (пеленочный) дерматит. Кандидоз относится к числу наиболее частых инфекций грибковой этиологии, регистрируемых у новорожденных детей. Распространенность кандидоза у новорожденных колеблется в широких пределах и может достигать 18,7% в некоторых странах. Клинические проявления поверхностного кандидоза зависят от локализации очага поражения. Поражение

кожи может выглядеть как интертригинозный, или пеленочный, дерматит, наиболее характерный для новорожденных. Поражение слизистой оболочки наиболее часто происходит в ротовой полости (молочница). Клиническая картина развивается чаще всего на 5–14 день жизни. Помимо молочницы возможно развитие стоматита, глоссита, хейлита и гингивита. У грудных детей роль грибов рода Candida продемонстрирована в развитии пеленочного дерматита, себорейного дерматита. Грибы Candida spp. и Malassezia spp. осложняют течение атопического дерматита, псориаза и других хронических воспалительных заболеваний кожи в различные возрастные периоды.

Цель. Провести оценку роли грибов рода Candida в развитии кожных высыпаний в интертригинозных областях.

Материал и методы. Проанализированы данные 58 детей в возрасте от 0 до 2 лет с высыпаниями в интертригинозных областях, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в обособленном подразделении ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» «Северо-Восточная клиника с детским центром» в период с января 2025 года по май 2026 года. У всех детей имелась характерная клиническая картина, включающая мацерированные или эрозированные участки с белесоватым налетом, папулезными, везикулярными или пустулезными отсевами. Диагностика кандидозной инфекции проводилась при микроскопическом и культуральном исследовании материала, полученного со слизистых оболочек и кожных покровов пациентов, с определением видовой принадлежности возбудителя.

Результаты. Среди пациентов преобладали дети с пеленочным дерматитом — 37 (63,8%) и себорейным дерматитом — (27,6%). Кандидоз кожи был диагностирован у 5 (8,6%) детей. В результате культурального исследования у 26 (49,0%) из обследованных пациентов с пеленочным и себорейным дерматитами была подтверждена кандидозная инфекция. Во всех случаях был получен рост C. albicans. Микроскопическое исследование оказалось менее информативным — положительный результат был получен только у 12 (22,6%) пациентов с пеленочным и себорейным дерматитами. Положительный результат микроскопического был связан с местом взятия материала (складки шеи, подмышечные и заушные области). Очевидно, что материал, полученный из высыпаний, локализованных в аногенитальной области, менее был информативен по причине нанесения различных антисептических средств до обращения к врачу.

Заключение. Дерматозы с вовлечением интертригинозных областей у детей, такие как пеленочный и себорейный дерматиты, требуют комплексного подхода к диагностике и лечению. Эти состояния хотя и не являются первичными микозами, нередко осложняются колонизацией кожи дрожжевыми грибками, особенно Candida spp. и Malassezia spp. В подобных случаях применение противогрибковых препаратов становится необходимым компонентом терапии.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ В ФОРМИРОВАНИИ ИНДЕКСА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Богдан П. И., Потекаев Н. Н., Поршина О. В., Березовская Е. М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) представляет собой группу наследственных заболеваний кожи, характеризующихся повышенной хрупкостью кожных покровов, образованием пузырей и эрозивно-язвенных элементов. Хронические раны являются одним из ключевых факторов, определяющих тяжесть заболевания и качество жизни пациентов. Течение раневого процесса зависит не только от площади и глубины поражения, но и от выраженности воспаления, характера микробной колонизации и способности микроорганизмов к формированию биопленок.

Актуальность. Существующие специализированные шкалы оценки тяжести ВБЭ, включая Birmingham Epidermolysis Bullosa Severity Score (BEBS), Epidermolysis Bullosa Disease Activity and Scarring Index (EBDASI) и iscorEB, позволяют комплексно оценивать активность заболевания, рубцовые изменения и системные проявления. Однако возможности данных инструментов для дифференцированной оценки хронической раны, включая ее микробиологические характеристики, остаются ограниченными.

Цель. Оценить микробиологические характеристики хронических ран у пациентов с ВБЭ и обосновать целесообразность включения микробиологических

параметров в самостоятельный блок комплексного индекса оценки тяжести и динамики раневого процесса.
Материалы и методы. Проведена оценка микробиологического профиля хронических ран пациентов с ВБЭ. Анализировали частоту выявления основных микроорганизмов, имеющих потенциальное клиническое значение при хроническом раневом процессе, включая Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa и Enterococcus faecalis.
Дополнительно оценивали клинические признаки, потенциально связанные с инфекционным компонентом раневого процесса: выраженность экссудации, наличие гнойного отделяемого, неприятного запаха, болезненность и динамику эпителизации. При проведении терапии беремагеном геперпавеком учитывали изменения микробиологического профиля и клинического состояния хронических ран.
Обсуждение. В исследуемом материале Staphylococcus aureus выявлялся в 50% хронических ран и являлся одним из наиболее часто встречающихся микроорганизмов. Особое клиническое значение имеет выявление Pseudomonas aeruginosa, поскольку данный микроорганизм способен участвовать в поддержании хронического воспаления и формировании биопленок, что потенциально может ассоциироваться с замедлением репаративных процессов. В исследуемом материале также выявлялся Enterococcus faecalis, который реже рассматривается в качестве самостоятельного показателя при оценке хронических ран пациентов с ВБЭ. Его выявление указывает на необходимость более детальной характеристики микробиологического профиля ран данной категории пациентов. Практическая значимость микробиологического мониторинга возрастает при проведении современной патогенетической терапии. На фоне терапии беремагеном геперпавеком у части пациентов могут наблюдаться изменения микробного профиля хронических ран, включая снижение микробного разнообразия и увеличение представленности P. aeruginosa и S. aureus. Дополнительное значение может иметь наличие биопленкообразующих штаммов, потенциально способных влиять на течение хронического воспаления и эффективность терапии.
Полученные данные позволяют рассматривать микробиологические характеристики как дополнительный параметр объективизации состояния хронической раны. При разработке специализированного индекса тяжести ВБЭ целесообразно выделить самостоятельный микробиологический блок, включающий наличие клинически значимой бактериальной колонизации, выявление S. aureus и P. aeruginosa, клинические признаки инфекционного процесса и, при наличии соответствующих лабораторных данных, способность выделенных штаммов к формированию биопленок. Интеграция микробиологических показателей с объективными характеристиками раны — площадью и глубиной поражения, динамикой площади, выраженностью экссудации, болью и скоростью эпителизации — может повысить информативность комплексной оценки раневого процесса и позволить более чувствительно оценивать его динамику на фоне терапии.
Заключение. Микробиологические характеристики хронических ран представляют собой перспективный дополнительный компонент комплексной оценки тяжести ВБЭ. Выявление S. aureus, P. aeruginosa и других потенциально значимых микроорганизмов, а также оценка признаков инфекционного процесса и биопленкообразования могут быть включены в самостоятельный микробиологический блок индекса оценки раневого процесса. Такой подход потенциально позволит более детально характеризовать состояние хронической раны и динамику ее заживления, в том числе при оценке эффективности современных методов терапии ВБЭ.

СКРЫТЫЕ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ: ПОЧЕМУ РУТИННЫЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ОЦЕНКУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Голованова Т. В., Германова О. А., Прохоренко И. О.
Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

Введение. Псориаз давно перестал восприниматься исключительно как кожная патология: накопленные данные подтверждают его системную иммуновоспалительную природу, при которой закономерно повышается вероятность сердечно-сосудистых осложнений и связанной с ними смертности. У пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания традиционные кардиоваскулярные факторы риска — повышенное давление, нарушения липидного обмена,

гипергликемия — встречаются заметно чаще, чем в общей популяции, равно как и крупные сердечно-сосудистые события. Вместе с тем в реальной амбулаторной практике дерматологи нередко недооценивают эти риски, особенно у относительно молодых пациентов, у которых явная сердечно-сосудистая патология пока не диагностирована.

Цель. Определить частоту сердечно-сосудистых факторов риска и оценить расчетный 10-летний сердечно-сосудистый риск у взрослых пациентов с псориазом, наблюдающихся у дерматолога в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Выполнено одноцентровое исследование по типу «случай-контроль», в которое вошли 32 пациента старше 40 лет с клинически подтвержденным диагнозом псориаз; все они наблюдались амбулаторно на протяжении 12 месяцев. У каждого участника фиксировались основные демографические и клинические параметры: возраст, пол, длительность заболевания, клинический фенотип псориаза, значение индекса PASI, индекс массы тела, статус курения и наличие сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников. Лабораторное обследование включало стандартное определение липидного профиля и уровня глюкозы крови. Для прогнозирования 10-летнего сердечно-сосудистого риска применялись шкалы SCORE2 и SCORE2-OP с учетом возрастной категории пациента, на основании чего участников распределяли по 4 группам риска — от низкого до очень высокого.

Результаты. Все включенные пациенты проживали в регионе, отнесенном к категории очень высокого исходного сердечно-сосудистого риска. Хотя бы один традиционный фактор риска был выявлен у 30 из 32 пациентов (94%), а сочетание 3 и более факторов отмечено у 14 больных (44%) со среднетяжелым и тяжелым псориазом. Чаще всего встречались артериальная гипертензия (22 случая; 69%), дислипидемия (19 случаев; 59%) и активное курение (15 случаев; 47%). По шкалам SCORE2/SCORE2-OP низкий 10-летний риск был установлен лишь у 2 пациентов (6%), тогда как 11 человек (35%) и 19 человек (59%) были отнесены соответственно к категориям высокого и очень высокого риска. Более высокие значения индекса PASI и большая продолжительность псориаза достоверно коррелировали с более высокими категориями сердечно-сосудистого риска ($p<0,01$). При этом большинство пациентов ранее не консультировались у кардиолога и не получали терапию (гипотензивную, гиполипидемическую и др.), соответствующую выявленному уровню риска.

Выводы. Полученные результаты показывают, что у большинства взрослых пациентов с псориазом, наблюдающихся в рутинной дерматологической практике, присутствуют множественные сердечно-сосудистые факторы риска, а значительная часть из них — особенно при более тяжелом и длительном течении заболевания — попадает в категории высокого и очень высокого 10-летнего сердечно-сосудистого риска. Это подтверждает необходимость систематической оценки сердечно-сосудистого риска у всех пациентов с псориазом и указывает на важность слаженного взаимодействия дерматологов, кардиологов и врачей общей практики для своевременного внедрения профилактических мер.

СЛОЖНОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ВАРИАНТОВ В ГЕНЕ FLG

Кечин А. А.[1], Михеева Р. Е. [1], Заварина И. В.[2], Оськина Н. А.[1], Потекаев Н. Н.[2], Доля О. В. [2]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт химической биологии и фундаментальной медицины им. Д. Г. Кнорре» Сибирского отделения Российской академии наук, г. Новосибирск

2 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Мутации в гене FLG, кодирующем белок профилагрин, связаны с развитием одного из часто встречающихся заболеваний кожи — вульгарным ихтиозом, а также предрасполагают к развитию атопического дерматита. В большинстве случаев патогенные варианты представляют собой нонсенс-мутации и мутации, приводящие к сдвигу рамки считывания. Однако, несмотря на это, классификация вариантов на патогенные, вероятно патогенные, варианты с неизвестным значением, вероятно непатогенные и непатогенные зачастую затруднена ввиду недостаточности имеющихся данных о встречаемости вариантов в контрольной группе или функциональных исследований.

Цель. Поэтому целью данной работы был анализ клинической значимости генетических вариантов, встречающихся в российской популяции на основа-

нии Базы данных популяционных частот Российской Федерации (БДПЧ РФ).

Материал и методы. В качестве материала исследования использовались частоты встречаемости генетических вариантов из базы данных популяционных частот РФ Федерального медико-биологического агентства (https://nir.cspfmba.ru/), а также собственные данные полноэкзомного секвенирования для 77 пациентов с диагнозом вульгарный ихтиоз: 68 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 65 лет и 9 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 47 лет. Классификация выявленных генетических вариантов проводилась с применением критериев, рекомендованных Американским колледжем медицинской генетики и геномики.

Результаты. Всего в БДПЧ РФ был обнаружен 3021 вариант, среди которых 2729 вариантов являлись несинонимичными заменами с частотой альтернативного аллеля менее 15% как в БДПЧ РФ, так и в gnomAD, а также 292 варианта с потерей функции (нонсенс-мутации, сдвиг рамки считывания и нарушения сайтов сплайсинга). Среди миссенс-вариантов не было известно ни одного патогенного варианта. В то же время среди вариантов с потерей функции патогенность была определена в базе данных ClinVar только для 78 вариантов (27%). Для оставшихся 214 запись в базе отсутствовала, либо клиническая значимость была записана как вариант с неизвестным значением. Используя критерий патогенности PVS1, все такие варианты были классифицированы как вероятно патогенные, поскольку отсутствовали данные, свидетельствующие об их доброкачественности. Среди таких вариантов был часто встречающийся с.2282_2285del (p.Ser761fs, ранее обозначавшийся как с.2282_2285delCAGT или 2282del4). Его частота согласно БДПЧ РФ составила 2%, а в исследуемой когорте пациентов с вульгарным ихтиозом — 42%, что свидетельствует в пользу патогенности варианта (критерий патогенности PS4). Другой вариант с аналогичной записью в ClinVar — с.3059C>G (p.Ser1020*) — был обнаружен у трех из 77 (3,9%) пациентов в исследуемой когорте и с частотами 0,1% и 0,009% согласно БДПЧ РФ и gnomAD, соответственно, что также свидетельствует о патогенности варианта. В то же время для одного из часто встречающихся миссенс-вариантов, для которого отсутствует запись в ClinVar, наоборот, были обнаружены свидетельства его непатогенности. Так, его частота в исследуемой когорте составила 9,1% (7 из 77 пациентов) при частоте встречаемости в БДПЧ РФ — 8,7%.

Заключение. Большое число обнаруживаемых в популяции вариантов в гене FLG не имеют точной классификации по клинической значимости в международных базах данных. Для использования критериев патогенности клинических вариантов с применением экспериментальных данных по функциональному тестированию мутаций и данных о встречаемости вариантов в выборках пациентов с различными заболеваниями, требуется консолидация усилий молекулярных генетиков, клиницистов, молекулярных биологов и биоинформатиков, чтобы клиническая значимость выявляемых у пациентов вариантов могла быть точно определена при выдаче клинического заключения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА МОМЕНТ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕМИССИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Корнюшенко В. О., Молочков А. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», г. Москва

Введение. Истинная пузырчатка (ИП) — это редкий и опасный для жизни хронический аутоиммунный буллезный дерматоз, характеризующийся поражением кожи и слизистых оболочек в виде пузырей и эрозий. Клиническая картина обусловлена выработкой аутоантител — иммуноглобулинов класса G к антигенам эпидермиса, к нормальным компонентам десмосом (десмоглеинам 1-го и 3-го типов), приводящей к акантолизу (разрушению межклеточных связей). Потенциальная летальность обуславливает необходимость длительной системной терапии глюкокортикостероидами (ГКС), которые хоть и являются золотым стандартом в лечении ИП, но напрямую влияют на развитие нежелательных явлений (НЯ).

Цель: сравнительный анализ НЯ у пациентов с ИП на момент достижения медикаментозной ремиссии

в зависимости от метода лечения, с учетом влияния доз ГКС.

Материалы и методы. Было проведено одномоментное пилотное исследование, под наблюдением находилось 72 пациента (35 мужчин, 37 женщин), в сроки от 6 до 12 месяцев после начала лечения, в медикаментозной ремиссии, получающие поддерживающие дозы ГКС. 3 группы пациентов: группа I, получавшая монотерапию ГКС 100 и более мг/сут 24 человек (кумулятивная доза ГКС = 18150 мг), группа II — ГКС в сочетании с адъювантами 25 человек (кумулятивная доза ГКС = 15110 мг), группа III — ГКС 50–60 мг/сут в сочетании с ГИБП 23 человека (кумулятивная доза ГКС = 6300мг). Группы репрезентативны по полу, возрасту и тяжести заболевания. НЯ были классифицированы по степеням шкалой тяжести НЯ (Шкала CTCAE) в диапазоне от 1 до 5. Степень 1 — легкая; бессимптомное течение или легкие симптомы; степень 2 — умеренная; показано минимальное, локальное или неинвазивное вмешательство; степень 3 — тяжелое или значимое с медицинской точки зрения, но не представляющее непосредственной угрозы для жизни; степень 4 — последствия опасны для жизни, показано срочное вмешательство; степень 5 — смерть, если она связана с нежелательным явлением.

Результаты и выводы. В Группе I на монотерапии ГКС отмечалось суммарно 23 НЯ 1 степени, 161 НЯ 2 степени, 29 НЯ 3 степени, 7 НЯ 4 степени, в том числе 3 инсульта, 1 инфаркт, 3 перелома позвоночника. В группе II ГКС в сочетании с адъювантами отмечалось суммарно 34 НЯ 1 степени, 129 НЯ 2 степени, 22 НЯ 3 степени, 2 НЯ 4 степени, в их числе 1 инсульт и 1 перелом позвоночника. В группе III ГКС в сочетании с ГИБП отмечалось суммарно 26 НЯ 1 степени, 96 НЯ 2 степени, 18 НЯ 3 степени, НЯ 4 степени не отмечались. В группе пациентов получавших монотерапию ГКС (кумулятивная доза ГКС = 18150 мг) регистрируется в пять раз больше НЯ 4 степени (потенциально опасных для жизни), чем в группе получавшей ГКС в сочетании с адъювантами (кумулятивная доза ГКС = 15110 мг), а в группе с низкими дозами ГКС в сочетании с ГИБП (кумулятивная доза ГКС = 6300 мг) нежелательные явления 4 степени отсутствуют вовсе. Похожая динамика наблюдается с НЯ 3 и 2 степени. Полученные нами данные демонстрируют серьезность побочных эффектов, а их количество и тяжесть в значительной степени проявляются на этапе достижения медикаментозной ремиссии, приема поддерживающих доз ГКС и представляют собой не менее серьезную опасность, чем сама пузырчатка. Монотерапия высокими дозами ГКС хоть и эффективна, но сопряжена с чрезмерно высоким риском тяжелых осложнений, ухудшающих качество жизни и прогноз. Данный подход возможен в случае явных противопоказаний к применению адъювантных методов, включая ГИБП. Комбинированные схемы (ГКС + адъювантные иммуносупрессанты) позволяют значительно снизить суммарную дозу ГКС и уменьшить частоту и тяжесть НЯ, хотя и требуют мониторинга побочных эффектов. Ряд метаболических нарушений, индуцированных ГКС, требует оценки уже на старте терапии, а некоторые еще до ее начала. Так же выявление исходных отклонений в перспективе может позволить не только персонифицировать последующее лечение, но и предотвратить манифестацию или раннее развитие тяжелых осложнений и сместить акцент с «контроля болезни любой ценой» на долгосрочную стратегию, где качество и продолжительность жизни пациента не приносятся в жертву скорейшему контролю над заболеванием.

СРЕДНЕВОЛНОВАЯ УЗКОПОЛОСНАЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВАЯ ФОТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПСОРИАЗА: АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бородулина К. С., Игнатова Е. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. В группу парапсориаза (ПП) включены ряд дерматозов, которые рассматриваются как доброкачественные иммунореактивные с участием Т-клеток в развитии хронического воспаления в коже. Наиболее часто в клинической практике встречаются 3 основные вида парапсориаза: мелкобляшечный, крупнобляшечный, лихеноидный. Долгое время считали парапсориаз (преимущественно крупнобляшечный) премикотической стадией лимфомы, при этом данные о частоте злокачественной трансформации значительно варьируют: от 0 до 40%. Вопрос пере-

хода ПП в лимфому до сих пор остается актуальным и дискуссионным. Клинические проявления заболевания чаще носят распространенный характер и могут сопровождаться сильным и постоянным зудом. Своевременная, ранняя, эффективная терапия ПП, безусловно, снижает риски модификации в лимфому. Показано, что ультрафиолетовое облучение кожи (УФ) приводит к снижению уровня воспалительных цитокинов, реализует противозудный эффект, способствует уменьшению симптомов заболевания. В клинических рекомендациях в терапию ПП включены: ПУВА-терапия, узкополосная ультрафиолетовая фототерапия 311 нм (УФВ 311 нм), длинноволновая фототерапия.

Цель. Провести анализ применения и оценку клинической эффективности средневолновой узкополосной ультрафиолетовой фототерапии у пациентов с разными вариантами парапсориаза.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, прошедших курс фототерапии УФВ 311 нм для лечения разных форм ПП в период с января 2025 г. по июнь 2026 г. Была собрана информация о клинических характеристиках, сопутствующем лечении, типе и продолжительности фототерапии, максимально достигнутой дозе и ответе на лечение.

Результаты. В исследование были включены 10 пациентов с парапсориазом, проходивших лечение методом общей узкополосной ультрафиолетовой фототерапии УФВ 311 нм. Медианный возраст составил 49,5 лет. Давность заболевания составила 4,8±0,3 лет. Гендерное распределение: женщины — 8 (80%), мужчины — 2 (20%). У всех пациентов группы наблюдения процесс был распространенный, проявлялся, в зависимости от нозологической формы, мелкими или крупными бляшками, лихеноидными папулами. У 4 (40%) пациентов отмечался круглосуточный зуд, нарушение сна. Анализ клинических форм группы наблюдения, получающей курс фототерапии, выявил преобладание пациентов с крупнобляшечным парапсориазом — n=6 (60%); пациенты с мелкобляшечной (n=2) и лихеноидной (n=2) формами распределились в равном соотношении и составили 20% каждая. Пациенты обследованы, противопоказаний к проведению фототерапии не имели. Дозирование осуществлялось с учетом фототипа кожи по Фитцпатрику, с постепенным наращиванием дозы облучения. Кратность проведения процедур — 3 раза в неделю. За время лечения отмечалась хорошая переносимость процедур всеми пациентами группы наблюдения. Клиническая эффективность оценивалась с учетом регресса симптоматики: зуда, высыпаний. Все пациенты с жалобами на наличие зуда (n=4) отмечали уменьшение интенсивности зуда, нормализацию сна после 5-й-7-й процедуры. Наблюдался последовательный регресс высыпаний в виде побледнения, уплощения, разрешения высыпаний и экскориаций у 8 пациентов (80%) к концу курса фототерапии, у 2 (20%) пациентов с крупнобляшечной формой ПП сохранялись единичные высыпания на коже поясничной области туловища/голеней. Среднее количество процедур на курс фототерапии УФВ 311 составило 24±0,4. Ответ на лечение был признан удовлетворительным (процент излечения ≥75%).

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают встречаемость среди пациентов с ПП, получающих курс фототерапии, чаще крупнобляшечной формы, а также подтверждают высокую эффективность средневолновой ультрафиолетовой узкополосной фототерапии 311 нм в лечении разных клинических вариантов ПП. Ее можно применять как в сочетании с другими методами лечения, так и в качестве монотерапии.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИСТИОЦИТОЗА ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА (ГКЛ)

Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Боткина А. С., Зубова А. А., Кукало С. В., Лазутина Е. В., Миннигареева Р. Р.

Российская детская клиническая больница — филиал Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Введение. Лангергансоклеточный гистиоцитоз (гистиоцитоз из клеток Лангерганса, гистиоцитоз Х) — группа гетерогенных пролиферативных заболеваний, при котором патологические иммунные клетки (гистиоциты) и эозинофилы интенсивно делятся и накапливаются в тканях. Предполагается, что в основе заболевания лежит иммунопатологический процесс, способствующий пролиферации гистиоцитов. Нередко патологический процесс затрагивает

кости, легкие, кожные покровы, поражение приводит к формированию рубцовой ткани. Преимущественно ГКЛ встречается в детском возрасте, чаще у мальчиков. Среди детей частота заболевания составляет 2–4 случая на 1 миллион. Симптомы ГКЛ зависят от его формы и от того, какие именно органы или системы органов поражены болезнью. Согласно имеющимся данным поражение костей выявляются у 80% пациентов. В процесс может быть вовлечена любая кость: кости черепа, ребер, таза, позвонки, кости бедер и голеней. Поражение сопровождается болями, отеками, возможно возникновение патологических переломов, вследствие остеолиза. При возникновении деструкции челюстных костей возможно расшатывание и выпадение зубов, при поражении височной кости — отит или нарушения слуха. Поражение кожи при гистиоцитозе стоит на втором месте по распространенности после поражения костей скелета. Высыпания на коже характеризуются полиморфизмом, проявляются в виде красновато-коричневых папул, бляшек или шелушащихся пятен, напоминающих себорейный дерматит или экзему, а также может включать мелкие петехии и корки. Высыпания часто локализуются на волосистой части головы, в кожных складках (подмышечная, паховая, заушная области), могут наблюдаться обширные поражения. Поражения легких сопровождаются упорным кашлем и одышкой. Реже наблюдается увеличение лимфоузлов, печени и селезенки. При распространенных формах болезни возможно поражение костного мозга с развитием цитопении. В результате поражения гипоталамо-гипофизарной зоны возникает несахарный диабет. Диагностика заболевания основана на гистологическом подтверждении диагноза. Проводится биопсия пораженных участков и морфологическое исследование, иммуноцитохимический анализ. С целью определения степени поражения различных органов и систем используются визуализирующие методы — рентгенография скелета и легких, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, а также лабораторные методы исследования — биохимический и клинический анализ крови, исследование пунктата костного мозга. Тактика лечения и прогноз заболевания зависит от распространенности поражения. Терапия проводится врачами-гематологами. У подавляющего большинства больных удается добиться хорошего контроля над болезнью и излечения.

Цель. На основании клинических примеров показать значение раннего выявления поражений кожи и своевременного установления диагноза ГКЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 6 детей с диагнозом ГКЛ. Диагноз устанавливался на основании морфологической верификации биоптата кожи выявление аномальных клеток Лангерганса, проведение иммуногистохимического анализа (диффузная экспрессия S100, CD1a, Langerin).

Результаты. Средний возраст детей на момент установления диагноза составил 1 год 1 месяц (от 3 месяцев до 1 года 5 месяцев). Во всех случаях кожные проявления являлись первыми признаками заболевания. Дебют появлений у двух детей с 1 месяца, у остальных детей в 3, 4, 6 и 7 месяцев. Таким образом, время с момента появления высыпаний до установления клинико-морфологического диагноза составило, в среднем, 1 год 1 месяц. В этот период пациентам устанавливались различные дерматологические диагнозы, наружная терапия проводилась без эффекта или с незначительным улучшением. У двоих детей до установления диагноза в клинической картине наблюдались рецидивирующие отиты. Одного ребенка через 3 месяца после появления высыпаний на коже волосистой части головы начали беспокоить одышка и кашель, неоднократно лечился с диагнозом двусторонняя пневмония с прогрессированием легочного процесса до двустороннего интерстициального поражения легочной паренхимы по типу легочного фиброза. После поступления в Российскую детскую клиническую больницу всем детям проведено клинико-диагностическое обследование — лабораторные клинические исследования, посевы с очагов поражения, консультации узких специалистов, КТ органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов, костномозговая пункция и другие исследования по показаниям. Основанием для постановки диагноза во всех случаях служило морфологическое иммуногистохимическое исследование биоптата кожи. Время с момента поступления пациентов до установления диагноза составило от 5 до 11 дней (в среднем 7 дней). Все дети после установления диагноза получали специфическую терапию в условиях отделения онкогематологии.

Выводы. Кожные проявления при ГКЛ могут быть первыми признаками заболевания, носить неспецифический, минимальный, изолированный характер. Учитывая, что для верификации диагноза необходимо гистологическое подтверждение (выявление аномальных клеток Лангерганса, проведение иммуногистохимического анализа), кожа является наиболее доступным органом для проведения биопсии. Таким образом, врачу-дерматовенерологу необходимо уделять повышенное внимание проведению

дифференциальной диагностики ГКЛ. Своевременная постановка диагноза позволит начать эффективное лечение и улучшит прогноз заболевания.

ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕДКИХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Касихина Е. И., Сороченко Е. В., Уткин П. С., Бен Саид Рамзи, Эль Арби Фирас, Жукова О. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва

Введение. В последние годы узкополосная ультрафиолетовая фототерапия (УФВ 311 нм) заняла прочное место как эффективный метод лечения у детей таких кожных заболеваний как витилиго, атопический дерматит, псориаз. УФВ 311 нм назначается в качестве монотерапии, так и в комбинации с наружными и системными противовоспалительными лекарственными средствами. С одной стороны опыт применения УФВ нм в лечении атопического дерматита или псориаза широко отражен в доступной научной литературе; с другой — недостаточно информации об использовании метода и его эффективности в терапии редких дерматозов у детей (хронический лихеноидный питириаз, красный плоский лишай, пруриго). Один из механизмов УФВ 311 нм связан со способностью снижать интенсивность кожного зуда за счет снижения концентрации провоспалительных цитокинов, интерлейкина-31, что крайне важно в терапии узловатой почесухи, торпидной к действию антигистаминных препаратов.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, прошедших цикл фототерапии для лечения лихеноидного питириаза (n=30), узловатой почесухи (n= 15), красного плоского лишая (n=6) в обособленном подразделении ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» «Северо-Восточная клиника с детским центром» с января 2021 г. по май 2026 г. Пациенты проходили лечение методом общей узкополосной фототерапии УФВ 311 нм. Все дети получали процедуры в режиме 3 раза в неделю. Начальная доза подбиралась с учетом фототипа кожи, с постепенным наращиванием дозировки. Клиническая эффективность оценивалась по динамике регресса высыпаний каждые 5 сеансов курса. Среднее количество процедур составило от 20 до 35. Наблюдалась хорошая переносимость фототерапии. У 5 (9,8%) пациентов отмечалась сухость кожных покровов на фоне проведения ультрафиолетового облучения, купированная применением эмолиентов.

Результаты. Полный ответ на УФВ 311нм был достигнут у 26 (86,7%) из 30 пациентов с лихеноидным питириазом. Эффективность применения УФВ 311 нм при терапии узловатой почесухи оказалась ниже. Полного регресса кожных высыпаний не наблюдалось. Большинство пациентов 9 (60,0%) отметили уменьшение выраженности интенсивности зуда после 4-й процедуры фототерапии, 5 пациента (33,0%) — на 6-й процедуре, 1 ребенок (7,0%) — на 7-й процедуре лечения. Наблюдался последовательный регресс высыпаний в виде побледнения, уплощения, разрешения папуло-нодулярных высыпаний и экскориаций у 12 (80,0%) детей к концу курса фототерапии, у 3 (20,0%) пациентов сохранялись единичные уплощенные высыпания на коже голеней, в количестве, не превышающем 7 пальпируемых элементов. Ответ на лечение был признан удовлетворительным. Полный ответ на УФВ 311 нм был достигнут у всех 6 (100,0%) детей с красным плоским лишаем. Отмечался полный регресс зуда и типичных для дерматоза высыпаний.

Заключение. Анализ клинических наблюдений показывает, что включение узкополосной UVB-311 нм фототерапии в комплексное лечение редких хронических воспалительных дерматозов сопровождалось регрессом воспалительных и папулезных проявлений, отсутствием свежих элементов к моменту выписки. В проанализированной документации метод переносился удовлетворительно, нежелательные явления не зарегистрированы. Полученные наблюдения могут служить основанием для дальнейшего изучения данного метода на расширенной выборке с унифицированными критериями оценки клинического ответа.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

РТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕРМАТОСКОПИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Поляков И. А., Неретин Е. Ю., Титов К. С., Якушева Т. А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С. П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Актуальность проблемы. Точное предоперационное стадирование меланомы имеет решающее значение, поскольку именно стадия определяет лечебную тактику и прогноз. В комплекс первичной диагностики входят гистологическая оценка первичной опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов с тонкоигольной биопсией по показаниям, а также методы визуализации для исключения отдаленных метастазов. Для оценки критерия Т применяются эксцизионная и инцизионная биопсии. Эксцизионная биопсия является стандартом, так как позволяет оценить опухоль целиком и определить толщину по Бреслоу, однако при крупных образованиях или их расположении в косметически значимых зонах может быть травматичной. Инцизионная биопсия технически проще и может выполняться амбулаторно, но при ошибочном выборе участка возможны ложноотрицательные результаты и занижение стадии. Попыткой объединить преимущества эксцизионной и инцизионной биопсии является дерматоскопия. Этот простой метод позволяет повысить точность выбора зоны биопсии. К дерматоскопическим признакам меланомы относятся нарушение пигментной сети, бело-голубая вуаль, гомогенная пигментация, радиальные псевдоподии, атипичные глобулы, неравномерное распределение пигмента и атипичные сосудистые структуры. Анализ литературы показал, что цифровая дерматоскопия позволяет не только выявлять признаки злокачественности, но и оценивать их связь с уровнем инвазии и критерием рТ, что делает возможным прицельный выбор участка для панч-биопсии.

Цель исследования — оценить диагностическую ценность стадирования меланомы кожи по критерию рТ при инцизионной биопсии, выполненной под контролем дерматоскопии. Задача исследования — сравнить точность предоперационной инцизионной биопсии с плановым патогистологическим исследованием в верификации и стадировании первичной опухоли.

Материалы и методы. В исследовании оценивали точность стадирования первичной меланомы по критерию рТ при инцизионной биопсии под контролем рТ-ориентированной дерматоскопии. Были включены две группы: ретроспективная группа А и проспективная группа В. В группе А анализировали пациентов, направленных в ММНКЦ им. С. П. Боткина с подозрением на меланому кожи туловища и конечностей; в группе В перед биопсией выполняли прицельную дерматоскопию с выбором участка наибольшей глубины инвазии. Алгоритм дерматоскопической навигации включал изъязвление, псевдолакуны, бело-голубую вуаль, млечные красные области, атипичные сосуды, белые блестящие структуры, полихромию, красно-розовые и голубые/сине-серые зоны. Из зон спонтанного регресса биопсию не выполняли.

Результаты. В группе А было 332 пациента, меланома подтверждена у 100. После хирургического лечения совпадение рТ инцизионной и операционной биопсии составило 87,00%; чувствительность — 97,08%, специфичность — 97,02%, положительная прогностическая значимость — 98,00%, отрицательная — 98,70%. В группе В было 71 пациента, меланома подтверждена у 66; полное совпадение рТ составило 98,50%, специфичность — 97,90%, положительная прогностическая значимость — 98,00%, отрицательная — 98,70%. Наиболее точное стадирование наблюдалось при наличии изъязвления, псевдолакун, бело-голубой вуали, млечных красных областей, атипичных сосудов и белых блестящих структур — точность достигала 100%. Менее значимыми оказались полихромия (90,90%), красно-розовые зоны (60,00%) и голубой/сине-серый цвет (57,14%); при отсутствии указанных признаков точность снижалась до 42,85%.

Выводы. Внедрение рТ-ориентированной дерматоскопии и стандартизованного алгоритма выбора участка для инцизионной биопсии повышает совпадение пред- и послеоперационного стадирования меланомы кожи на 6,93% без применения более сложных диагностических методов. Метод не требует значимых временных затрат, может выполняться амбулаторно и наиболее эффективен при биопсии из зон с изъязвлением, псевдолакунами, бело-голубой вуалью, млечными красными областями и атипичными сосудами.

ВОЗМОЖНОСТИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ СТАДИРОВАНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Поляков И. А., Неретин Е. Ю., Титов К. С., Якушева Т. А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С. П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Актуальность проблемы. Адекватное первичное стадирование меланомы кожи является ключевым фактором выбора оптимального лечения и определения прогноза. Помимо оценки первичной опухоли по критерию T, важное значение имеет выявление поражения регионарных лимфатических узлов. Стандартным методом их оценки служит ультразвуковое исследование, позволяющее с высокой точностью определить размеры и структуру поверхностных лимфоузлов. При метастатическом поражении лимфатический узел, как правило, увеличивается, теряет овальную форму и приобретает округлые очертания. Для него характерны исчезновение или эксцентричное смещение воротного комплекса, диффузная либо очаговая гипоэхогенность паренхимы, а также неравномерное утолщение коры, которое может выявляться даже при сохранении близкого к норме соотношения короткой и длинной осей. По мере прогрессирования процесса контуры узла становятся нечеткими, деформируется его структура, а при экстранодальном распространении определяется инфильтрация окружающей жировой клетчатки. Однако окончательное стадирование по критерию N устанавливается по результатам морфологического исследования. В настоящее время стандартным объемом хирургического лечения меланомы толщиной более 0,8 мм, помимо иссечения первичной опухоли, является биопсия сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) с последующим патоморфологическим исследованием. Метод основан на концепции лимфогенного метастазирования в первый сторожевой узел, результаты которого отражают состояние регионарного лимфатического коллектора. Вместе с тем БСЛУ остается инвазивной процедурой и может сопровождаться осложнениями, включая гематомы и лимфедему. В связи с этим в последние десятилетия активно разрабатываются неинвазивные и минимально инвазивные методы дооперационной оценки регионарных лимфатических узлов. Одной из альтернатив может быть тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), которая отличается минимальной инвазивностью, может выполняться амбулаторно и обладает достаточно высокой точностью при выявлении макрометастазов, но ограничена в диагностике микрометастазов.

Цель исследования: оценить диагностическую ценность тонкоигольной аспирационной биопсии региональных лимфатических узлов в рамках предоперационного стадирования меланомы кожи.

Задача исследования: сравнить предоперационную тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) регионарных лимфоузлов, выполненную под УЗИ-контролем по точности стадирования по критерию «N» с плановым патогистологическим исследованием после проведения биопсии сторожевого лимфоузла (БСЛУ).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные 37 пациентов с меланомой кожи, проходивших лечение в ММНКЦ им. С. П. Боткина, которым выполнялись предоперационная ТАБ и последующая БСЛУ. До ТАБ оценивали ультразвуковые характеристики лимфоузлов, а также сопоставляли данные с параметрами первичной опухоли по pT, результатами БСЛУ и послеоперационными осложнениями.

Результаты. По результатам УЗИ-диагностики увеличение лимфатических узлов выявлено у 11 пациентов, округлая форма — у 7, патологический кровоток и отсутствие визуализации ворот — у 4, локальное утолщение коры — у 5. У 1 пациента (2,7%) по результатам ТАБ выявлено метастатическое поражение регионарного лимфатического коллектора; по БСЛУ у него подтвержден микрометастаз меланомы. При этом у данного пациента отмечались два подозрительных УЗ-признака: локальное утолщение коры и патологический кровоток. У 3 пациентов (8,1%) с N0-статусом по ТАБ после БСЛУ выявлены микрометастазы; все случаи относились к группе высокого риска с глубиной инвазии первичной опухоли pT3b–pT4b. Совпадение результатов ТАБ и БСЛУ по критерию N составило 89,19%, чувствительность метода для выявления микрометастатического поражения — 2,70%. После ТАБ гематома отмечена у 1 пациента, тогда как после БСЛУ — у 12; лимфедема зарегистрирована у 3 пациентов после БСЛУ, отек мягких тканей — у 1 пациента после ТАБ и у 20 после БСЛУ, случаев поверхностного инфицирования не было.

Выводы. ТАБ обладает достаточной информативностью при выявлении макрометастазов в поверхностных лимфатических узлах, но низкой чувствительностью в отношении микрометастазов. Вместе с тем метод безопасен и малоинвазивен, что позволяет рассматривать его как возможную альтернативу БСЛУ у соматически отягощенных пациентов с начальными формами заболевания и высоким риском анестезиологических осложнений.

КАРЦИНОМА МЕРКЕЛЯ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОЙ ВЫСОКОАГРЕССИВНОЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ КОЖИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Каирова А. Н., Авакова А. Р., Каданина К. К.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Цель работы. На примере клинического наблюдения проанализировать причины отсроченной верификации карциномы Меркеля (КМ) и обосновать роль врача-дерматовенеролога в раннем выявлении данной опухоли.

Задачи. Описать особенности клинической картины и течения КМ у пациента пожилого возраста с сопутствующим лимфопролиферативным заболеванием; оценить диагностическую значимость гистологического и иммуногистохимического (ИГХ) исследований; выявить дефекты диагностики и маршрутизации на этапе первичного звена; сформулировать рекомендации по повышению онкологической настороженности.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации пациента М., 74 лет, наблюдавшегося с сентября 2025 г. по июль 2026 г. Использованы клинико-анамнестический метод, дерматоскопия, гистологическое исследование биоптата с окраской гематоксилином и эозином, ИГХ-исследование опухолевой ткани и ткани регионарного лимфатического узла, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, компьютерная томография (КТ). Проведен анализ литературных данных.

Результаты. В сентябре 2025 г. пациент обратился к хирургу поликлиники по поводу образования кожи левого предплечья, существовавшего около месяца. Определялся единичный инфильтрат диаметром 0,5 см без признаков воспаления; образование иссечено без последующего гистологического исследования. Анамнез отягощен В-клеточным хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) стадии А по Binet, диагностированным в 2016 г., по поводу которого проводилась химиоиммунотерапия с включением ритуксимаба. В феврале 2026 г. пациент обратился к врачу-дерматовенерологу с жалобами на появление новых образований в зоне ранее выполненного вмешательства. Локально: линейный послеоперационный нормотрофический рубец размером 2,5 см, по периферии которого располагались единичные округлые узлы синюшно-розового цвета диаметром 1–2 см, плотной консистенции, с бугристой поверхностью; при дерматоскопии — бесструктурные белорозовые зоны и расширенные атипичные сосуды. Предварительный диагноз — базальноклеточный рак кожи. За период маршрутизации к онкологу опухоль увеличилась до 8 см с появлением изъязвления и кровоточивости. При панч-биопсии в сетчатом слое дермы выявлена опухолевая пролиферация, представленная пластами и гнездами мономорфных мелких округлых атипичных клеток со скудной цитоплазмой, гиперхромными ядрами с мелкодисперсным распределением хроматина («соль и перец») и высокой митотической активностью. По данным ИГХ-исследования: dot-like экспрессия panCK и CK20, диффузная экспрессия bcl-2, индекс пролиферации Ki-67 — 95%; реакции с CD3, CD5, CD20, CD23, CD30, PAX5, SOX10 и cyclin D1 отрицательные. **Заключение:** карцинома из клеток Меркеля, край резекции проходит по опухоли. По данным КТ установлена выраженная подключичная и подмышечная лимфаденопатия слева. Биопсия подмышечного лимфатического узла подтвердила метастаз КМ (panCK+, CK20+, Ki-67 90%) в сочетании с поражением узла лимфомой из малых лимфоцитов/ХЛЛ. Установлен диагноз: карцинома Меркеля левого предплечья cT3N2M0 с лимфоваскулярной инвазией; выполнено санирующее иссечение опухоли с реконструктивно-пластическим компонентом. При контрольной КТ через месяц зафиксировано прогрессирование: новые очаги в легком, нарастание лимфаденопатии и спленомегалии. Решением онкологического консилиума начата иммунотерапия ингибитором контрольных точек иммунного ответа (пембролизумаб), переносимость удовлетворительная. Период от первичного обращения до морфологической верификации диагноза составил шесть месяцев.

Выводы. Клиническое наблюдение демонстрирует, что отсутствие патогномоничных признаков карциномы Меркеля и иссечение быстрорастущего новообразования кожи без последующего гистологического исследования закономерно приводят к отсроченной верификации диагноза и прогрессированию опухолевого процесса. Это обосновывает необходимость обязательного морфологического и ИГХ-исследования с определением dot-like экспрессии CK20 при любом быстрорастущем новообразовании кожи у пациентов пожилого возраста, особенно с иммуносупрессией на фоне лимфопролиферативного заболевания. При этом ключевая роль в раннем выявлении опухоли отводится врачу-дерматовенерологу во взаимодействии с патоморфологом, онкологом и хирургом.

«МАСКИ» БОЛЕЗНИ БОУЭНА — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Волкова С. Б., Мурышкина А. А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный», г. Москва

Введение. Болезнь Боуэна представляет собой внутрикожную карциному in situ с высоким риском трансформации в инвазивный плоскоклеточный рак кожи. Болезнь Боуэна описана в 1912 году. Мужчины болеют чаще, чем женщины, пик заболеваемости наступает после 65 лет. Характерной локализацией является кожа туловища, ягодиц, половых органов, иногда слизистая полости рта. Среди этиологических факторов особую роль играют инсоляция, старческие изменения кожи, хроническая интоксикация мышьяком, углеводородом, горчичным газом. Отмечена ассоциация ВПЧ 16, 18, 34 и 48 типов с болезнью Боуэна. Клинические варианты проявления болезни Боуэна представляют собой классическую (бляшковидную), анулярную (кольцевидную), веррукозную (папулезную), эрозивную, пигментную и акральную формы (болезнь ногтевого ложа). К нетипичным вариантам заболевания относится «гигантская» болезнь Боуэна и случаи локализации поражений на лице. По месту расположения выделяют: кожную, околоногтевую, генитальную и слизистую. Болезнь Боуэна характеризуется псориазиформной единичной бляшкой неправильной формы с четкими границами, плотно сидящими сухими чешуйками на поверхности. Отсутствует ответ на топическую противовоспалительную терапию. При отсутствии лечения элемент продолжает медленно увеличиваться в размере и через много лет становиться инвазивной формой плоскоклеточного рака кожи. Клиническая диагностика часто затруднена, поскольку заболевание имитирует актинический кератоз, псориаз, базальноклеточную карциному и себорейный кератоз. Специфические для болезни Боуэна дерматоскопические признаки включают в себя точечные или клубочковые сосуды, часто расположенные линейно, желтые бесструктурные области. Пигментированная форма болезни Боуэна характеризуется коричневыми бесструктурными областями, точками и глобулами коричневого цвета, расположенными линейно. Дерматоскопия повышает точность диагностики, но не дает возможности отличить болезнь Боуэна от актинического кератоза или поверхностных карцином. Золотым стандартом диагностики является гистологическое исследование. Морфологически отмечается полная атипия кератиноцитов без инвазии в дерму, паракератоз, утолщение эпидермиса и признаки дисплазии. Для уточнения диагноза используют иммуногистохимическое исследование. Хирургическое иссечение остается основным методом лечения. Однако выбор тактики терапии зависит от множества факторов: места поражения, размера, толщины и количества очагов, наличия или отсутствия субъективных симптомов, возраста, общего состояния здоровья и других.

Материалы и методы. Пациентка К., 74 лет, обратилась к дерматологу в феврале 2026 года с жалобами на появление одиночного безболезненного образования в области ягодиц, склонного к медленному росту. Больна около 1,5 года. Очаг представлен эритематозным пятном нежно-розового цвета овальной формы с четкими границами 4,0 на 2,0 см, плотным на ощупь, неравномерного окраса, с шелушением на поверхности. На основании клинических данных первоначально заподозрен диагноз «склеродермия кожи». По рекомендации консультативного отделения для уточнения диагноза выполнена диагностическая биопсия с целью верификации диагноза в марте 2026 года. Патологические изменения в биоптате слабо выражены, не позволяют исключить подострую волчанку, поражение кожи при дерматомиозите. В целях дальнейшего диагностического поиска проведена повторная биопсия в апреле 2026 года: Эпидермис неравномерной толщины. В краевой зоне биоптата участок атипии с отсутствием созревания кератиноцитов в верхних отделах эпидермального пласта,

дискомплексацией рядов кератиноцитов, ядра которых умеренно плеоморфны. Под эпидермисом, в зоне атипии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Патологические изменения соответствуют картине плоскоклеточной карциномы in situ Боуэна. Пациентка была направлена к врачу-онкологу для проведения дополнительных методов исследования и полного хирургического иссечения образования.

Заключение. Клинический случай демонстрирует сложность постановки диагноза на стадии пятна врачом-дерматовенерологом при первичном обращении. Так как болезнь Боуэна может имитировать как онкологические заболевания (рак потовых желез, базальноклеточный рак, экстрамаммарный вариант болезни Педжета), так и дерматологические (чечевицеобразный дискератоз, монетовидную экзему, псориаз, солнечный кератоз), «золотым стандартом» для уточнения диагноза остается гистологическое (при необходимости иммуногистохимическое) исследованием биоптата и тесное клиническое взаимодействие с врачами-онкологами.

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ: ОТ РАЗРОЗНЕННЫХ МАРШРУТОВ К ЕДИНОМУ ЦИФРОВОМУ КОНТУРУ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Прокопьев Д. С., Матушевская Ю. И., Авербух Е. А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Красногорск

Цель работы — повышение выявляемости злокачественных новообразований (ЗНО) кожи на ранних стадиях за счет формирования единого цифрового контура диагностики на амбулаторном этапе в Московской области. Задачи: провести анализ маршрутов пациентов с подозрением на ЗНО кожи; выявить причины задержек диагностики; разработать и внедрить единый порядок маршрутизации; создать сеть специализированных кабинетов профилактики ЗНО кожи; интегрировать инструменты скрининга в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему Московской области (ЕМИАС МО).

Материалы и методы. Проведен анализ структуры онкологической заболеваемости по данным формы федерального статистического наблюдения № 7 и канцер-регистра Московской области за 2023–2025 годы. Выполнен анализ клиентских путей пациентов на основании 200 анкет и медицинских карт, а также описания внутренних организационных процессов (2024 год). Использованы методы процессного анализа с хронометражем этапов маршрутизации. Оценка результатов внедрения проведена по данным блока «Журнал направлений» ЕМИАС МО по состоянию на 22.07.2026.

Результаты. ЗНО кожи входят в тройку наиболее распространенных локализаций как у мужчин, так и у женщин. По данным канцер-регистра Московской области отмечен устойчивый рост числа впервые выявленных случаев ЗНО кожи. Выявлены три разрозненных сценария маршрутизации — через врача-дерматовенеролога, врача-онколога и общую лечебную сеть — при отсутствии единого стандартизированного подхода. На долю двух причин приходится около 80% задержек: низкая доступность консультаций врачей-онкологов (ожидание до 14 дней) и длительные сроки патологоанатомического исследования (до 10 дней). Общее время диагностического процесса составляло от 14 до 60 дней. Распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 02.02.2026 № 34-Р утверждены порядок маршрутизации пациентов с новообразованиями кожи, схема закрепления городских округов за кабинетами профилактики ЗНО кожи и блок-схема маршрутизации при подозрении на ЗНО. Определены девять клинических критериев направления в кабинеты профилактики ЗНО кожи, интегрированных в ЕМИАС МО с формированием направления по учетной форме № 057/у-04. На базе филиалов ГБУЗ Московской области «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (МОККВД) создано 11 кабинетов диагностики ЗНО кожи, оснащенных видеодерматоскопическими комплексами с автоматическим тотальным картированием тела и анализом изображений с применением искусственного интеллекта (ИИ); 10 кабинетов доступны для записи по направлению, один используется как референсный для сложных и спорных случаев, прием в нем ведет врач-дерматовенеролог, врач-онколог. Обновлены лицензии на диагностику с применением ИИ и картирование кожи, проведено повышение квалификации 37 специалистов. В ЕМИАС МО внедрена анкета скрининга новообразований кожи, заполняемая при диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах в соответствии с приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н. Анкета включает девять клинических критериев направления в кабинеты профилактики ЗНО кожи с указанием локализации процесса; при положительном ответе на один вопрос и более автоматически формируется рекомендация о направлении в кабинет диагностики ЗНО кожи. Разработана форма отчета «Скрининг рака кожи», позволяющего отслеживать пациентов с отклонениями по анкете, направленных и прошедших диагностику в кабинетах профилактики ЗНО кожи, наличие последующих консультаций врачей-онкологов и результат — установление диагноза ЗНО либо его исключение. За 6 месяцев 2026 года на консультацию к врачам-дерматовенерологам МОККВД направлено 2014 пациентов с диагнозами класса D: январь — 217, февраль — 345, март — 449, апрель — 337, май — 338, июнь — 328. Выполнено 8238 видеодерматоскопий с применением ИИ, к врачам-онкологам направлено 2403 пациента. По данным канцер-регистра Московской области за январь-июнь 2026 года установлено 477 диагнозов С43.

Выводы. Внедрение единого порядка маршрутизации, сети кабинетов профилактики ЗНО кожи и цифровых инструментов скрининга обеспечивает преемственность между врачами-дерматовенерологами, врачами-онкологами и общей лечебной сетью. Целевыми параметрами определены сокращение среднего времени диагностического процесса до 10 дней, повышение КПД процессов до 85%, обеспечение постановки всех пациентов на диспансерный учет. Принятые решения соответствуют действующим клиническим рекомендациям.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕЛАНОМЫ IN SITU

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Гребенникова Е.К., Шалагинова А.В., Маркович К.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»; РУДН, г. Москва

Актуальность проблемы. Меланома — это злокачественная опухоль, которая развивается из меланоцитов, клеток синтезирующих пигмент меланин, имеющая нейроэктодермальное происхождение. В дерматологии это самая частая опухоль кожи, которая приводит к летальному исходу. Поскольку на ранней стадии диагностики прогноз для жизни более благоприятный, для дерматологов стоит приоритетная задача выявления меланомы in situ. В развитии меланомы ведущую роль играют: молекулярно-генетическая предрасположенность, соматические мутации, ультрафиолетовое излучение. Данное образование, как правило, диагностируется у пациентов среднего возраста (старше 45 лет). Наиболее частая локализация у мужчин — это кожа туловища и нижних конечностей, у женщин — кожа верхних конечностей. На долю поверхностно-распространяющейся меланомы приходится до 60–70% случаев злокачественных меланоцитарных опухолей кожи. Клинически она представляет собой пятно неоднородного цвета, с четкими границами, неправильных очертаний. Опухоль характеризуется наличием фазы горизонтального роста, то есть может достаточно длительно распространяться радиально в пределах эпидермиса, (до нескольких лет) и при этом практически не представлять опасности для пациента в связи с низким потенциалом к распространению и метастазированию. Дерматоскопические признаки меланомы в фазе горизонтального роста включают в себя: асимметрию по дерматоскопическому строению, неоднородность по характеру окрашивания; атипичную пигментную сеть; атипичные полосы (радиальную лучистость, псевдоподии); атипичные точки и глобулы; зоны гиперпигментации; структуры регресса; негативную сеть; структуры по типу хризалид. В стадию вертикального роста добавляются такие дерматоскопические признаки как: гомогенизация дерматоскопических структур, в том числе формирование бело-голубой вуали; атипичные сосуды; розовая вуаль.

Цель: описание дерматоскопической картины ранней меланомы с целью своевременной диагностики.

Результаты. Пациентка, 55 лет, обратилась в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с целью профилактического осмотра новообразований. На коже правого предплечья визуализировалось пятно довольно крупных размеров, 1,2х0,9 см, с четкими резкими границами, пестрое, неоднородное по характеру окрашивания. Из анамнеза известно, что элемент существует около 5 лет, и за последний год отмечается тенденция к его периферическому росту. Обращалась ранее к дерматологам, диагностирован меланоцитарный невус, рекомендовано динамическое наблюдение. При дерматоскопическом осмотре определялось меланоцитарное

образование, симметричное по строению, неоднородное по характеру окрашивания (от светло-коричневого до темно-коричневого цвета, местами с розоватым оттенком), с атипичной пигментной сетью и негативной сетью, местами с формирующимися очагами бесструктурных зон гиперпигментации и гомогенизации дерматоскопических структур. При осмотре кожного покрова также отмечались множественные очаги солнечного лентиго, себорейные кератомы. В совокупности с данными анамнеза и дерматоскопической картины пациентка направлена к онкологу с целью проведения лечебно-диагностической биопсии. Диагноз подтвержден гистологически: Меланома in situ. Уровень инвазии по Кларку I, толщина по Бреслоу 0,4 мм. Рекомендовано динамическое наблюдение у дерматолога.

Заключение. Практический интерес приведенного клинического случая заключается в раннем выявлении меланомы на основании данных анамнеза, клинической картины, характера дерматоскопических структур, специфичных для злокачественных меланоцитарных образований. С учетом наличия современных оптических приборов (дерматоскопов) диагностика меланомы не представляет сложности в рутинной практике врача-дерматолога. Первостепенной задачей является заподозрить наличие злокачественного заболевания, своевременно его диагностировать и направить к онкологу.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ АССОЦИАЦИИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИМИ НА СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ

Чернова Н. И., Задорожная И. С., Маркосян Т. Г., Щукина В. В., Годзенко Т. А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. За последние 10 лет отмечается значимый рост заболеваемости предраковыми (вульварная интраэпителиальная неоплазия (ВИН) и пенильная интраэпителиальная неоплазия (ПИН)) и злокачественными новообразованиями (в первую очередь плоскоклеточным раком (ПКР)) аногенитальной зоны среди мужчин и женщин, которые зачастую не имеют патогномоничных признаков и могут долгое время протекать под масками воспалительных дерматозов. Отмечается задержка в установлении диагноза ВИН и рака вульвы, составляя от 6 до 22 месяцев, при ПИН и раке полового члена (РПЧ) — в среднем 17 месяцев. Особое место в структуре данной патологии занимают ВПЧ (вирус папилломы человека) — ассоциированные поражения: суммарная распространенность ВПЧ при ВИН составляет 76,3%, при раке вульвы — 39,7%, при ПИН — 79,8%, при РПЧ — 50,8%.

Цель. Оценить частоту выявления предраковых и злокачественных новообразований аногенитальной зоны и их ассоциацию с вирусом папилломы человека у пациентов с хроническими дерматозами, не отвечающими на стандартную терапию.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ данных амбулаторных карт пациентов в системе ЕМИАС (Единая медицинская информационно-аналитическая система), направляемых на консультативный прием в ООСМП (Отдел оказания специализированной медицинской помощи) с жалобами на наличие поражений в области наружных половых органов в период с апреля 2025 года по июль 2026 года с целью уточнения диагноза и/или определения тактики лечения. Диагноз ВИН, ПИН или злокачественного новообразования подтверждался на основании результата гистологического исследования. Наличие ВПЧ верифицировалось методом обнаружения ДНК вируса с помощью полимеразной цепной реакции с поверхности высыпаний или по результатам проводимого иммуногистохимического исследования с онкобелками p16 и p53 биоптата в специализированном ЛПУ.

Результаты. За указанный период было проконсультировано 111 пациентов, из них 74 женщины (средний возраст 67,7 года) и 37 мужчин (средний возраст 53 года). Среди женщин у 2 была диагностирована болезнь Педжета (карцинома in situ), в обоих случаях ассоциированная с ВПЧ 16 типа (обнаружение методом ПЦР); у 12 пациенток гистологически был подтвержден ВИН, в 6 случаях ассоциированный с ВПЧ, из них обнаружение ДНК ВПЧ методом ПЦР зарегистрировано в 4 случаях (52,18 генотипы), ИГХ с онкобелками p16 и p53 — в 2 случаях. Суммарно среди лиц женского пола ВИН и рак наружных половых

органов был диагностирован в 14/19% случаев, из которых в 8/57,1% наблюдений отмечалась ассоциация с ВПЧ. Среди мужчин в 2 наблюдениях был диагностирован ПКР, в одном из случаев ассоциированный с ВПЧ по результатам ИГХ; 7 мужчинам диагностирован ПИН, в 3 из них наблюдалось сочетание с ВПЧ (16, 51 генотипы), подтвержденное методом ПЦР, в одном случае — методом ИГХ. Суммарно среди мужского пола ПИН и РПЧ были верифицированы в 9/24,3% наблюдений, из которых в 5/55,5% случаев данные нозологии были ВПЧ-ассоциированными. Наиболее частыми диагнозами, с которыми наблюдались женщины до установления окончательного диагноза и получали терапию без значимого эффекта, являлись: у женщин — хронический вульвит, раздражительный контактный дерматит, склероатрофический лишай, простой хронический лишай; у мужчин — кандидозный баланопостит, неспецифический баланопостит, склероатрофический лишай, аллергический контактный дерматит.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте выявления предраковых заболеваний, реже рака наружных половых органов как среди женщин, так и мужчин, наблюдающихся с диагнозами инфекционных и воспалительных дерматозов, не имеющих клинического ответа на проводимую терапию. Более половины предраковых поражений и рака (55,5% у мужчин и 57,1% у женщин) ассоциированы с ВПЧ. Таким образом, при неэффективности стандартной терапии инфекционных и воспалительных АГД необходимо проявлять онконастороженность и своевременно проводить гистологическое исследование, которое на ранних этапах целесообразно дополнять молекулярно-биологическими методами с целью выявления ДНК ВПЧ с поверхности патологических высыпаний, что определяет дальнейшую тактику ведения пациентов.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ВЕЛИЧИНА БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ T. GONORRHOEAE+C.TRACHOMATIS (NG+CT)

Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Neisseria gonorrhoeae и Chlamydia trachomatis являются наиболее часто регистрируемыми возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), во всем мире. Эти облигатные патогены человека вызывают цервицит у женщин и уретрит у мужчин, часто с бессимптомным и экстрагенитальным поражением. Оба возбудителя могут распространяться в верхние отделы урогенитального тракта (УГТ), приводя к развитию тяжелых осложнений. Тем не менее коинфекция C. trachomatis/N. gonorrhoeae (NG+CT) остается недостаточно изученной.

Цель исследования — изучить частоту регистрации микст-инфекций N. gonorrhoeae и C. trachomatis у пациентов с ИППП, величину бактериальной нагрузки и особенности клинического течения ИППП у лиц с микст- и моноинфекциями, обусловленными N. gonorrhoeae и C. trachomatis.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2023 гг. в МНПЦДК 2843 пациентам (2169 мужчин и 674 женщины в возрасте от 16 до 85 лет), обратившимся с подозрением на наличие ИППП, были установлены диагнозы: гонококковой (914 чел.), хламидийной (1416 чел.), M. genitalium-инфекции (616 чел.) и трихомониаза (145 чел.). Материалом для лабораторного исследования служили соскобы/отделяемое со слизистой оболочки органов урогенитального тракта пациентов (мужчины — отделяемое уретры, женщины — отделяемое влагалища и цервикального канала). Метод исследования — ПЦР в реальном времени с определением величины бактериальной нагрузки C. trachomatis (АмплиПрайм®-NCMT). Бактериальная нагрузка считалась условно низкой при концентрации ДНК возбудителей ≤104 ГЭ/мл, условно высокой >104 ГЭ/мл.

Результаты. В результате проведенных исследований было установлено, что микст-инфекция NG+CT занимала первое место по частоте среди всех микст-инфекций, выявленных у обследованных пациентов с ИППП. Ее частота составила 85% от общего числа микст-инфекций и 6,7% среди всех пациентов с ИППП, превосходя частоту других микст-инфекций в 13–168 раз. У подавляющего большинства (90%) пациентов с микст-инфекциями определялась высокая концентрация ДНК одного или обоих возбудителей (>104 ГЭ/мл). При этом число (%) лиц (мужчин и женщин) с высокой бактериальной нагрузкой каждого из возбудителей при микст-инфекции было значительно выше, чем при моноинфекции (при гонококковой инфекции — 83% против 70% ($\chi2 = 4,7$; OR = 2,09; CI: 1,07 до 4,11; F = 0,044670; p <0,05), при хламидийной инфекции — 64% против 37% ($\chi2 = 14,58$; OR = 3,03; CI: 1,7 до 5,38; F = 0,000218; p <0,001). Отмечено возрастание числа лиц с манифестным течением заболевания при микст-инфекции NG+CT, как среди лиц с высокой (53% против 33%; $\chi2 = 8,16$; OR = 2,29, CI: 1,29 до 4,06, F = 0,006496, p <0,01), так и (в особенности) с низкой бактериальной нагрузкой (60% против 14%; $\chi2 = 45,39$; OR = 9,21, CI: 4,61 до 18,41, F = 0,000000, p <0,001).

Заключение. Микст-инфекция NG+CT является наиболее часто регистрируемой микст-инфекцией у больных ИППП и оказывает существенное влияние как на величину бактериальной нагрузки возбудителей в биологическом материале УГТ пациентов с ИППП, так и на характер клинического течения заболеваний в сравнении с моноинфекцией. При микст-инфекции NG+CT отмечено существенное возрастание бактериальной нагрузки обоих возбудителей и увеличение частоты манифестного течения заболевания, что может говорить о синергизме действия обоих возбудителей и об увеличении их вирулентности при совместном поражении УГТ пациентов.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СОСТАВ И СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СИФИЛИСА У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

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

Актуальность. Нестабильная эпидемиологическая ситуация по сифилису в России, рост распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в сочетании со схожими путями передачи создают предпосылки для дальнейшего увеличения числа случаев коинфекции.

Цель. Оценить динамику возрастно-полового состава и структуры клинических форм сифилиса у ВИЧ-позитивных пациентов Свердловской области в 2025 г. и первом полугодии 2026 г. относительно 2021 г.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное неинтервенционное исследование. Объект исследования — ВИЧ-позитивные пациенты Свердловского областного центра профилактики и борьбы со СПИД с вновь установленным диагнозом сифилиса в периоды с 01.01.2021 по 31.12.2021 (1 группа) и с 01.01.2025 по 30.06.2026 (2 группа). Для сравнительного анализа использовались методы описательной и аналитической статистики. При оценке статистической значимости различий рассчитывался критерий χ^2.

Результаты и обсуждение. В 2021 году зарегистрировано 107 случаев сифилиса у 106 ВИЧ-позитивных пациентов (1 случай реинфекции), в период с 01.01.2025 по 30.06.2026–142 случая у 139 пациентов (3 эпизода повторного заражения). В обеих группах сифилис чаще диагностировался у мужчин — 75,0% и 79,9% соответственно (χ^2=0,2106; p=0,646314). Средний возраст (M±m) пациентов в первой группе составил 38,2±1,0 (36,8±1,1 у мужчин и 42,5±2,0 у женщин), во второй — 36,8±0,8 года (35,8±0,8 у мужчин и 40,4±2,4 у женщин). Анализ структуры заболеваемости сифилисом по возрастному признаку показал, что свыше 75% заболевших составляют взрослые ≥30 лет. Вместе с тем, если в 2021 г. преобладали лица ≥40 лет (44,9%), за которыми следовала возрастная группа 30–39 лет (31,8%), то в 2025–2026 гг. удельный вес этих возрастных групп практически сравнялся — 36,6% и 38,8% соответственно. Доля пациентов в возрасте 20–29 лет в сравниваемых периодах существенно не различалась (22,4% и 23,2% соответственно). В 2021 г. случаев сифилиса среди ВИЧ-позитивных детей от 0 до 17 лет не зафиксировано, тогда как в 2025–2026 гг. коинфекция выявлена у 17-летней девушки. Возрастной состав заболевших сифилисом мужчин близок к общему распределению в изучаемых группах; у женщин сифилис чаще выявлялся в возрасте ≥40 лет (61,5% — в первой группе и 48,4% — во второй). Сравнительный анализ заболеваемости различными клиническими формами сифилиса показал существенные изменения структуры патологии в 2025–2026 гг. по сравнению с 2021 г. Так, если в 2021 г. на долю ранних форм сифилиса (A51.0–A51.9 по МКБ-10) приходилось 58%, то в период с 1 января 2025 г. по 30 июня 2026 г. их удельный вес увеличился, достигнув 76,1% (χ^2=9,2416; p=0,002366). При этом рост произошел преимущественно за счет доли вторичного сифилиса (с 36,5% до 55,7%) и, в меньшей степени, раннего скрытого сифилиса (с 15,0% до 17,6%), тогда как доля первичного сифилиса снизилась с 6,5% до 2,8%. Отмечается увеличение частоты ранних манифестных форм с клиническими проявлениями, представляющих наибольшую эпидемиологическую значимость, с 43% до 58,5% (χ^2=5,8415; p=0,015653). Поздние формы сифилиса (A52.0–A52.9 по МКБ-10) в первой группе регистрировались статистически значимо чаще, чем во второй: 42% против 23,9% (χ^2=9,2416; p=0,002366). В структуре скрытого сифилиса продолжает преобладать его поздняя форма, несмотря на уменьшение ее доли с 71,9% до 55,4%. Снижение частоты поздних форм может свидетельствовать об эффективности серологического скрининга на сифилис, проводимого с одновременным использованием нетрепонемного и трепонемного тестов в рамках диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфекцией (при взятии на учет и далее — ежегодно). Поздний сифилис выявлялся преимущественно у пациентов при постановке на учет по поводу ВИЧ-инфекции, а также у лиц с низкой приверженностью к диспансерному наблюдению.

Выводы. Среди людей, живущих с ВИЧ, с вновь установленным диагнозом сифилиса по-прежнему преобладают мужчины. Отмечается тенденция к увеличению удельного веса лиц более молодого возраста среди заболевших. Установлено статистически значимое изменение структуры клинических форм, заключающееся в снижении доли позднего

сифилиса наряду с увеличением удельного веса ранних форм, преимущественно за счет роста частоты вторичного сифилиса. Выявленные изменения имеют важное эпидемиологическое значение и подчеркивают необходимость дальнейшего совершенствования организационных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение распространения сифилиса в когорте людей, живущих с ВИЧ.

ИСПЫТАНИЕ НОВОГО МОДИФИЦИРОВАННОГО КАРДИОЛИПИНОВОГО РЕАГЕНТА В РЕАКЦИИ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Марданлы С. Г., Ротанов С. В., Бахилина Н. В., Мишуткина Я. В.
АО «ЭКОлаб», Электрогорск; Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Государственный гуманитарно-технологический университет», г. Орехово-Зуево, Россия
г. Электрогорск; г. Орехово-Зуево; г. Оболенск

Актуальность. Нетрепонемные тесты для диагностики сифилиса на основе кардиолипинового комплекса (лецитин + холестерин + кардиолипин) широко используются в медицинской практике при обследовании больных сифилисом с целью дополнения результатов трепонемоспецифических тестов данными, позволяющими оценивать активность течения инфекционного процесса; кроме того динамика этих результатов при последующем клинико-серологическом наблюдении характеризует эффективность проведенной больному антибактериальной терапии. В настоящее время в России применяют реакцию микропреципитации (РМП), реакцию определения быстрых реагинов плазмы (РПР или RPR) и реакцию с VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) антигеном. Перечисленные методики до настоящего времени в большинстве случаев выполняются в режиме ручной постановки; РМП в сравнении с РПР более трудоемка, так как требует предварительной подготовки реагента к исследованию. РПР-антиген в наборах реагентов представлен в готовой форме. Модификациями лабораторных методик являются технологии с применением мелкодисперсных красителей (толуидиновый красный или суданový черный), что направлено на улучшение визуального учета формирующегося в результате этих исследований рыхлого осадка (преципитата).

Цель работы — сравнительное изучение эффективности разработанного отечественного окрашенного кардиолипинового реагента (с добавлением красителя суданový черный) для обследования образцов сыворотки крови на сифилис в РМП.

Материалы. Кардиолипиновый реагент с красителем суданový черный (рабочее название — «АгКЛ-РМП-окрашенная суспензия»), образцы сыворотки крови больных разными формами сифилиса до и после терапии (n=251) и свободных от этой инфекции лиц (n=175). Наборы реагентов сравнения «Сифилис-АгКЛ-РМП» и «Сифилис-RPR-тест» (АО «ЭКОлаб»).

Результаты. Технология проведения лабораторного диагностического исследования (РМП) заключается в смешивании в лунке иммунологического макропланшета или на подготовленной для исследования специальной картонной карточке (покрытой тонким слоем целлофана) исследуемого образца сыворотки крови и кардиолипинового реагента из набора. Предварительное тестирование 251 пробы (полученной от больных сифилисом) в РМП и РПР позволило получить положительные результаты (преципитацию разной степени выраженности от «++» до «++++») со 175 (для РМП) и 176 (для РПР) образцами и отрицательные результаты (отсутствие преципитации) — с 76 и 75 образцами соответственно. Результаты исследования в РМП и РПР 175 образцов, полученных от больных без сифилиса, были отрицательными (показывали отсутствие преципитации). Реагент «АгКЛ-РМП-окрашенная суспензия» продемонстрировал положительные результаты в реакции микропреципитации с 176 образцами, полученными от больных сифилисом (в тех же самых, что и при исследовании с РПР-антигеном) и отрицательные результаты — с оставшимися 75 пробами от больных сифилисом и 175 пробами, полученными от свободных от сифилиса людей. Сравнительные испытания нового кардиолипинового реагента в полуколичественных исследованиях титра положительного результата (при исследовании сывороток с положительным результатом при их последовательных двукратных разведениях) показали большее удобство применения нового отечественного окрашенного реагента при разных условиях освещенности лабораторного стола в дневное и вечернее время (с использованием

лабораторных светильников с диодными лампами и лампами накаливания).

Заключение. Новый отечественный кардиолипиновый реагент («АгКЛ-РМП-окрашенная суспензия»), разработанный сотрудниками АО «ЭКОлаб», показал хорошие результаты в сравнительных доклинических технических испытаниях, что позволяет приступить к завершению подготовки его нормативной технической документации, проведению экономических расчетов себестоимости производства, а также выпуску опытно-производственных серий реагента для проведения испытаний по его регистрации в Российской Федерации в качестве медицинского изделия, предназначенного для применения в медицинских учреждениях при обследовании больных сифилисом.

КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ

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

Введение. За последние десятилетия в Российской Федерации отмечено увеличение удельного веса поздних форм сифилиса, в том числе нейросифилиса. При поздних формах сифилиса в организме развиваются выраженные нарушения иммунной системы. Характерными изменениями являются дефицит циркулирующих Т-хелперов/индукторов (CD4+) и снижение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, что позволяет характеризовать состояние пациентов как вторичный иммунодефицит с относительной супрессией клеточного звена иммунитета. Кроме того, T. pallidum способна персистировать в организме в виде цист, L-форм и полимембранных фагосом — форм незавершённого фагоцитоза, что обеспечивает длительную бессимптомную персистенцию возбудителя и создаёт дополнительные сложности для эрадикации антибиотиками. При поздних формах наблюдаются деструктивные изменения внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, печени, нервной системы), сопровождающиеся нарушениями микроциркуляции и тканевой гипоксией. Озонотерапия — это дополнительное немедикаментозное лечение, при котором используется кислородно-озоновая смесь в качестве терапевтического средства в лечении широкого спектра заболеваний (Мадридская декларация 2010, 2015, 2020 гг.). Озонотерапия при системном (парентеральном) введении реализует комплекс биологических эффектов, непосредственно затрагивающих ключевые патогенетические звенья позднего сифилиса, оказывая иммуномодулирующий, антигипоксический, противовоспалительный, детоксикационный и антиоксидантный эффекты, что связано с высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона.

Цель исследования. Разработка и усовершенствование методики комплексного лечения поздних форм сифилиса с использованием озоно- и антибиотикотерапии с проведением анализа некоторых иммунологических и биохимических показателей крови пациентов.

Материалы и методы. В работе проанализированы данные учётной формы 025/у пациентов (n = 95) с диагнозом сифилис в ГБУЗ «Луганский республиканский дермато-венерологический диспансер» ЛНР. Диагноз «Сифилис поздний скрытый» установлен у 83 пациентов, нейросифилис — у 12. Для дальнейшего анализа была отобрана группа пациентов (n = 31), имеющих на этапе обследования отклонения в иммунологических и биохимических показателях крови. Всем больным на фоне антибиотикотерапии параллельно проводилась озонотерапия в модификации с проточным (непрерывным) барботированием. Процедуры проводили 3 раза в неделю, курс лечения составлял 10–12 вливаний. До и после курса комплексного лечения определяли иммунологические показатели крови и биохимические.

Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica (или укажите иной). Рассчитывали средние значения (M), стандартные ошибки средних (m). Достоверность различий между показателями до и после лечения оценивали с помощью парного t-критерия Стьюдента (для параметрических данных) или критерия Уилкоксона (для непараметрических данных). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. До начала лечения у пациентов отмечались изменения со стороны иммунной системы, которые можно охарактеризовать как вторичный иммунодефицитный статус с относительно супрессорным состоянием — дефицит циркулирующих Т-хелперов/индукторов (CD4+) и снижение показателя CD4/CD8. После курса комплексного лечения отмечено увеличение содержания CD3+ с 50,9% до 58,9% (p <0,05), CD4+ с 33,1% до 41,5% (p <0,05), CD8+ с 19,8% до 23,5% (p <0,05), CD22+ с 21,1% до 21,9% (p> 0,05). Показатель РБТЛ с ФГА увеличился с 48,5% до 58,9% (p <0,05). Изменения уровней цитокинов у данных пациентов носили разнонаправленный характер. Отмечено статистически значимое снижение концентрации IL-2, IL-10 и γ-IFN, некоторое повышение IL-1β, IL-4, IL-6 и TNFα. После завершения курса комплексного лечения отмечена положительная динамика биохимических показателей: снижение прямого билирубина с 6,3 до 4,0 мкмоль/л (p<0,05), АлАТ с 1,40 до 0,45 мкмоль/л (p< 0,05), АсАТ с 1,01 до 0,50 мкмоль/л (p< 0,05), холестерина с 6,2 до 5,0ммоль/л (p< 0,05), β-липопротеидов с 4,4 до 3,2 ммоль/л (p < 0,05).

Выводы. Таким образом, включение озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий патогенетически обосновано при поздних формах сифилиса, в том числе при сочетанных состояниях: сифилис и вирусные гепатиты, оказывая положительное влияние озона на метаболизм печени, способствуя при этом коррекции нарушений клеточного и гуморального иммунитета, тканевой гипоксии и метаболических расстройств.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИФИЛИС И СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Кошелев Ю. А., Кудрявцева Л. Е., Лубсанов А. В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», Российский университет дружбы народов», г. Москва

Введение. Серорезистентность (СР) при сифилисе остается одной из наиболее сложных и неоднозначных проблем в клинической венерологии. Под СР понимается стойкое сохранение положительных нетрепонемных тестов без тенденции к снижению титров в течение 12 месяцев после завершения специфической терапии ранних форм сифилиса. Однако сам по себе факт СР не является окончательным диагнозом и требует дифференциально-диагностического поиска, поскольку за этим лабораторным феноменом могут скрываться различные состояния: от истинной персистенции бледной трепонемы до ложноположительных реакций, обусловленных другими заболеваниями.

Клинический случай. Пациентка 46 лет наблюдается с 2000 года после лечения сифилиса дюрантными препаратами в комбинации с доксициклином. Негативации нетрепонемных тестов после лечения не наступило. В 2017 году проведен дополнительный курс цефтриаксоном 1,0 г в/м № 14. При обследовании 10.03.2020: RPR3+1/2, РПГА 3+1/320, ИФА IgM+IgG +4,4, IgM не обнаружены. На момент осмотра в Московском городском референс-центре по диагностике сифилиса (19.08.2025): РМП 4+1/4, РПГА 3+, ИФА +4,3, IgM не обнаружены, IgG +4,8. Клинических проявлений сифилиса нет, неврологический дефицит отсутствует, ЭХО-КГ без патологии. От 20.07.2026: РМП 4+1/4, ИФА IgM не обнаружены. Данные полового анамнеза исключают реинфекцию. Самостоятельно обследована весной 2026 года в связи с семейным анамнезом (тромбозы, тромбоэмболия легочной артерии у родственников) и жалобами на артралгии ключиц, скованность суставов — выявлен волчаночный антикоагулянт 1,92 (референс<1,2). Рекомендована консультация ревматолога, при дообследовании: · антинуклеарный фактор (АНФ) Hep2 1/640 (ядерный гомогенный); · АТ (антитела) к кардиолипину суммарные 22,8 Ед/мл (N<10); · анти-SSA (антитела к антигенам SS-A) 72,5 Ед/мл (N<15); · снижение компонента комплимента С3–0,79 г/л (N0,83–1,94) и С4–0,07 г/л (N0,15–0,57); · проба Кумбса слабоположительная; · АТ к кардиолипинам IgG 28,74 Ед/мл (N<10), IgM 23,37 Ед/мл (N<10); · антифосфолипидные АТ к бета-2-гликопротеину IgM 10,6 Ед/мл (N<5). Диагностирована системная красная волчанка (СКВ) хронического течения с поражением суставов и иммунологическими нарушениями. С июля 2026 принимает плаквенил 200 мг/сут. В настоящее время пациентка в процессе дообследования, подбора терапии по СКВ. От рекомендованной диагностической люмбальной пункции пациентка отказалась.

Обсуждение и заключение. В представленном случае стойкая серорезистентность с высокой вероятностью

обусловлена не неудачей специфической терапии, а иммунологическими нарушениями, характерными для СКВ. У пациентов с СКВ ложноположительные нетрепонемные реакции встречаются в 5–10% случаев. При этом РПГА и ИФА остаются положительными за счет перенесенной инфекции. Позитивность же нетрепонемных тестов у пациентов с СКВ поддерживается двумя основными механизмами. Во-первых, это молекулярная мимикрия: иммунодоминантный эпитоп 47-кДа липопротеина Treponema pallidum имеет значительное структурное сходство с повторяющимися последовательностями в фибронектине и коллагене человека, что приводит к образованию перекрестно-реагирующих антител. Во-вторых, при СКВ часто образуются антифосфолипидные антитела (волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела), которые напрямую реагируют с кардиолипином, используемым в качестве антигена в нетрепонемных тестах. В представленном случае у пациентки выявлены волчаночный антикоагулянт и высокие титры антикардиолипиновых антител, что полностью объясняет стойкую позитивность РМП на фоне отсутствия IgM к T. pallidum. Несмотря на отсутствие неврологической симптоматики, исследование спинномозговой жидкости показано данной пациентке по нескольким причинам. Во-первых, российские клинические рекомендации и научные исследования подчеркивают необходимость выявления асимптомного нейросифилиса среди пациентов с серорезистентностью и замедленной негативацией серологических реакций. Во-вторых, начало иммуносупрессивной терапии плаквенилом при СКВ создает риск активации латентной трепонемной инфекции, что делает верификацию состояния нервной системы критически важной перед усилением иммуносупрессии. Учитывая вышеизложенные механизмы, серологические реакции не являются критерием эффективности терапии у данной категории пациентов — именно поэтому для исключения нейросифилиса показана люмбальная пункция. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует, что ведение пациентов с серорезистентностью требует углубленного дообследования как по сифилису, так и проведения диагностического поиска заболеваний, которые могут быть причиной «ложной» серорезистентности.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДЪЮВАНТНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Артамонов К. В., Лысогорская И. В., Гивировский С. Е., Тимофеева Н. А.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Вирус папилломы человека (ВПЧ) является одним из самых распространенных патогенов, передающихся половым путем. Современные научные данные свидетельствуют о том, что хроническая инфекция, вызываемая разновидностями ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР), является предпосылкой для развития онкологической патологии различной локализации. ВПЧ ВКР 16 и 18 типов являются этиологическими причинами до 70% случаев рака шейки матки (РШМ), 40% рака вульвы и влагалища, 92% анального рака, 95% рака ротовой полости, 89% рака ротоглотки, 63% рака полового члена. ВПЧ 6 и 11 типов вызывают образование аногенитальных кондилом и большинство случаев рецидивирующего респираторного папилломатоза. В 2023 г. в Российской Федерации выявлено более 16 тысяч новых случаев РШМ, а число летальных исходов от этого заболевания составило около 6 тысяч, при этом за последние 10 лет тенденции к снижению уровней заболеваемости не наблюдается. По данным современных исследований, течение ВПЧ-инфекции у контингентов дерматовенерологического профиля сопровождается повышенным риском канцерогенеза, особенно при вариантах сочетанной инфекции, обусловленной ВПЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Проведение вакцинации против ВПЧ по эпидемиологическим показаниям больным ИППП и контингентам группы риска по ИППП может иметь значительный потенциал для улучшения показателей общественного здоровья.

Цель исследования — обоснование проведения и оценка эффективности адъювантной вакцинации против ВПЧ у пациентов дерматовенерологического профиля.

Материалы и методы. Вакцинопрофилактика папилломавирусной инфекции осуществлялась во вновь организованном в условиях кожно-венерологического диспансера прививочном кабинете в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8». В 2024–2025 гг. проводили мониторинг эффективности вакцинации против папилломавирусной инфекции у 113 человек (37 мужчин и 76 женщин). Пациенты были разделены на 3 группы: в группу 1 вошли 30 пациентов без жалоб и клинических проявлений заболевания, из них 20 привитых против ВПЧ и 10 непривитых. Группу 2 составили 59 пациентов с аногенитальными бородавками (АБ), из которых 19 человек в дальнейшем были вакцинированы против ВПЧ, и 40 человек, не привитых против этой инфекции. Группа 3 включала 24 человека (в т.ч. 16 вакцинированных) с лабораторно подтвержденным ВПЧ ВКР и другими ИППП. Все пациенты прошли анкетирование, клиническое и лабораторное обследование перед вакцинацией, а также через 1, 3 и 6 месяцев после завершенного курса иммунизации четырехвалентной вакциной против ВПЧ. Все пациенты с АБ получали стандартизированное лечение, включающее лазерную вапоризацию и наружную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями.

Результаты и обсуждение. В 1 группе среди вакцинированных в течение 6 месяцев наблюдения случаев выявления АБ и ВПЧ ВКР не было, среди непривитых у 10% пациентов диагностировали АБ через 3 и 6 месяцев. Частота обнаружения ВПЧ высокого онкогенного риска в 2 группе (n=59) до вакцинации составила среди вакцинированных с АБ (n=19) — 53%, в группе сравнения (невакцинированные с АБ, n=40) — 83%, различия статистически значимы ($p<0,05$), в 3 группе среди пациентов с ИППП (n=24) — у 75%, как привитых (n=16), так и непривитых (n=8). Через 1 месяц среди непривитых 2 группы (n=40) частота обнаружения ВПЧ ВКР составила 43%, через 3 месяца от начала исследования — 40%, через 6 месяцев — не обнаружен. В 3 группе (n=24) отмечалось значимое снижение частоты выявления ВПЧ ВКР у привитых (n=16) через 1 месяц после вакцинации, через 3 месяца ВПЧ не определялся. Среди непривитых 3 группы (n=8) через 1 и 3 месяца ВПЧ обнаруживался с прежней частотой. Рецидив АБ диагностирован у 25% (95% ДИ 14,19–40,19) невакцинированных пациентов 2 группы через 1 месяц после курса терапии. За весь период наблюдения вакцинированные пациенты трех групп (n=55) не имели рецидивов заболевания. В результате статистического анализа результатов выявлена достоверно высокая степень защиты от рецидивов у иммунизированных пациентов (OR=0, p=0,0004). Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности и эффективности вакцинации против ВПЧ пациентов дерматовенерологического профиля. Наиболее значимыми эффектами иммунизации является статистически достоверное снижение заболеваемости АБ, уменьшение частоты рецидивов заболевания и укоренный клиренс ВПЧ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЖОЗАМИЦИНА 1000 МГ В КОМБИНАЦИИ С РНК ДВУСПИРАЛЬНОЙ НАТРИЕВОЙ СОЛИ (ЛИОФИЛИЗАТ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Заславский Д. В., Садыков А. И., Камышанова Е. А., Таганов А. В., Козлова Д. В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения ЛенобластьЦентр, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, г. Москва

Актуальность. Хронические урогенитальные инфекции, ассоциированные с Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium, остаются значимой клинической проблемой вследствие склонности к персистирующему и рецидивирующему течению, формированию затяжного воспаления и ограниченной эффективности стандартной антибактериальной терапии. Особые трудности связаны с инфекцией, вызванной M. genitalium, для которой характерна нарастающая макролидная резистентность, что требует обоснованного выбора схем лечения и обязательного контроля эрадикации. В этой связи актуален поиск

комбинированных терапевтических подходов, направленных не только на устранение возбудителя, но и на модуляцию иммунного ответа и снижение выраженности воспалительного процесса.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность комбинированного применения джозамицина и иммуномодулирующего препарата — двуспиральной РНК натриевой соли (лиофилизат) — у пациентов с хроническими урогенитальными инфекциями, ассоциированными с C. trachomatis и M. genitalium.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов (19 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 23 до 52 лет с хроническими инфекциями урогенитального тракта. В группу наблюдения вошли больные с хронической хламидийной инфекцией нижних отделов, а также пациенты со смешанной инфекцией (M. genitalium и C. trachomatis), сопровождавшейся клиническими признаками воспаления, включая патологические выделения. Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных с использованием микроскопии и ПЦР-исследования отделяемого из уретры и цервикального канала. Эффективность терапии оценивали по динамике субъективных симптомов, выраженности объективных проявлений, скорости регресса воспалительных изменений, а также по результатам контроля излеченности через 1 месяц после завершения лечения. Отсроченная оценка соответствовала современным подходам к диагностике M. genitalium, учитывая риск ложноположительных результатов ПЦР при более раннем тестировании. Лечение проводили по следующей схеме: джозамицин по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней в сочетании с двуспиральной РНК натриевой соли (лиофилизат) внутримышечно — 4 инъекции с интервалом 2 дня. Выбранный режим дозирования джозамицина соответствует схемам, применяемым при урогенитальной инфекции, ассоциированной с M. genitalium.

Результаты. К 10-му дню терапии у 84% пациентов отмечено значительное уменьшение или полное исчезновение субъективных симптомов. У 87% больных наблюдалось отсутствие либо минимальная выраженность объективных признаков воспаления, что свидетельствует о быстром клиническом ответе на проводимую терапию. Контроль излеченности через 1 месяц показал нормализацию лейкоцитарной реакции при микроскопии во всех случаях. Отрицательные результаты ПЦР получены у 94% пациентов. Лечение хорошо переносилось: нежелательные явления и серьезные побочные реакции не зарегистрированы.

Выводы. Таким образом, комбинированное применение джозамицина 1000 мг и двуспиральной РНК натриевой соли продемонстрировало высокую клиническую и микробиологическую эффективность у пациентов с хроническими урогенитальными инфекциями. Терапия способствовала быстрому регрессу воспалительных проявлений и достижению высокой частоты эрадикации возбудителей, что позволяет рассматривать данный подход как перспективный при рецидивирующих формах инфекции.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЗДНИХ ФОРМ СИФИЛИСА

Радионов В. Г., Хайминов Е. М.
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г. Луганск

Введение. В последние годы отмечается структурное перераспределение клинических форм сифилитической инфекции с увеличением удельной доли эпидемиологически небезопасных форм (ранний скрытый сифилис), а также поздних форм, среди которых неуклонно возрастает количество случаев нейро- и кардиоваскулярного сифилиса. В Российской Федерации отмечен рост заболеваемости поздними формами сифилиса, в том числе нейросифилисом. Следует отметить, что истинная эпидемиологическая ситуация, в особенности относительно скрытых форм сифилиса, а также асимптомного нейросифилиса, порой остается неизвестной, что объясняется серьезными недостатками в обследовании и лечении пациентов.

Цель работы. Провести анализ показателей цитоза, белка, глюкозы и серологических исследований (РМП, РПГА, РИФ, ИФА) на сифилис в ликворе у пациентов с поздними формами сифилиса.

Материал и методы. В работе проанализированы данные учетной формы 003/у пациентов (n=49) с диагнозом сифилис (30 женщин и 19 мужчин), находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР. Средний возраст пациентов составил 43,5±10,2 лет. Согласно клиническому диагнозу пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 29 пациентов (18 женщин и 11 мужчин), у которых был диагностирован скрытый поздний сифилис (СПС). Во вторую группу вошли 15 больных (7 женщин и 8 мужчин) с нейросифилисом (НС). Третья группа состояла из 5 пациентов, находящихся

на клинико-серологическом контроле (КСК). Всем наблюдаемым была проведена люмбальная пункция. В клинической диагностической лаборатории исследованы биопробы ЦСЖ с целью выявления патологии ликвора и состояния центральной нервной системы, анализируя при этом не только саму ЦСЖ, но и одновременно сыворотку крови пациента (парные образцы), с проведением трепонемных (ТТ) и нетрепонемных тестов (НТТ) в количественном варианте или, так называемый ITPA-индекс (Intrathecal Treponema pallidum assay). Это позволяет иметь возможность выявлять патологический процесс в нервной системе даже тогда, когда стандартные показатели (например, уровень белка или количество клеток в ЦСЖ) находятся в пределах нормы.

Результаты. В группе пациентов СПС при ликворологической диагностике показатели цитоза, белка, глюкозы, реакции Панди и Нонне–Апельта находились в пределах нормы. Нетрепонемные реакции были отрицательными во всех наблюдаемых случаях. У 27,5% пациентов отмечены положительные реакции ИФА. У 24,1% пациентов положительные РПГА. Результаты РИФ были положительные у 24,1%. Во второй группе по результатам ликворологического исследования у 33,3% пациентов отмечено повышение показателей цитоза. Реакция Панди положительна у 26,7% пациентов, реакция Нонне–Апельта была положительной у 6,7% больных. По результатам серологического исследования у всех пациентов данной группы отмечались положительные результаты ТТ. Отрицательные результаты НТТ были зарегистрированы у 46,7% пациентов. У наблюдаемых, находящихся на КСК, показатели цитоза, белка, глюкозы, реакций Панди и Нонне–Апельта определялись в референсных интервалах нормы. НТТ были отрицательными у всех пациентов, а у 20% отмечены положительные результаты РИФ, РПГА, ИФА.

Выводы. Превалирующее число пациентов составляли женщины, преимущественно в возрастной группе от 40 лет и старше. В комплексной диагностике сифилиса приоритетом является люмбальная пункция с последующим исследованием патологии ЦСЖ. Отрицательные результаты НТТ с ликвором и сывороткой крови не исключают диагноз нейросифилиса. Однако положительные результаты ТТ с ликвором в ряде случаев не позволяют подтвердить диагноз нейросифилиса, а лишь отражают факт инфицирования организма (в зависимости от титров) или как результат ранее перенесенного заболевания. Следует отметить возможность у пациентов сочетанной патологии, как кардиоваскулярного, так и нейросифилиса.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Петунова Я. Г.,[2] Разнатовский К. И.,[3] Пирятинская А. Б.[1, 3, 4]

1 Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический специализированный центр дерматовенерологии» Санкт-Петербург
2 Санкт-Петербургский государственный университет
3 Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова
4 Санкт-Петербургский медико-социальный институт

Актуальность. Здоровье нации по определению Всемирной Организации Здравоохранения определяется здоровьем лиц фертильного возраста и характеризуется отсутствием болезней и недугов репродуктивной системы, поддержанием ее функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию, в состоянии полного физического, умственного и социального благополучия. Однако, по данным литературы, в молодежной среде приемлемы фактически все модели сексуального поведения и все типы сексуальных отношений. Среди лиц несовершеннолетнего возраста лишь 8–12% юношей считают раннее начало половой жизни неприемлемым для себя, а употребление алкоголя и психотропных препаратов накладывают свой отпечаток на сексуальное поведение несовершеннолетних. Проведение санитарно-просветительной работы, в том числе среди несовершеннолетних лиц, входит в обязанности врачей всех специальностей. С целью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, гигиеническое воспитание несовершеннолетних лиц в том числе возложено на врачей дерматовенерологического профиля.

Целью исследования явилось установить стратегии профилактических мероприятий среди несовершеннолетних, для чего потребовалось решить несколько задач: провести анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), среди несовершеннолетних лиц в городе Санкт-Петербурге за последние 5 лет и определить поведенческие факторы риска у данной группы.

Материалы и методы: статистическая обработка форм Росстата № 9 и № 34 по городу Санкт-Петербургу за 2021–2025 годы, анализ результатов анкетирования несовершеннолетних лиц, предоставленных врачами-дерматовенерологами, выявившими венерические заболевания у подростков.

Результаты. За весь период наблюдения отмечается следующая динамика заболеваемости ИППП среди лиц детей от 0 до 14 лет: в 2021 году — 0,96 на 100 тысяч соответствующего населения, в 2022 году — 0,94; в 2023 году — 0,77; в 2024–1,24; в 2025 году — 0,86. За пять лет отмечается снижение заболеваемости среди детского населения на 9,6%. Среди лиц подросткового возраста от 15 до 17 лет отмечается следующая динамика: в 2021 году — 265,45 на 100 тысяч соответствующего населения; в 2022 году — 247,17; в 2023 году — 187,48; в 2024 году — 165,74; в 2025 году — 129,39. За пять лет отмечается снижение заболеваемости ИППП среди подростков на 51,3%.

Заболеваемость сифилитической инфекцией среди детского населения Санкт-Петербурга представлена следующими показателями: в 2021 году — 0,12 на 100 тысяч соответствующего населения; в 2022 году — 0; в 2023 году — 0,13; в 2024 году — 0,49; в 2025 году — 0,12. Таким образом, динамика заболеваемости среди детей за пять лет не отмечается. Среди подростков заболеваемость сифилитической инфекцией характеризовалась следующими показателями: 2021 год — 3,23 на 100 тысяч соответствующего населения; в 2024 году — 4,90; в 2023 году — 4,58; в 2024 году — 4,54; в 2025 году — 5,3. Динамика заболеваемости за 5 лет среди подростков выросла на 64%. Однако необходимо отметить, что по абсолютным цифрам показатели следующие: в 2021 году — 4 случая, 2022–6; 2023–6: 2024 году — 6; в 2025 году — 7 случаев заболеваемости у 6 подростков (у одного несовершеннолетнего лица женского пола отмечалась реинфекция сифилитической инфекции в 2025 году). По заболеваемости гонококковой инфекцией среди детей за пять лет динамики не выявлено; у подростков — снижение на 51,8%. По другим ИППП среди детей снижение заболеваемости на 12,7%, среди подростков — снижение на 51,8%. Наибольшую социальную значимость имеют сифилитическая и гонококковая инфекции. На пациентов данной группы врачами-дерматовенерологами заполнялись подробные анкеты, из которых возможно предположить поведенческие факторы риска. В разные годы преобладали различные поведенческие характеристики. Среди детей от 0 до 14 лет преобладали лица женского пола 14 лет, вступающие в раннюю половую жизнь, практикующие случайные половые связи, употребляющие алкоголь и наркотики, из неполных семей. Среди подростков преобладали лица мужского пола 16–17 лет (в 2023 году половина заболевших — все лица мужского пола, причисляли себя к группе мужчин, предпочитающих секс с мужчинами, в 2024 и 2025 годах такие мужчины не отмечались), начавшие раннюю половую жизнь, не имеющие постоянного места работы или учебы, часто вступающие в случайные половые контакты без барьерных методов защиты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, часто из неполных или неблагополучных семей. Естественно, что такие пациенты не могли сообщить информацию по возможному источнику заражения. Обращает на себя внимание, что у подростков чаще устанавливался диагноз скрытого раннего сифилиса, когда клинические проявления отсутствовали, а заболевание выявлялось при дополнительном обследовании по поводу другой причины (например, при обследовании по поводу алкогольного или наркотического опьянения или незапланированной беременности). Все перечисленные поведенческие факторы риска подтверждаются имеющейся литературой по данному вопросу. Информированность подростков, страдающих венерическими заболеваниями, была недостаточной. Только 23% девочек и 49% мальчиков называли в качестве защиты от инфекций презервативы, многие подростки специально не использовали презервативы с целью сохранения удовольствия.

Выводы. Полученная информация по поведенческим факторам риска у подростков свидетельствует, что необходимо делать упор на первичную профилактику среди молодежи. Проводить мероприятия в виде лекций и бесед в малых группах, желательно разделенных по полу, преимущественно в школах и социальных центрах, чтобы охватить контингент до вступления в половую жизнь. Предлагать детям и подросткам индивидуальные беседы с врачами-дерматовенерологами, информацию предоставлять не только в виде лекции, но и ответов на интересующие их вопросы. Форму мероприятий разрабатывать с участием детского психолога. Возможны интерактивные формы занятий по определенным темам. Необходимо привлечь к разработке интерактивных форм людей, владеющих компьютерными технологиями или искусственный интеллект, чтобы заинтересовать подростков, предпочитающих получение информации в сети Интернет.

ПОЛИОРГАННОЕ И МУЛЬТИСИСТЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С ТРЕТИЧНЫМ СИФИЛИСОМ

Рыбкин С. С., Потекаев Н. Н., Доля О. В., Солнцев В. В., Юнда И. В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Актуальность. Современное течение третичного сифилиса характеризуется преобладанием атипичных и латентных форм, вызывающих тяжелые полиорганные поражения под маской неспецифической соматической патологии. Данный фактор существенно затрудняет своевременную диагностику и лечение инфекции. Сложность распознавания поражений опорно-двигательного аппарата заключается в минимальной выраженности или полном отсутствии субъективных симптомов, что определяет позднюю выявляемость процесса и требует применения методов комплексной лучевой диагностики (КТ, МРТ-DWIBS) для его верификации.
Цель исследования. На примере клинического случая полиорганного поражения при третичном сифилисе продемонстрировать возможности лучевой диагностики (КТ, МРТ-DWIBS) для своевременного выявления и верификации специфических изменений опорно-двигательного аппарата в структуре мультисистемной патологии.
Материал и методы. Проведен клинико-лабораторный и рентгенологический анализ случая полиорганного поражения при третичном сифилисе (МКБ-10: А52.7) у пациента К., 54 лет, находившегося на стационарном лечении в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Диагностическая программа включала оценку дерматологического статуса, патоморфологическое исследование биоптатов кожи, расширенный серологический скрининг сыворотки крови и ликвора (РМП, РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ), а также эхокардиографию. В рамках междисциплинарного взаимодействия с НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова выполнена комплексная лучевая визуализация всего тела, сочетающая магнитно-резонансную томографию в режиме диффузионно-взвешенных изображений (МРТ-DWIBS) и компьютерную томографию (КТ), осуществляемую по разработанному авторами индивидуальному прицельному протоколу. Оценка эффективности терапии проводилась в динамике по завершении полного курса специфического лечения.
Выводы. Третичный сифилис является редким заболеванием, преимущественно развивающимся латентно, что определяет его диагностику как сложный и длительный междисциплинарный процесс. В нашем клиническом случае синергизм результатов серологического профиля сыворотки крови и ликвора с данными томографической картины позволил установить заключительный диагноз. Комплексная лучевая визуализация (КТ и МРТ-DWIBS) доказывает, что специфический остеомиелит при поздних формах сифилитической инфекции принципиально отличается от других деструктивных нозологий асептическим характером процесса в виде диффузного эндостита без секвестрации костной ткани, а его патогенез трактуется как иммуноопосредованный процесс в эндосте. Терапевтическая тактика при лечении поздних форм сифилиса требует персонализированного подхода из-за сопутствующей специфической патологии со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. Проведенное в полном объеме своевременное специфическое лечение привело к инволюции язвенно-гуммозных дефектов кожи с исходом во вторичную поствоспалительную гиперпигментацию и рубцовую атрофию, а также к полному регрессу гуммозных поражений опорно-двигательного аппарата.

РОЛЬ ИММУНОБЛОТА И РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИСКОРДАНТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ

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

Введение. Несмотря на внедрение широкого спектра серологических тестов как нетрепонемных (РМП, RPR), так и трепонемных (ИФА, РПГА), серологическая диагностика скрытых форм сифилиса не всегда достоверна. Это связано с тем, что трепонемные тесты могут давать ложноположительные результаты при невенерических трепонематозах, спирохетозах, аутоиммунных и онкологических заболеваниях и не могут

быть использованы для контроля эффективности терапии. В случае получения дискордантных результатов трепонемных тестов в качестве подтверждения используются ИБ и РИФ.

Актуальность. ИБ и РИФ-абс используются в качестве подтверждающих тестов. Однако их сравнительная диагностическая эффективность при верификации именно дискордантных результатов у больных скрытым поздним сифилисом изучена недостаточно. Несмотря на то, что ИБ обладает наивысшей чувствительностью (до 100%) среди трепонемных тестов и может использоваться в ситуациях, когда другие специфические реакции дают сомнительные результаты. В то же время РИФ-абс сохраняет свою значимость как референс-метод. Остается дискутабельным вопрос о том, какой из этих методов предпочтительнее использовать в сомнительных случаях.

Цель: провести сравнительный анализ результатов ИБ и РИФ в сыворотке крови пациентов обоего пола с диагнозом скрытый поздний сифилис.

Материалы и методы. 40 образцов сыворотки крови пациентов обоего пола. Сыворотки крови исследовались в тест-системах: иммуноблот (лайн-блот), РИФ в линейке одного производителя тест-систем.

Результаты. Полученные результаты разделены на 4 группы: группа 1 (ИБ и РИФ положительные): 29 пациентов (72,5%), группа 2 (ИБ и РИФ отрицательные): 5 пациентов (12,5%), группа 3 (ИБ положительно, РИФ отрицательно): 2 пациента (5%), группа 4 (ИБ отрицательно, РИФ положительно): 4 пациента (10%).

Выводы. В группе 1 и 2 результаты интерпретируются однозначно: в случае положительных результатов ИБ и РИФ сифилис подтвержден, а в отрицательных случаях — не подтвержден. В группе 3 и 4 получились неопределенные результаты. В целях исключения ложноположительного результата, рекомендовано повторить исследование не ранее, чем через 2 недели.

Поэтому одновременное применение РИФ и ИБ при диагностике сифилиса оправдано в сложных, сомнительных или спорных клинических ситуациях. Несмотря на то, что оба метода относятся к специфическим трепонемным тестам и обладают высокой чувствительностью и специфичностью, их комбинированное использование позволяет повысить достоверность диагноза за счет комплементарности методов, а также позволяет повысить диагностическую достоверность и более точно интерпретировать сомнительные случаи.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Волкова С. Б., Квижинадзе Г. Н., Немировская И. Ю.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», филиал «Южный», г. Москва

Введение. Нейросифилис представляет собой одно из наиболее тяжелых проявлений инфекции, вызванной бледной трепонемой. До появления антибиотиков поражение центральной нервной системы являлось одной из ведущих причин инвалидизации и смерти пациентов с сифилисом. В настоящее время нейросифилис продолжает встречаться в клинической практике и имеет свои особенности течения у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Иммуносупрессия способствует более быстрому прогрессированию заболевания, атипичному течению и развитию неврологических осложнений на любой стадии сифилиса. Клинические проявления могут имитировать широкий спектр заболеваний центральной нервной системы, включая ишемический инсульт, опухоли головного мозга, демиелинизирующие и дегенеративные процессы, что значительно затрудняет диагностику. В связи с этим раннее выявление нейросифилиса у пациентов с неврологической симптоматикой и ВИЧ-инфекцией имеет принципиальное значение для своевременного назначения специфической терапии и предупреждения необратимого неврологического дефицита. Представленный клинический случай демонстрирует особенности течения позднего нейросифилиса у пациента с выраженным иммунодефицитом и подчеркивает необходимость комплексного клинико-лабораторного обследования данной категории больных.

Материалы и методы. Пациент 49 лет госпитализирован в стационар неврологического профиля в феврале 2026 года с речевыми нарушениями, правосторонним гемипарезом, когнитивными расстройствами, нарушением походки. В анамнезе — хронический вирусный гепатит С, наблюдение у психиатра и нарколога, сифилис несколько лет назад (обстоятельства и результаты лечения вспомнить не может), ВИЧ-инфекция впервые выявлена

в 2023 году; (на момент госпитализации — стадия 4В, фаза прогрессирования, без антиретровирусной терапии). При обследовании выявлены выраженные неврологические нарушения: сенсомоторная афазия, грубая дизартрия, правосторонний гемипарез, снижение мышечного тонуса и чувствительности. По данным МРТ головного мозга определялись изменения белого вещества левой лобной и височной долей без признаков острой ишемии. Серологические исследования крови подтвердили сифилитическую инфекцию: РМП 4+ (1:2), РПГА 4+, ИФА суммарные антитела к Tr. Pallidum обнаружены, КП 17,1, Ig класса М не обнаружены, IgG КП 10,0, РИФ 200 2+, РИФ абс 4+, РИБТ 68%, что может свидетельствовать о сохраняющейся сифилитической инфекции. Исследование ликвора, проведенное на фоне начатой антибактериальной терапии, патологических изменений не выявило, что не позволило лабораторно подтвердить нейросифилис. Но клинические симптомы определили тактику лечения пациента по схемам позднего нейросифилиса, исходя из ресурсов инъекционных форм антибиотиков стационара инфекционной больницы, с учетом тяжести общесоматического состояния. После первого курса специфической терапии цефтриаксоном по 2,0 г внутривенно, струйно, в условиях инфекционного стационара, с одновременно начатой антиретровирусной терапией, отмечена положительная клиническая динамика: уменьшение выраженности неврологического дефицита, улучшение когнитивных функций и общего состояния пациента. Это, в свою очередь, подтверждает правильность выбранной тактики и необходимость проведения второго курса лечения. Сохраняющиеся явления сенсомоторной афазии и правостороннего гемипареза потребовали дальнейшей неврологической реабилитации и направления на медико-социальную экспертизу.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует сложности диагностики очагового поражения центральной нервной системы у пациента с ВИЧ-инфекцией и положительными серологическими тестами на сифилис. Несмотря на отрицательные результаты исследования ликвора, нейросифилис не всегда может быть полностью исключен у пациентов с выраженным иммунодефицитом и соответствующей клинической картиной, поэтому решение о раннем начале специфической терапии должно приниматься с учетом совокупности клинических, лабораторных и инструментальных данных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ

Негашева Е. С. [1], **Фриго Н. В.**[1], **Китаева Н. В.**[1], **Марданлы С. Г.**[2,3], **Дмитриев Г. А.**[4]

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

2 АО «ЭКОлаб», Московская обл., г. Электрогорск, Россия

3 Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Государственный гуманитарно-технологический университет», Московская область, г. Орехово-Зуево, Россия

4 Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва, Россия

Актуальность. Mycoplasma genitalium (MG) относительно недавно была официально признана возбудителем инфекций, передаваемых половым путем. Клиническое значение MG заключается в способности вызывать уретриты у мужчин, а также спектр патологий репродуктивной системы у женщин, включая цервициты, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодие и внематочную беременность. В последние годы серьезной проблемой стало повсеместное распространение штаммов MG, резистентных к макролидам и фторхинолонам. В связи с этим ключевое значение для контроля инфекции приобретает совершенствование методов лабораторной диагностики, включая определение чувствительности к антимикробным препаратам (АМП).

Цель. Оценка современных тенденций в диагностике MG-инфекции на основе анализа отечественных и зарубежных публикаций (PubMed, 2016–2026 гг.).

Материал и методы. Проведен поиск публикаций базы данных Pubmed по ключевым словам «Mycoplasma genitalium diagnostics» 2016–2026 гг. (дата обращения 14.08.2026). Всего на эту дату в базе Pubmed найдено 335 полнотекстовых публикаций; нами был проанализирован ряд релевантных статей, посвященных диагностике MG- инфекции.

Результаты. Современными актуальными тестами, применяемыми для диагностики MG-инфекции, яв-

ляются методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Световая микроскопия не может быть использована для диагностики заболевания: микоплазмы являются наименьшими по размерам прокариотами, и под микроскопом не видны. Культуральная диагностика используется в основном в исследовательских лабораториях для оценки чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам, разработки новых методов терапии и лекарственных средств. Ввиду исключительно медленных темпов роста микроорганизма и высокой затратности выполнения исследования метод культивирования в настоящее время в рутинной диагностике M. genitalium-инфекции не применяется. Известен ряд иммунологических методов исследования для выявления M. genitalium-инфекции (иммуноферментный анализ, иммуноблоттинг, микрофлюоресцентный тест). Однако серологическое тестирование на M. genitalium так и не получило широкого клинического распространения ввиду перекрестных реакций с M. pneumoniae, невысокой чувствительности и специфичности, и на сегодняшний день не существует одобренных FDA серологических методов для диагностики данной инфекции. В связи с данными обстоятельствами общепринятыми методами диагностики M. genitalium-инфекции в настоящее время являются молекулярно-биологические методы: ПЦР, ПЦР в реальном времени, транскрипционно-опосредованная амплификация (ТМА). К настоящему времени за рубежом имеются только три одобренные FDA тест-системы для идентификации M. genitalium молекулярно-биологическими методами: Aptima Mycoplasma genitalium (производитель: Hologic, Marlborough, MA; Panther), Cobas TV/MG detection (производитель: Roche Molecular Systems) и Alinity m STI (производитель: Abbott Molecular Diagnostics), а также ряд тест-систем, валидированных в соответствии с директивами Европейского союза для диагностических изделий in vitro (CE-IVD), в том числе отечественная тест-система AmpliSens N. gonorrhoeae/C. trachomatis/M. genitalium/T. vaginalis-Multiprime FRT assay (производитель: InterLabService, Россия). Выпускается целый ряд тест-систем отечественного производства для молекулярно-биологической идентификации M. genitalium, разрешенных к медицинскому применению на территории РФ, имеющих высокую чувствительность и специфичность (98–100%); например, «Плазмоген-Мг», «АмплиПрайм® M. genitalium», «УроЭК Директ-Мус» и др. Оптимальными биологическими образцами для тестирования на M. genitalium в настоящее время признаются: первая порция мочи у мужчин и вагинальный мазок у женщин (взятый врачом или полученный самостоятельно). Могут быть также использованы образцы: ректальные (особенно у мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и у женщин с проктитом), эндоцервикальные, при необходимости — образцы из ротоглотки и конъюнктивы. Актуальной современной потребностью является необходимость выявления резистентности M. genitalium к антимикробным препаратам молекулярными методами, однако пока нет ни одной тест-системы, получившей одобрение FDA. В РФ зарегистрирован набор реагентов АмплиСенс® M. genitalium-ML/FQ-Resist-FL (ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Российская Федерация), который позволяет определять, как наличие в образце ДНК M. genitalium, так и мутаций в регионах V 23S рРНК и QRDR parC, отвечающих соответственно за резистентность к макролидам и фторхинолонам.

Заключение. Таким образом, в настоящее время МАНК являются единственным инструментом диагностики инфекций, вызываемых M. genitalium. Необходимым является развитие методологий (оптимально — экспресс-тестов), позволяющих в рамках одного исследования идентифицировать микроорганизм и выявлять его устойчивость к антимикробным препаратам.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИППП У МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, И ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫХ МУЖЧИН: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ

Макарова Е. В., Соловьев А. М., Перламутров Ю. Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины», Кафедра кожных и венерических болезней, г. Москва

Актуальность. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), остаются актуальной проблемой общественного здравоохранения. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется свыше 374 млн новых

случаев четырех основных излечимых ИППП. Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), образуют группу с наиболее высокой концентрацией риска ИППП: для них характерны частая смена партнеров, практика рецептивного анального секса, а также более широкий спектр возбудителей, включая гемоконтактные инфекции. Сравнительных отечественных данных о распространенности отдельных нозологий в группах МСМ и гетеросексуальных мужчин с одновременным многолокусным обследованием недостаточно, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование двух параллельных групп. Группа МСМ состояла из 174 мужчин в возрасте 18–58 лет (средний возраст 22,1 года). Контрольную группу (КГ) составили 174 гетеросексуальных мужчины в возрасте 22–55 лет (средний возраст 28,5 года). Всем участникам проводили клинический осмотр урогенитальной и аноректальной областей; забор биологического материала из уретрального канала и прямой кишки с последующим микроскопическим исследованием нативных препаратов и окрашенных мазков; ПЦР-исследованием в режиме реального времени на N. gonorrhoeae, C. trachomatis, T. vaginalis, M. genitalium; серологические исследования сыворотки крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Для статистической обработки результатов определяли относительный риск (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ), критерий χ2.

Результаты. Суммарная инфицированность ИППП в группе МСМ составила 47,7% (83/174) против 10,3% (18/174) в контрольной группе; ОР = 4,61 (95% ДИ 2,90–7,34), $\chi^2 = 58,94$, $p < 0,001$. Инфекции урогенитального тракта (УГТ) выявлены у 60 МСМ (34,5%) и 16 гетеросексуалов (9,2%); ОР = 3,75 (95% ДИ 2,25–6,24), $p < 0,001$. Гонорея обнаружена у 12,1% МСМ и 1,7% КГ (ОР = 7,00; 95% ДИ 2,13–23,04); хламидийная инфекция у 13,8% МСМ и 1,7% КГ (ОР = 8,00; 95% ДИ 2,45–26,08); микоплазменная инфекция у 15,5% МСМ и 7,5% КГ (ОР = 2,08; 95% ДИ 1,11–3,89). Гемоконтактные инфекции зафиксированы у 29 МСМ (16,7%) и лишь у 3 гетеросексуалов (1,7%); ОР = 9,67 (95% ДИ 3,00–31,15), $\chi^2 = 23,26$, $p < 0,001$. В структуре гемоконтактных инфекций у МСМ: антитела к ВИЧ у 6 (3,4%), HBsAg у 6 (3,4%), антитела к HCV у 17 (9,8%). Среди гетеросексуалов ни ВИЧ, ни гепатиты В и С не обнаружены. Сифилис верифицирован у 2 МСМ (1,1%) и 3 гетеросексуалов (1,7%); различие статистически незначимо ($p > 0,05$). Моноинфекция аногенитального тракта выявлена у 28 МСМ (16,1%), сочетанные ИППП УГТ у 19 (10,9%), сочетание ИППП УГТ с гемоконтактными инфекциями у 8 (4,6%). В контрольной группе моноинфекция зафиксирована у 12 (6,9%), сочетанные ИППП у 4 (2,3%).

Выводы. Распространенность ИППП среди МСМ превышает таковую в группе гетеросексуальных мужчин в 4,6 раза (47,7% против 10,3%), инфекций УГТ в 3,8 раза (34,5% против 9,2%), гемоконтактных инфекций в 9,7 раза (16,7% против 1,7%). Наибольшие относительные различия установлены для хламидийной инфекции (ОР = 8,00) и гонореи (ОР = 7,00). ВИЧ и гепатиты В и С выявлялись исключительно в группе МСМ. Полученные данные обосновывают необходимость расширенного скрининга у МСМ с обязательным включением гемоконтактных инфекций и многолокусного забора материала.

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКОГО ЛИЗАТА НА ПАРАМЕТРЫ КОРНЕО- И МЕКСАМЕТРИИ

Королькова Т. Н., Шепилова И. А., Довбешко Т. Г.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Микрофлора кожи оказывает существенное влияние на ее физиологию. Лизат пробиотических бактерий (Contour) является источником биологически активных веществ, выделяемых живыми микроорганизмами, что обеспечивает его уникальный механизм действия, направленный на восстановление естественных физиологических процессов в тканях. Метаболиты (лизаты) способствуют нормализации микробиоты кожи, снижению воспалительной реакции и стимуляции регенеративных процессов. Исследуемое косметическое средство лизат пробиотический включает витамины А, С, В, РР, органические кислоты: молочную, янтарную, пировиноградную, лимонную, бетаин и глицерин.

Целью исследования являлось изучение влияния пробиотического лизата на функциональные параметры кожи.

Задача исследования заключалась в оценке динамики функциональных параметров кожи при использовании косметического продукта пробиотического лизата.

В Центре медицинской косметологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова под наблюдением находилась одна группа пациентов — 20 женщин от 31 года до 64 лет (средний возраст 48,7+1,9 года). Всем исследуемым после удаления доброкачественного новообразования на эрозию и окружающую кожу вокруг него в диаметре до 6 см наносили пробиотический лизат два-три раза в день, в том числе и в домашних условиях.

Функциональные параметры кожи измеряли в зоне воспаления рядом с дефектом до начала лечения и на 14 день. Для определения влагосодержания эпидермиса применяли прибор Corneometer CM 825 (Courage&Khazaka, Германия; измеряется в у.е. от 0 до 120), содержания меланина и гемоглобина в коже — Cutometer MPA 580 (Courage&Khazaka, Германия; измеряются в у.е. от 0 до 999). Показатели измерений мекса- и корнеометрии, полученные через две недели, сравнивали с исходными цифрами замеров до использования лизата. Результаты представлены в виде средних арифметических (M) и стандартных ошибок (SE).

При анализе показателей корнеометрии наблюдается значимое увеличение влагосодержания рогового слоя эпидермиса кожи через две недели применения пробиотического лизата на 13% с 41,5±3,4 до 47,87±3,2 ($p<0,05$). Показатели выраженности эритемы и пигментации имели тенденцию к снижению с 203,39±24,8 до 194,09±24,7 ($p>0,05$) и с 97,97±8,7 до 92,3±9,2 ($p>0,05$) соответственно, но не достигли порога значимости.

Как показали наши предыдущие исследования (2020), сроки заживления лазерной раны оказались сопоставимы при их обработке фукорцином и дермазином, однако лизат имеет эстетические преимущества. Таким образом, исследуемое косметическое средство пробиотический лизат оказывает увлажняющее действие на кожу без достоверных изменений параметров мексаметрии и способствует заживлению лазерной раны.

ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Безуглый А. П., Белков П. А., Безуглый Н. А.
Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва

Введение. Инъекции филлеров являются одной из самых популярных процедур в эстетической дерматологии. Однако, несмотря на совершенствование химической структуры препаратов и методик введения, нередко встречаются побочные эффекты и осложнения. К поздним осложнениям, которые проявляются спустя 6 месяцев и более после введения филлера, относятся гранулемы инородного тела, фиброзные изменения дермы и подкожной клетчатки, инкапсуляция и миграция филлеров. При данных осложнениях провести дифференциальную диагностику при помощи физикальных методов осмотра и пальпации весьма затруднительно. Также нужно принимать во внимание, что в большинстве случаев анамнез неясен и отсутствует медицинская документация. По данным многочисленных исследований в РФ и за рубежом высокочастотная ультразвуковая (ВЧУЗ) визуализация применяется для

определения типа ранее введенных филлеров. ВЧУЗ визуализация позволяет дифференцировать основные патологические процессы в коже, что позволяет использовать этот метод для диагностики и дифференциации поздних осложнений контурной пластики.
Цель исследования. Исследовать ВЧУЗ паттерны поздних осложнений контурной пластики.
Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты в период 6–24 месяцев после введения филлера с пальпируемыми узелковыми образованиями в гиподерме и дерме. Проводили ВЧУЗ исследование в диапазоне 22–75 МГц в зависимости от глубины и размера патологических очагов.
Результаты. Подробно описаны высокочастотные ультразвуковые паттерны характерные паттерны нерезорбированных депозитов филлеров, инкапсуляции филлеров, гранулем инородного тела, склерозирования дермы и гиподермы, а также миграции филлера.
Заключение. ВЧ УЗ-визуализация служит надёжным диагностическим инструментом в руках практикующего врача, повышая точность диагностики осложнений после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты и позволяя минимизировать риски неоправданных лечебных манипуляций.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ДЕРМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИБРИДНОГО КОМПЛЕКСА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ HYON MAX SOFT LINE (МАТРИЧНЫЙ БИОБУСТЕР)

Дианова Е. А.*, Альжанов М. С.*, Сережникова Н. Б., Прилучная А. И., Игрункова А. В.
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

Введение. Гиалуроновая кислота (ГК) — один из самых частых препаратов, используемых в инъекционной косметологии. Основной эффект ГК основан на реструктуризации внеклеточного матрикса. В последние годы всё чаще применяют комплексные препараты, содержащие ГК, за счет этого оказываемый эффект становится более значимым. Морфометрическая оценка подобного эффекта на примере конкретного гибридного комплекса — матричного биобустера Hyon Max Soft Line — и стала задачей данной работы. Целью работы является морфологическое обоснование эффективности применения изменений гибридного комплекса Hyon Max Soft Line для улучшения структуры дермы.
Проспективное неконтролируемое исследование проводилось на биоптатах кожи 10 пациентов, забор материала проводился дважды — до и через месяц после инъекции биобустера — в области за ушной раковиной. В гистологические срезах анализировали толщину дермы, количество фибробластов, площадь сосудов, процесс содержания коллагеновых и эластических волокон в процентах, а также оценивали в баллах экспрессию CDK, P21 и коллаген I и III типа. Поскольку при анализе гистологических образцов было сделано несколько измерений, то данные для статистического анализа были усреднены. После проведения теста Шапиро–Уилка на нормальность распределения межгрупповые (внутри пациента) различия «после — до» анализировались с помощью парного t-критерия Стьюдента. При ненормальном распределении данных применяли непараметрический критерий Уилкоксона для парных выборок. Порог статистической значимости — $p < 0.05$, при $0.05 \leq p < 0.1$ результат обозначен как тенденция.
Результаты и обсуждение. В группе после процедуры наблюдалась устойчивая тенденция к ремоделированию дермы. В частности, волокна стали заметно тоньше и располагались плотнее по сравнению с образцами, полученными до процедуры; процентное содержание коллагеновых волокон по сравнению с эластическими уменьшилось на 3,2%. Эти изменения наблюдались как в сосочковом, так и в сетчатом слоях дермы. Из-за более плотного расположения волокон граница между сосочковым и сетчатым слоями стала практически неразличимой по сравнению с контрольными образцами. Тем не менее, все перечисленные различия не были статистически значимыми ($p > 0,1$). Наиболее значимые результаты наблюдались при анализе площади сосудов: отмечалась тенденция к увеличению (+41.7%), $p = 0,076$, что было близко к порогу значимости. Помимо площади сосудов, после терапии также наблюдалось увеличение их количе-

* равный вклад

ства, при этом структура их стенок, включая площадь поперечного сечения и толщину, была практически неизменной, что указывало на то, что ангиогенная реакция не сопровождалась значительной гипертрофией или склерозом стенок.

При морфометрическом анализе стромальная клеточность в группах до и после лечения практически не изменялась (p> 0,1), что позволило предположить, что наблюдаемые изменения были вызваны активацией синтетической активности мезенхимальных клеток (фибробластов, их количество увеличилось на 2,8%), а не их пролиферацией.

При ИГХ анализе выявлено снижение экспрессии CDK на 20,5% (p=0,125) и p21 на 16,7% (p=0,353). При этом увеличилось содержание коллагена I типа на 7,9% (p=0,125), а коллагена III типа — на 57,4% (p=0.003, достоверный результат).

Заключение. Однократная инъекция Hyon Max Soft Line способствовала уплотнению волокон дермы без изменения количества мезенхимальных клеток, что указывает на активацию синтетической функции, но не пролиферации стромальных клеток. Получены данные, указывающие на возможную стимуляцию неоколлагенеза, однако для подтверждения статистической значимости требуются исследования на большей выборке. Наиболее выраженный и достоверный эффект — увеличение экспрессии коллагена III типа, что указывает на активацию процессов дермальной реорганизации в ответ на введение препарата. Таким образом, матричный биобустер Hyon Max Soft Line оказывает структурообразующее действие, способствуя ремоделированию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПИЛИНГА С 15% САЛИЦИЛОВОЙ И 15% МИНДАЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

Проценко Т. В., Перцева Е. В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького». Кафедра дерматовенерологии и косметологии, г. Донецк

Цель исследования. Обосновать клиническую эффективность и безопасность поверхностного комбинированного химического пилинга с использованием раствора 15% салициловой кислоты и 15% миндальной кислоты в комплексном лечении пациентов с акне легкой и средней степени тяжести.

Материал и методы. Под наблюдением были 46 женщин от 16 до 39 лет с акне I–II степени. Обследование проводили по единой методике, включающей сбор анамнеза, изучение клинических проявлений и функциональных параметров кожи до лечения и спустя 1 неделю после каждой из 4 процедур пилинга, что соответствовало 1-му, 14-му, 28-му, 42-му и 56-му дням наблюдения. Для оценки морфометрических параметров кожи лица использовали аппарат Aramo SG (ARAM HUVIS Co., Ltd, Южная Корея) с определением корнеометрии (в усл. ед.) и себуметрии (в усл. ед.). Процедура химического пилинга выполнялась препаратом на основе 15% салициловой кислоты и 15% миндальной кислоты без предпилинговой подготовки. Постпилинговый уход включал использование увлажняющих и фотозащитных косметических средств. Субъективную оценку изменений кожи и качества лечения в целом проводили путем анкетирования и оценки следующих параметров кожи: уменьшение количества папул, пустул и закрытых комедонов, изменение цвета и текстуры кожи, субъективное восприятие пациентками эффекта от процедуры. Пациенток просили оценить состояние кожи лица до начала лечения, а также спустя 2 недели после 1-й, 2-й, 3-й и 4-й процедур пилинга.

Результаты. В процессе лечения отмечены минимальные побочные реакции: легкое покраснение кожи, чувство стянутости и сухость кожи после первой процедуры, которые быстро проходили самостоятельно. Все пациентки отметили значительное улучшение клинических показателей уже после второй процедуры. К концу курса количество воспалительных элементов уменьшалось в среднем на 74%, закрытые комедоны исчезли практически полностью, значительно улучшились морфометрические параметры кожи лица (нормализовался pH кожи, повысилась увлажненность и снизилась себопродукция). У большинства испытуемых также отмечалась положительная динамика общего самочувствия и самооценки внешнего вида.

Выводы. Комбинированный химический пилинг на основе 15% салициловой и миндальной кислот показал высокую эффективность и безопасность при акне легкой и средней степени тяжести и может быть рекомендован для применения в практике врача-косметолога.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСМЕТИКОВ-ЭСТЕТИСТОВ

Проценко Т. В., Перцева Е. В., Забаровская В. Е.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького». Кафедра дерматовенерологии и косметологии, г. Донецк

Цель: оценка уровня информированности по актуальным темам косметологии, желающих пройти обучение по специальности «Косметик-эстетист».
Материалы и методы. Объектом исследования были результаты тестового опроса 118 человек, желающих получить профессию «Косметик-эстетист». В качестве клинической базы задействовано частное учреждение дополнительного профессионального образования «Учебный центр ГРАНД», имеющий лицензию Республиканской службы по контролю и надзору в сфере образования и науки с 2016 года. Тестирование осуществляли дважды: до начала и по окончании обучения. Стартовое тестирование включало вопросы из школьной программы по анатомии и физиологии человека (30 тестов); по окончанию обучения — по 9 темам (130 тестов), в том числе по современным аспектам анатомии и гистологии кожи и подкожно-жировой клетчатке, возрастным особенностям структуры и функционального состояния кожи, определению типа кожи, по основным этапам косметического ухода, пилингам, мезотерапии, типам старения, рубцовым изменениям кожи, гиноидной липодистрофии. Результаты ответов оценивали в баллах, где 65–60 баллов — «отлично», 59–50 баллов — «хорошо», 49–40 баллов — «удовлетворительно, 39 баллов и менее — «неудовлетворительно». Рассчитан средний балл по каждой теме в группах испытуемых, результаты ранжированы в зависимости от уровня образования специалистов.
Результаты. Из 118 желающих пройти курс «Косметик-эстетист» без медицинского образования было — 46 (39%) человек и 72 (61%) — с медицинским образованием различного уровня подготовки. Ни один из 46 претендентов без медицинского образования не набрал достаточное количество баллов и не получил положительную оценку, и в прохождении курса им было отказано. Из 72 человек, поступивших на курс, 21 (29,1%) имели среднее медицинское образование, 19 (26,5%) были студентами старших курсов ДонГМУ им. М. Горького, 5 (6,9%) работали ординаторами и 27 (37,5%) человек с высшим медицинским образованием. При анализе результатов тестирования, респонденты распределились следующим образом: 49–40 баллов было у 19,4%; 59–50 баллов — у 29,2%; 65–60 баллов — у 51,4%. Анализ полученных результатов позволил нам установить ряд тенденций: лучше оказались результаты тестирования среди студентов медицинского университета, хуже — специалистов со средним медицинским образованием, наиболее оптимальными оказались результаты тестирования врачей и врачей-ординаторов. Показан неодинаковый уровень информированности по различным темам в сравниваемых группах.
Выводы. Проведенное тестирование выявило наиболее слабые места в подготовке косметиков-эстетистов, на которые необходимо обратить особое внимание при обучении. Показана значимость медицинского образования для усвоения программы обучения по специальности «Косметик-эстетист».

УМЕНЬШЕНИЕ ГЛУБИНЫ МОРЩИН У СТАРЕЮЩИХ ЖЕНЩИН ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТОПИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С РЕТИНОЛА ПАЛЬМИТАТОМ

Дольникова О. А., Петрова С. Ю, Ноздрин К. В, Зиганшин О. Р., Альбанова В. И.
Челябинский областной клинический кожновенерологический диспансер, «Южно-Уральский государственный медицинский университет», АО «Ретиноиды», Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова, г. Челябинск, г. Балашиха, г. Москва

Наиболее часто для профилактики старения кожи используют натуральную форму витамина А (ретинола пальмитат), так как он обладает не только достаточно многогранным спектром устранения проблем в стареющей коже, но и не имеет серьезных местных побочных эффектов, свойственных другим ретиноидам. **Цель исследования** заключалась в сравнительной оценке воздействия мази с ретинола пальмитатом (РП) 0,5% и мази с 1% РП, 0,005% колекальциферолом и 0,5% токоферола ацетатом на кожу женщин 40–55 лет.

Материалы и методы. В проспективное контролируемое клиническое исследование были включены 80 женщин в возрасте от 40 до 55 лет без сопутствующих кожных заболеваний. Они были разделены на две группы. В 1-й группе (n=28) применяли мазь с ретинола пальмитатом 0,5%, во 2-й группе (n=27) — мазь с 1% РП, 0,005% колекальциферолом и 0,5% токоферола ацетатом; 3-я группа (n=20) — группа сравнения. Средства наносили 2 раза в день 90 дней. До начала исследования и через 90 дней применения вышеуказанных средств проводили аппаратную оценку состояния кожи с помощью прибора дермосканера «VichyConsalt» (Vichy, Франция). Все измерения проводились в средней трети лица. Оценивали глубину морщин периорбитальной зоны с присвоением числового значения. Корреляционную зависимость между изменением значения признака и длительностью получения препарата изучали с составлением уравнения регрессии по выборке и, при условии её близости к линейной функции, вычислением коэффициента детерминации (R2) и затем коэффициента корреляции Пирсона (r). Зависимость считалась сильной если –0,9 > r > 0,9.
Результаты. Доказано, что глубина морщин статистически значимо связана с длительностью терапии мазью с РП 0,5%, то есть чем длительнее применение мази, тем меньше глубина морщин (r = –0,9941). Та же зависимость прослеживается у применявших мазь с 1% РП, 0,005% колекальциферолом и 0,5% токоферола ацетатом (r = –0,9971). Данной зависимости не прослеживается в группе сравнения (r = –0,03).
Выводы. Использование препаратов с высокой концентрацией РП позволило достоверно снизить глубину морщин (по аппаратным методам диагностики).

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ИНЪЕКЦИОННЫЕ НИТЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИ: ПРИНЦИПЫ СОЧЕТАННОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Раджабова М. М., Немцова М. Ю.
ООО «МК-Клиника», ООО «МедСтандарт», г. Мытищи, г. Одинцово

Введение. Инъекционные нитевые технологии широко применяются в современной эстетической медицине для коррекции возрастных изменений мягких тканей лица. Вместе с тем клинический результат процедуры определяется не только механическими свойствами имплантируемой нити, но и особенностями тканевой реакции организма. Современные представления о процессах репарации свидетельствуют, что состояние микроциркуляции, выраженность хронического воспаления, качество межклеточного матрикса и функциональное состояние лимфоваскулярно-интерстициальной системы во многом определяют течение восстановительного периода и эффективность ремоделирования тканей. В этой связи представляется целесообразным рассматривать фотодинамическую терапию не только как самостоятельный метод лечения, но и как технологию управления тканевой реакцией при применении инъекционных нитевых технологий.
Цель работы. Представить патогенетическое обоснование сочетанного и комбинированного применения фотодинамической терапии с использованием производных хлорина-е 6 в виде диметилглюкаминовой соли, светового излучения 662 нм и инъекционных нитевых технологий в эстетической медицине.
Материалы и методы. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных литературных данных, посвященных механизмам тканевой репарации после имплантации нитей, биологическим эффектам фотодинамической терапии и принципам сочетанного применения терапевтических методов, а также выполнено обобщение собственного многолетнего клинического опыта применения фотодинамической терапии с использованием производных хлорина е 6 и светового излучения с длиной волны 662 нм в программах подготовки пациентов к нитевым процедурам и сопровождения восстановительного периода.
Результаты. С нашей точки зрения, патогенетическое обоснование сочетанного применения фотодинамической терапии и инъекционных нитевых технологий определяется способностью фотодинамической терапии одновременно воздействовать на сосудистый, иммунный и интерстициальный компоненты тканевой реакции. Применение фотодинамической терапии на этапе подготовки тканей способствует уменьшению выраженности хронического воспаления, нормализации сосудистой реактивности, улучшению микроциркуляции и оптимизации состояния межклеточного матрикса. Использование метода после имплантации нитей позволяет более физиологично регулировать процессы воспаления

и тканевого ремоделирования, уменьшать выраженность и продолжительность послеоперационного отека, снижать риск формирования патологического фиброза и создавать благоприятные условия для формирования полноценного коллагенового каркаса вокруг имплантированной нити.

Выводы. Таким образом, сочетанное и комбинированное применение фотодинамической терапии и инъекционных нитевых технологий представляется патогенетически обоснованным направлением современной терапевтической косметологии. По нашему мнению, использование фотодинамической терапии в качестве технологии управления тканевой реакцией на этапах подготовки тканей и сопровождения процессов репарации позволяет повысить безопасность, прогнозируемость и клиническую эффективность нитевых технологий, что определяет перспективность дальнейшего изучения данного направления.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РОЗАЦЕА: ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ РЕАКЦИЕЙ

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

Введение. Розацеа традиционно рассматривается как хронический воспалительный дерматоз с преимущественным поражением сосудистого аппарата кожи лица. Однако современные представления о патогенезе заболевания свидетельствуют о значительно более сложном характере патологического процесса, включающего нарушения нейроваскулярной регуляции, эндотелиальную дисфункцию, хроническое иммунное воспаление, ремоделирование микроциркуляторного русла и изменения межклеточного матрикса. В этой связи представляется целесообразным рассматривать ключевой терапевтической мишенью не расширенный сосуд как таковой, а патологически измененную сосудистую реакцию, поддерживающую хроническое воспаление и прогрессирование заболевания. По нашему мнению, именно управление сосудистой реакцией является одной из важнейших задач современной патогенетической терапии розацеа.

Цель работы. Представить патогенетическое обоснование применения фотодинамической терапии с использованием производных хлорина-е 6 в качестве инструмента управления патологической сосудистой реакцией при розацеа.

Материалы и методы. Проведен анализ современных данных отечественной и зарубежной литературы, посвященных патогенезу розацеа и механизмам действия фотодинамической терапии, а также выполнено обобщение собственного многолетнего клинического опыта применения фотодинамической терапии с использованием производных хлорина-е 6 в виде его диметилглюкаминовой соли и светового излучения с длиной волны 662 нм у пациентов с различными клиническими формами заболевания.

Результаты. С нашей точки зрения, клинические эффекты фотодинамической терапии обусловлены не изолированным воздействием на отдельные звенья патогенеза, а комплексной регуляцией сосудистого, иммунного и интерстициального компонентов патологического процесса. Фотодинамическая терапия способствует нормализации функции эндотелия, уменьшению выраженности нейрогенного воспаления, снижению активности тучных клеток, регуляции продукции провоспалительных цитокинов и факторов ангиогенеза, улучшению микроциркуляции и состояния межклеточного матрикса. Именно мультитаргетный характер воздействия позволяет уменьшить выраженность сосудистой гиперреактивности, снизить частоту эпизодов приливов и добиться более стойкого клинического результата.

Выводы. Таким образом, фотодинамическую терапию с использованием производных хлорина-е 6 целесообразно рассматривать не только как метод лечения розацеа, но и как технологию управления патологической сосудистой реакцией. Именно способность одновременно воздействовать на эндотелиальную дисфункцию, хроническое воспаление, микроциркуляцию, межклеточный матрикс и процессы тканевого ремоделирования определяет перспективность данного направления в современной терапевтической косметологии.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ АТРОФИИ КОЖИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН

Голдобина М. В., Разнатовский К. И.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель работы — оценка эффективности и безопасности применения инъекций интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола, а также сочетанного протокола инъекций интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола и воздействия гелиевой низкотемпературной плазмой для уменьшения проявлений инволюционной атрофии кожи периорбитальной области у женщин.
Материалы и методы. Проведено одноцентровое проспективное рандомизированное сравнительное исследование, в которое вошли 26 женщин в возрасте 47,4±7,9 года (от 33 до 59 лет). Пациентки были случайным образом распределены на 2 группы. Обследуемые 1-й группы (n=13) получали инъекции препарата с содержанием частично перекрестно связанной гиалуроновой кислоты 12,5 мг и сорбитола комплексной иглой 30G линейно-ретроградной техникой в средний слой дермы периорбитальной области. Инъекции повторяли дважды с перерывом 1 месяц, контрольные замеры проводили через 1 месяц после 2-й процедуры. Участницам 2-й группы (n=13) на 1-м визите выполняли инъекции интрадермального имплантата на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола в вышеуказанной технике. Затем с перерывом в 2 недели проводили процедуры гелиевой низкотемпературной плазмы в режиме генерации плазменного факела 1,5 л/мин по шкале ротаметра с высокой интенсивностью струи. Экспозиция составила по 5 мин на каждую периорбитальную зону. Далее через 2 недели повторяли инъекционный протокол. Контрольные замеры осуществляли через 1 месяц после последней процедуры. Глубину морщин (условные единицы — у.е.) оценивали с помощью аппарата для диагностики кожи (дерматоскопия) под 30-кратным увеличением Aramo Smart Lite (ASL) в варианте исполнения ASL-300, дополненного программным обеспечением Solutionist («Aramo», Южная Корея, РЗН 2018/6802) в 4 точках, по 2 с каждой стороны. Точки измерения располагались симметрично: латеральный край орбиты на уровне наружного кантуса глаза справа и слева; середина нижнего края орбиты справа и слева. Все участницы на 1-м и контрольном визитах заполняли опросник — модифицированный дерматологический индекс качества жизни (мДИКЖ). Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 10.0 (StatSoft, США). Различия считались значимыми при $p<0,05$.
Результаты и обсуждение. У обследуемых 1-й группы наблюдались следующие показатели глубины морщин в динамике: в 1-й точке 29,5±10,4 у.е. и 20,2±6,3 у.е. ($p=0,01$), во 2-й точке 30,3±6,8 у.е. и 20,2±6,3 у.е. ($p=0,017$), в 3-й точке 25,7±6,2 у.е. и 18,7±8,3 у.е. ($p=0,037$), в 4-й точке статистически значимых различий не наблюдалось. У участниц 2-й группы данные показатели составили: в 1-й точке 33,2±16,9 у.е. и 21,0±7,9 у.е. ($p=0,04$), во 2-й точке достоверных различий не наблюдалось, в 3-й точке 27,5±13,4 у.е. и 16,2±6,8 у.е. ($p=0,005$), в 4-й точке 28,6±8,1 у.е. и 23,0±6,3 у.е. ($p=0,025$). Таким образом, в каждой группе отмечалось статистически достоверное уменьшение глубины морщин в 3 точках измерения из 4, что свидетельствует о достигнутом эстетическом результате. Показатели мДИКЖ у обследуемых 1-й группы составили 6,8±3,0 балла и 3,8± 2,4 балла ($p=0,01$), у участниц 2-й группы — 9,5±4,3 балла и 4,3±3,3 балла ($p=0,0003$), что характеризует улучшение качества жизни пациенток всех групп после проведенных эстетических процедур. За время проведения исследования нежелательных явлений, связанных с процедурами, у обследуемых обеих групп зарегистрировано не было.
Выводы. Инъекции интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола продемонстрировали эффективность и безопасность для коррекции инволюционной атрофии кожи периорбитальной области у женщин как при изолированном применении, так и в сочетании с воздействием в той же анатомической области гелиевой низкотемпературной плазмой.

БОЛЬ, ЖЖЕНИЕ И ЗУД КОЖИ ГОЛОВЫ ПРИ НЕРУБЦОВЫХ И РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЯХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АССОЦИАЦИЯ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ

Романова Ю. Ю., Гаджигороева А. Г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Введение. Алопеции, особенно нерубцовые формы, традиционно рассматриваются как малосимптомные дерматологические заболевания. Однако триходиния — болезненные ощущения в области волосистой части головы — нередко встречается при телогенном выпадении и андрогенной алопеции (АГА). Рубцовые алопеции, такие как фолликулярный плоский лишай (ФПЛ), могут сопровождаться зудом.

Цель. Оценить распространенность субъективных ощущений в области волосистой части головы при рубцовых и нерубцовых формах алопециях, изучить ассоциации симптоматики с психологическим дистрессом.

Материалы и методы. В исследование включены 90 пациентов (средний возраст 38,3 года, 22 мужчины) с установленным диагнозом рубцовой или нерубцовой формы алопеции: 39 — с АГА, 22 — с гнездной алопецией (ГА) и 29 — с ФПЛ. Другие дерматозы волосистой части головы у пациентов не были диагностированы. Субъективные ощущения оценивали с помощью опросника Hair-Specific Skindex-29 по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 = «никогда» до 4 = «постоянно», с последующим преобразованием в 100-балльную шкалу (0–100 баллов). Распространенность определяли как долю пациентов, сообщивших о балле > 0 по пунктам опросника № 1 (боль в области кожи головы), № 7 (жжение/покалывание) и № 10 (зуд). Психологический дистресс измеряли с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, суммарный бал). Расчет ассоциаций проведен методом простой линейной регрессии.

Результаты. Ощущение боли в области кожи головы отметили 56% пациентов с АГА (средний балл 33,3; SD34,6), 45% пациентов с ГА (средний балл 34,1; SD40,5) и 55% пациентов с ФПЛ (средний балл 21,6; SD22,9). Жжение/покалывание наблюдалось у 33% пациентов с АГА (средний балл 14,7; SD24,1), 32% с ГА (средний балл 20,5; SD31,5) и 34% с ФПЛ (средний балл 11,2; SD17,1). Распространенность зуда составила 51% при АГА (средний балл 25,0; SD30,9), 45% при ГА (средний балл 23,9; SD31,3) и 55% при ФПЛ (средний балл 24,1; SD27,1). Линейный регрессионный анализ выявил статистически значимые ассоциации между ощущением жжения и дистрессом при ФПЛ ($R^2 = 0,18$; $P = 0,02$) и АГА ($R^2 = 0,11$; $P = 0,04$); для боли и зуда при различных формах алопеций значимых ассоциаций с уровнем дистресса не обнаружено.

Заключение. Вопреки общему мнению о преимущественно бессимптомном течении нерубцовых алопеций, распространенность субъективных ощущений в области волосистой части головы (особенно боли и жжения) оказалась сопоставимой с таковой при ФПЛ (вариант рубцовой алопеции). По данным анализа выборки на наличие боли указывали 45–56% пациентов с алопециями, жжения/покалывания — 32–34%, зуда — 45–55%. Установленная связь жжения с психологическим дистрессом указывает на возможный специфический психонейро-воспалительный путь реализации патологического ощущения, хотя это объясняет лишь часть симптомов. Полученные данные свидетельствуют в пользу необходимости при опросе пациентов с жалобами на выпадение волос уточнять наличие и характер субъективных ощущений в области скальпа (зуд, жжение/покалывание, болезненность), а также степень их выраженности. Следует учитывать сложность дифференциальной диагностики субъективной симптоматики при алопециях от проблемы гиперчувствительности кожи скальпа, от которой, согласно данным популяционных исследований, страдают до 44,2% населения (PMID: 18353032). К основным провоцирующим факторам гиперчувствительности относят загрязнение окружающей среды, воздействие тепла, эмоциональные факторы и использование косметических средств. Необходимо дальнейшее изучение этиопатогенетических, клинических, психопатологических аспектов в формировании субъективных ощущений у пациентов с алопециями.

ГЕНОТИП-ФЕНОТИПНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ТАРГЕТНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Васильченко П. С.
Воронежский государственный университет, . Воронеж

Цель: оценить информативность молекулярно-генетического тестирования в верификации диагноза андрогенной алопеции у пациентов российской популяции, определить спектр клинически значимых вариантов и установить корреляции между генотипами и фенотипом.

Задачи: проанализировать спектр нуклеотидных замен в генах андрогенового рецептора (AR), 5-альфа-редуктазы типа 2 (SRD5A2) и 17-альфа-гидроксилазы (CYP17A1) у пациентов с верифицированным диагнозом; сравнить данные с контрольной группой; оценить корреляции с возрастом дебюта, стадией по Норвуду–Гамильтону и скоростью прогрессирования; разработать алгоритм интерпретации вариантов неопределенного клинического значения (VUS); построить прогностическую модель на основе генотипических и фенотипических предикторов; оценить диагностические характеристики панели.

Материалы и методы. В проспективное одноцентровое исследование (2023–2025) включены 120 мужчин с андрогенной алопецией, подтвержденной клинически и трихоскопически, и 100 практически здоровых лиц контрольной группы старше 18 лет. Таргетное секвенирование следующего поколения выполнено с использованием панели, покрывающей кодирующие последовательности и прилежащие сайты сплайсинга генов AR, SRD5A2, CYP17A1. Аннотация вариантов проведена с использованием популяционных баз данных и инструментов предсказания патогенности in silico. Для реклассификации VUS применен алгоритм, интегрирующий фенотипические данные, семейный анамнез и консервативность нуклеотидных позиций. Статистический анализ включал сравнение частот аллелей, логистическую регрессию, расчет отношения шансов и ROC-анализ.

Результаты. Секвенирование выявило 12 редких миссенс-вариантов в AR у 68% пациентов, из которых пять ранее не аннотировались в российских популяционных базах данных ($p<0,01$ против контроля). У 23% пациентов обнаружены варианты в SRD5A2, достоверно ассоциированные с дебютом до 25 лет (OR=3,4; 95% ДИ 1,8–6,2) и тяжелым фенотипом. Полиморфизмы CYP17A1 значимых ассоциаций не показали. Комбинация неблагоприятных аллелей AR и SRD5A2 положительно коррелировала со скоростью прогрессирования по шкале Норвуда–Гамильтона ($r=0,41$; $p<0,001$). Доля VUS составила 15% от общего числа замен. Разработанный алгоритм реклассификации, учитывающий популяционные частоты, сегрегацию в семьях и данные in silico, позволил перевести 6 из 9 VUS в категорию вероятно патогенных. Чувствительность панели с учетом реклассификации составила 82%, специфичность — 91%. Модель логистической регрессии, включающая статус генов AR и SRD5A2, возраст и семейный анамнез, предсказывала развитие тяжелой формы с AUC0,81.

Выводы. Таргетное секвенирование AR и SRD5A2 выявляет популяционно-специфичный спектр вариантов в российской популяции и обладает высокой прогностической ценностью для оценки риска раннего дебюта и быстрого прогрессирования андрогенной алопеции. Предложенный алгоритм интерпретации VUS повышает клиническую полезность тестирования. Полученная прогностическая модель может быть основой для индивидуализированного консультирования и мониторинга.

ИНДЕКС ДИСТРОФИИ ХИМИЧЕСКИ ПОВРЕЖДЕННЫХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ ТОПИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ МИЛИАЦИНА

Гусева О. В., Николаева Т. В., Полякова В. С.
Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Введение. Высокая чувствительность клеток волосяных фолликулов (ВФ) в стадии анагена к действию алкилирующих агентов, используемых в лечении онкологических заболеваний, приводит к повреждению ДНК и апоптозу кератиноцитов луковицы ВФ и меланоцитов ВФ, индукции окислительного стресса.

Цель и задачи исследования. Оценить влияние милиацина на индекс дистрофии ВФ при ранней ответной реакции ВФ на химическое повреждение в модели алопеции, индуцированной химиотерапией (АИХ).

Материал и методы. 30 самцов мышей инбредной линии C57BL/6 массой тела 17–18 г содержались в стандартных условиях вивария, перед началом эксперимента 14 суток находились на карантине до достижения возраста 6–7 недель. У животных всех групп была проведена индукция анагена путем депиляции стержней волос с кожи спины под действием эфирной анестезии, что считалось началом эксперимента. Животных разделили на 5 групп, по 5 особей в каждой. Первой группе была проведена только депиляция. Вторая группа служила контролем. Третья, четвертая и пятая группы были опытными. На 9-е сутки после индукции анагена опытным группам вводили однократно внутрибрюшинно раствор циклофосфамида (ЦФ) в дозе 125 мг/кг, животным контрольной группы — 0,9% раствор натрия хлорида в том же объеме. Животные четвертой группы получали состав с милиацином топически каждый день, мыши пятой группы — плацебо. Материалом для исследования служили кожа спины, взятая в области депиляции и образцы крови мышей, собранные на 15-е сутки после индукции анагена, что приходилось на раннюю ответную реакцию ВФ на химическое повреждение. Кожу спины фиксировали в забуференном 10% нейтральном формалине и в абсолютном спирте. После стандартной гистологической проводки материал заливали в парафиновые блоки. Продольные срезы ВФ получали, используя методику, предложенную U. Hoffman, затем окрашивали гематоксилином и эозином. Материал исследовали с помощью световой микроскопии. Количественная гистоморфометрия с расчетом индекса дистрофии ВФ проводилась исходя из данных и по методике, изложенной в работах Maurer (1997); Bichsel (2013), с учетом следующего соответствия: дистрофический анаген VI=1, ранний дистрофический катаген=2, средний дистрофический катаген=3, поздний дистрофический катаген=4, анаген I=4, анаген II=5, средний анаген=6, анаген VI=8. Эксперимент проводился в соответствии с рекомендациями, изложенными в Приказе Минздрава РФ No199н от 01.04.2016 «Об утверждении Правил надлежащей лабораторной практики» и Директиве 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского союза по охране животных, используемых в научных целях. Исследование было одобрено Локальным Этическим Комитетом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 366 от 10.10.2025 г.).
Результаты. Было установлено, что индекс дистрофии ВФ в первой и второй группах составил 8 баллов, что соответствовало отсутствию признаков дистрофии ВФ в стадии анагена VI. В группе, получавшей только ЦФ, этот показатель был в три раза ниже, чем показатель в группе контроля, и соответствовал 2,6 балла, что свидетельствовало о переходе ВФ из стадии раннего дистрофического катагена в стадию позднего дистрофического катагена. В четвертой группе, где животные получали лечение милиацином, индекс дистрофии ВФ был равен 4,89, что в 1,6 раза ниже, чем у животных контрольных групп, и почти в 2 раза выше аналогичного показателя мышей третьей группы. Индекс дистрофии ВФ у мышей этой группы означал трансформацию ВФ из стадии раннего анагена в стадию среднего анагена нового цикла ВФ. В группе, самцы которой получали плацебо, индекс дистрофии не отличался от этого показателя у мышей третьей группы.
Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что ВФ животных, получавших милиацин, ускоренно вступили в новый цикл развития, следуя по пути укороченного «дистрофического катагена», что говорит об ускоренной регенерации ВФ в коже мышей этой группы.

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Бобко С. И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», г. Москва

Рубцовые алопеции представляют гетерогенную группу заболеваний с необратимой потерей волос. Рубцовые алопеции подразделяют на первичные, при которых фолликулы повреждены первично, и вторичные, при которых фолликул и другие структуры повреждены вторично. Вторичные алопеции могут быть обусловлены инфекционным процессом вирусным, бактериальным и грибковым, развиваться на фоне других заболеваний (склеродермия, саркоидоз, буллезный эпидермолиз), невусов, вследствие ожогов, излучения, приема лекарства. Причины появления воспалительного инфильтрата, приводящие к фиброзу с развитием рубцовых процессов с невозможностью восстановления волос обсуждаются. Морфологически классификация рубцовых алопеций обусловлена составом инфильтрата: лимфоцитами: центральная центробежная алопеция, дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай, фронтальная фиброзирующая алопеция, либо

в основном нейтрофилами, которые характеризуют инфильтрат при декальвирующем фолликулите, фолликулите и перифолликулите головы абсцедирующем и подрывающем. Смешанный инфильтрат встречается при декальвирующем фолликулярном шиповидном кератозе. Критерии первичных рубцовых алопеций разработаны в 2001 году, тем не менее продолжаются дискуссии в отношении уточнения классификации с возможностью включения фиброзной алопеции в типичном распределении, рубцового паттерна потери волос, акнеформных дерматозов, муцинозной алопеции, возрастных изменений волос. Диагностически рубцовые алопеции характеризуются потерей устья фолликула с его разрушением и заменой на рубцовую фиброзную ткань, которая обнаруживается гистологически при финальной стадии развития.

В клинической практике крайне важен вопрос ранней диагностики и лечения, что обуславливает прогноз заболевания. Вопросы диагностики и лечения не являются стандартизированными. Сложности оценки прогноза, тяжести и подбора терапии, направленной на предотвращение развития терминальной стадии диктует потребность в изучении рубцовых алопеций. Причины перехода ВФ в терминальную стадию заболевания до конца не изучены.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПО ИММУНОЛОГИЧЕСКОМУ ВАРИАНТУ КОМОРБИДНОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Гаджигороева А. Г., Терещенко Г. П., Филиппова Е. А., Толстогузова Э. В., Новожилова О. Л.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва

Введение. Коморбидность гнездной алопеции (ГА) и атопического дерматита (АтД) является клинически значимой, однако иммунологические основы данного сочетания остаются недостаточно изученными. Современная концепция гетерогенности иммунных механизмов при АтД предполагает наличие различных эндотипов заболевания, среди которых выделяют экзогенный (IgE-зависимый) и эндогенный (IgE-независимый) варианты.

Цель исследования: выделить иммунологические варианты АтД (IgE-зависимый и IgE-независимый) у пациентов с коморбидностью ГА и АтД и оценить их влияние на течение ГА.

Материалы и методы. В исследование включены 156 пациентов с коморбидностью ГА и АтД, из них 86 детей (5–17 лет) и 70 взрослых (≥18 лет). Проведено аллергологическое обследование, включающее определение уровня общего IgE (oIgE) и наличие специфической сенсибилизации (уровень аллерген-специфических IgE ≥0,35 kU/L или положительные кожные тесты с аллергенами). Сенсибилизация классифицировалась как моно- (к одной группе аллергенов: бытовые, пыльцевые, эпидермальные или грибковые) или поливалентная (к двум и более группам). На основании интеграции данных об уровне oIgE (выше/в пределах возрастной нормы) и наличии сенсибилизации выделены три группы: пациенты с экзогенным (IgE-зависимым) вариантом АтД, с эндогенным (IgE-независимым) вариантом и неопределенная категория (изолированное повышение oIgE без специфической сенсибилизации). Сравнительный анализ клинических параметров проведен между группами с экзогенным и эндогенным АтД.

Результаты. В изучаемой когорте экзогенный вариант АтД составил 77,6% (n=121), эндогенный — 12,8% (n=20), неопределенная категория — 9,6% (n=15). Экзогенный вариант ассоциировался с более тяжелым течением как АтД (медиана SCORAD33,3 против 18,4 баллов; p<0,001), так и ГА: медиана SALT 41,0% против 18,5% (p=0,024), частота тяжелых форм (SALT≥50%) — 46,3% против 20% (p=0,038), частота ониходистрофии — 55,4% против 15% (p=0,001). Многофакторный логистический регрессионный анализ подтвердил, что экзогенный АтД является независимым предиктором тяжелой ГА (ОШ=5,70; 95% ДИ 1,35–24,06; p=0,018) и поражения ногтей (ОШ=6,12; 95% ДИ 1,48–25,33; p=0,013). Поливалентная сенсибилизация выступала дополнительным независимым фактором риска (ОШ=3,06; p=0,005). Корреляция между тяжестью ГА и АтД выявлена только при экзогенном варианте (ρ=0,29; p=0,001) и отсутствовала при эндогенном (ρ= –0,08; p=0,73).

Заключение. Стратификация пациентов с ГА по иммунологическому варианту коморбидного АтД имеет клиническое и прогностическое значение. Экзогенный (IgE-зависимый) вариант АтД ассоциирован с форми-

рованием более тяжелого иммунофенотипа ГА и является независимым предиктором неблагоприятного течения алопеции. Полученные данные обосновывают необходимость оценки атопического статуса у пациентов с ГА для персонализации лечебной тактики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ В НЕТИПИЧНОМ РАСПРЕДЕЛЕНИИ

Козьякова А. С.
«Институт красивых волос», г. Москва

Актуальность. Андрогенетическая алопеция (АГА) является наиболее распространенной формой прогрессирующего поредения волос, характеризующейся типичным поражением лобно-теменной области с сохранением затылочной зоны, что обусловлено эмбриональными различиями кожи головы (нейроэктодермальное происхождение теменной области и мезодермальное — затылочной и височной). Традиционно затылочная область рассматривается как андроген-независимая и служит донорской зоной при трансплантации волос. Однако современные исследования демонстрируют, что у части пациентов встречается нетипичное распределение АГА с вовлечением затылочной и/или височной областей. Данный феномен нетипичного распределения получил в литературе название «инверсная АГА». Осведомленность о таких случаях остается низкой, что обусловливает ошибки в диагностике и терапии.

Цель исследования. Представить собственные клинические случаи АГА с нетипичным распределением.

Материалы и методы. Провести поиск источников по темам «андрогенетическая алопеция нетипичное распределение», «инверсная АГА» в базах PubMed и eLibrary за период 2018–2026 гг. Отобраны 4 ключевые публикации, описывающие нетипичное распределение АГА. На основе данных литературы проведен обзор современных представлений о патогенетических механизмах, методах дифференциальной диагностики и тактике ведения пациентов с данной патологией.

Результаты. В клинический анализ включены 2 пациента (мужчина 20 лет и женщина 40 лет), обратившиеся с жалобами на прогрессирующее поредение волос в затылочной и височной областях. Проведены сбор анамнеза, клинический осмотр, трихоскопия (оценка плотности волос, диаметра, желтых точек, перипиллярных знаков, анизотрихоза) и панч-биопсия из зоны поредения с гистологическим исследованием.

Клинический случай 1. Пациент Е., 20 лет, мужчина, с жалобами на выпадение волос в затылочной и височной областях в течение нескольких месяцев. Не лечился. При трихоскопии в затылочной и височной областях выявлены анизотрихоз (разница диаметра волос> 30%), единичные фолликулярные юниты, желтые точки, перифолликулярное воспаление. Проведена панч-биопсия (4 мм) из зоны затылка, по которой выдано заключение: морфологическая картина АГА. Через 4 месяца комбинированной терапии (топические стимуляторы роста, препарат с антиандрогенной активностью, антисеборейное средство) наблюдается положительная динамика.

Клинический случай 2. Пациентка К., 40 лет, женщина, с жалобами на поредение волос в затылочной и височных областях с обеих сторон. Не лечилась. При трихоскопии определяется анизотрихоз, единичные фолликулярные юниты, желтые точки, перифолликулярное воспаление. Гистологическая картина аналогична случаю 1 с заключением: АГА. Комбинированная терапия с использованием топических стимуляторов, препаратов с антиандрогенной активностью, антисеборейное средство, курс PRP-терапии привели через 4 месяца к увеличению плотности волос, уменьшению анизотрихоза.

Дискуссия. Традиционная догма о «неприкасаемости» затылочной области при АГА основана на эмбриональных различиях кожи: теменная область имеет нейроэктодермальное происхождение, затылочная и височная — мезодермальное. RNA-seq показали, что в коже этих зон по-разному экспрессируются гены, определяющие «эпигенетическую память» фолликулов и их чувствительность к андрогенам. При АГА выявлена измененная экспрессия генов, связанных с ремоделированием матрикса (ADAMTS4, способствующий фиброзу) и иммунного ответа (CD300c, FCGR1A), указывающих на субклиническое микровоспаление. Однако у части пациентов в описанных исследованиях «инверсной АГА», фолликулы затылочной и височной областей экспрессируют андрогенные рецепторы. Данные подтверждены биопсией, трихоскопией, а также ответом пациентов на стандартную терапию АГА. Таким образом, при клинической оценке АГА необходим полноценный осмотр волосистой головы с внимательным осмотром не только классических андрогензависимых, но и андрогеннезависимых зон скальпа. Дифференциальная диагностика должна проводиться с диффузной

гнездной алопецией. Ключевое клиническое значение несвоевременной диагностики АГА заключается в том, что забор донорских фолликулов из зоны инверсной АГА при трансплантации волос приведет к их потере на новом месте.

Выводы. АГА с поражением затылочной и/или височной областей является клинически значимым фенотипическим вариантом, требующим повышенной настороженности. Поредение волос в донорских зонах не исключает АГА и требует трихоскопии и биопсии. Трансплантологам необходимо исключать нетипичное распределение АГА перед забором донорского материала, чтобы избежать неудачи трансплантации.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ УХОДА ЗА ВОЛОСАМИ НА ОСНОВЕ ЦИКЛОАСТРАГЕНОЛА И АСТРАГАЛОЗИДА IV У ПАЦИЕНТОВ С ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.

Каюмов С. Ф.[1, 2, 4], Заславский Д. В.[1], Таганов А. В.[2, 3], Манафова Г. А.[1, 4], Козлова Д. В.[1, 2]

1 Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

2 Российская академия естественных наук, г. Москва

3 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить эффективность, безопасность и переносимость комбинированной местной терапии у пациентов с телогеновой алопецией (ТА) с применением комплекса средств для роста и ухода за волосами, содержащего циклоастрагенол и астрагалозид IV.

Задачи. Охарактеризовать динамику трихоскопических и трихометрических показателей на фоне 12-недельного курса комбинированной наружной терапии; проанализировать клинические исходы терапии, оценить уровень удовлетворенности пациентов терапией и профиль переносимости предложенной терапии.

Материал и методы. В наблюдательную программу были включены 46 добровольцев с диагнозом ТА (острая или хроническая форма), подтвержденным по данным анамнеза, клинического осмотра, трихоскопии и фототрихограммы. Критерии невключения: наличие других форм алопеций (кроме сопутствующей андрогенетической), применение наружных стимуляторов роста волос менее чем за 3 месяца до включения в исследование, тяжелые хронические или рецидивирующие заболевания, беременность и лактация, прием оральных контрацептивов и гормонозаместительной терапии. Критерии исключения: развитие серьезных нежелательных явлений и отзыв информированного согласия. Все пациенты получали комбинированную топическую терапию в течение 12 недель. На 2-й и 4-й день недели наносили сыворотку-активатор роста за 2–3 часа до мытья головы с последующим использованием укрепляющего шампуня; на 6-й день применяли шампунь и восстанавливающую маску для волос. До и после окончании курса проводили трихоскопию и фототрихограмму с оценкой плотности волос, анагена, телогена и веллуса, анаген/телогенового соотношения и среднего диаметра волос. РН-метрию кожи головы проводили с помощью аппарата Multi Skin Test Center 750. Уровень удовлетворенности оценивали по опроснику TTSI 10.

Результаты. В исследование включены 46 пациентов (94% женщин и 6% мужчин), средний возраст — 31 год. Острая форма ТА у 28/46 (61%), хроническая — у 18/46 (39%). Большинство обследуемых связывали дебют выпадения волос с психоэмоциональным или физическим стрессом, перенесенными инфекционными заболеваниями (включая COVID19), хирургическими вмешательствами; у малой части пациентов триггерный фактор установить не удалось. Все участники завершили курс терапии без серьезных нежелательных явлений. До начала лечения у всех пациентов фиксировался положительный тест на вытяжение; по окончании курса отрицательный «pull test» отмечен у 42 человек (91,3%). Остановку интенсивного выпадения волос после первого месяца терапии отмечали 22 пациента (47,8%), после 6 недель — 34,5 (75%), к 12-й неделе — подавляющее большинство (95,7%). Усиление роста новых волос отмечали 37 больных (80,4%), увеличение плотности волос — 39 человек (84,8%). По данным фототрихограммы и трихоскопии зарегистрировано статистически значимое увеличение количества волос в фазе анагена и уменьшение доли телогеновых волос, что сопровождалось смещением анаген/телогенового соотношения в сторону анагена. Отмечено увеличение среднего диаметра волос: в группе наблюдения регистрировали увеличение доли волос диаметром

≥50 мкм. Количество веллусных волос достоверно снизилось у большинства пациентов. pH кожи сместился в более кислую сторону и достиг физиологических значений у всех участников исследования. Согласно опроснику TTSI 10, медиана суммарного балла удовлетворенности терапией составила 18,1. Среди опрошенных низкий уровень удовлетворенности терапией не выявлен, средний уровень зарегистрирован у 2 пациентов (4,3%), высокий уровень удовлетворенности терапией отмечен у 95,7% участников. **Выводы.** Комбинированная топическая терапия комплексом средств для роста и ухода за волосами, содержащим циклоастрагенол и астрагалозид IV, продемонстрировала высокую клиническую эффективность у пациентов с острой и хронической телогеновой алопецией. На фоне курса отмечены уменьшение доли телогеновых волос, рост анаген/телогенового соотношения, увеличение среднего диаметра волос и снижение количества веллусных волос, что отражает нормализацию цикла роста волос и улучшение структуры волосяного стержня. Пациенты сообщали об остановке интенсивного выпадения, субъективном усилении роста и увеличении плотности волос, а также высокой степени удовлетворенности терапией при отсутствии серьезных нежелательных явлений, что подтверждает благоприятный профиль безопасности и хорошую переносимость. Полученные данные позволяют рассматривать изучаемый комплекс средств для волос как перспективную стратегию лечения и ухода за волосами при острой и хронической ТА.

РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ТКАНЕВЫХ МЕХАНИЗМАХ МИНИАТЮРИЗАЦИИ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Карасев Е. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный социальный университет», г. Москва

Актуальность. Классическое представление об андрогенной алопеции (АГА) как о чисто гормонозависимом процессе не полностью объясняет феномен мозаичности поражения фолликулов и резистентность к стандартной терапии. В последние годы внимание исследователей привлекает субклиническое (микроскопическое) воспаление, протекающее без классических симптомов (интенсивной эритемы, боли, отека), но выявляемое гистологически и трихоскопически у большинства пациентов. Изучение тонких иммунологических механизмов, посредством которых субклиническое воспаление запускает тканевое ремоделирование и миниатюризацию фолликулов, необходимо для оптимизации терапевтических стратегий. **Цель работы**. Охарактеризовать роль субклинического воспаления в механизмах миниатюризации волосяных фолликулов при АГА.
Задачи работы. Определить точную локализацию и клеточный состав воспалительного инфильтрата в тканях скальпа при АГА. Выявить ключевые молекулярные медиаторы и экзогенные триггеры, индуцирующие субклиническое воспаление. Описать параллельные тканевые механизмы деструкции фолликулов, активируемые иммунными клетками и цитокинами.
Материалы и методы. Проведен глубокий анализ современных профильных исследований (2000–2026 гг.) и результатов биоинформатического анализа транскриптомных данных микрочипов кожи скальпа (GSE36169, GSE90594), депонированных в международной базе NCBI GEO (National Center for Biotechnology Information Gene Expression Omnibus).
Результаты. Субклиническое воспаление при АГА носит персистирующий характер и локализуется преимущественно в верхней трети фолликула — области воронки (infundibulum) и перешейка (isthmus), формируя гистологический паттерн PIILIF (Perifollicular Infundibulo-Isthmic Lymphocytic Infiltrates and Fibrosis — перифолликулярные инфундибуло-истмические лимфоцитарные инфильтраты и фиброз). Экзогенными триггерами процесса выступают дисбиоз микробиома фолликулярного устья (в частности гиперколонизация Cutibacterium acnes и Malassezia spp.), окислительный стресс и ультрафиолетовое излучение. На молекулярном уровне дигидротестостерон (ДГТ) синергично с микробными антигенами индуцирует в клетках дермального сосочка и кератиноцитах выброс провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1-бета (IL-1β), фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α) и интерферона-гамма (IFN-γ). Данный цитокиновый профиль привлекает в перифолликулярное пространство выраженный клеточный иммунный инфильтрат. По данным биоинформационного анализа, в зоне ниши стволовых клеток (bulge) верифицируется статистически значимое обогащение пула гамма-дельта Т-клеток (γδ Т-клеток), активированных CD8+ Т-лим-

фоцитов и тучных клеток. Активированные иммунные клетки и цитокины запускают два параллельных тканевых механизма миниатюризации. Во-первых, они индуцируют избыточную экспрессию матриксных металлопротеиназ-2 и –9 (MMP-2, MMP-9), разрушающих базальную мембрану фолликула. Во-вторых, активируют синтез профибротического фактора роста бета-1 (TGF-β1) и антагониста Wnt-пути — белка DKK1 (Dickkopf-1). В результате нормальное паракринное взаимодействие между дермальным сосочком и эпителиальными стволовыми клетками блокируется.

Выводы. Субклиническое воспаление при АГА формирует стойкий гистологический паттерн PIILIF в верхней трети волосяного фолликула, индуцируемый синергичным действием ДГТ, оксидативного стресса и дисбиоза устья фолликула. Основными клеточными элементами воспалительного инфильтрата в зоне ниши стволовых клеток являются γδ Т-клетки, активированные CD8+ Т-лимфоциты и тучные клетки, секретирующие каскад цитокинов (IL-1β, TNF-α, IFN-γ). Молекулярные медиаторы воспаления блокируют паракринные сигнальные пути (Wnt-путь) через индукцию белков DKK1 и TGF-β1, а также разрушают базальную мембрану фолликула посредством экспрессии MMP-2 и MMP-9, что критически укорачивает фазу анагена и ведет к неуклонной миниатюризации волосяного фолликула. Обоснована необходимость пересмотра терапевтических подходов к АГА: классическая изолированная антиандрогенная терапия должна быть расширена до комплексных протоколов, включающих таргетные противовоспалительные компоненты, средства для коррекции микробиомного дисбиоза фолликулярного устья и антиоксидантную защиту.

СОМАТОТИП КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Леденцова С. С., Ключарева С. В., Кашутин С. Л., Леденцов А. А.
ООО «Клиника Светланы Леденцовой», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуноопосредованное заболевание, клиническое течение которого характеризуется значительной индивидуальной вариабельностью. Современная концепция псориаза предполагает оценку не только выраженности кожного процесса, но и комплекса факторов, потенциально связанных с тяжестью заболевания, особенностями его локализации и коморбидностью. Одним из доступных фенотипических критериев может являться соматотип, отражающий конституциональные особенности организма. Особый интерес представляет возможная взаимосвязь соматотипа не только с общей тяжестью заболевания, но и с вовлечением волосистой части головы — одной из клинически значимых и нередко терапевтически сложных локализаций псориатического процесса.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения псориаза, включая поражение волосистой части головы, и состояние гепатобилиарной системы у пациентов с различными соматотипами.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с псориазом в возрасте от 18 до 50 лет. В исследование не включали пациентов с известными хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, наследственными, системными, онкологическими и инфекционными заболеваниями. Соматотип определяли по методике Heath–Carter с выделением эндоморфного (n=22), мезоморфного (n=37) и эктоморфного (n=23) типов. Тяжесть и распространенность псориаза оценивали с использованием индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index), дополнительно анализировали частоту вовлечения волосистой части головы. Исследовали активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, концентрацию общего и прямого билирубина. Выполняли ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря. При статистическом анализе использовали непараметрические методы; результаты представлены в виде медианы и межквартильного интервала Me (Q25; Q75).

Результаты. Наиболее высокие значения PASI установлены у пациентов с эндоморфным соматотипом: 16,4 (7,0; 18,9) против 8,2 (5,6; 11,6) у мезоморфов (p=0,008) и 6,7 (4,25; 8,05) у эктоморфов (p=0,007). Поражение волосистой части головы у пациентов с эндоморфным соматотипом встречалось на 25% чаще по сравнению с пациентами мезоморфного и эктоморфного соматотипов. Таким образом, эндоморфный соматотип ассоциировался не только с большей общей тяжестью псориатического процесса, но и с более частым вовлечением волосистой

части головы. У эндоморфов также выявлены более высокие показатели АЛТ 39,5 (35,0; 44,7) Ед/л против 20,0 (15,0; 30,0) и 17,0 (14,0; 24,5) Ед/л соответственно; АСТ 41,5 (33,5; 49,5) Ед/л против 25,0 (15,0; 28,5) и 18,5 (15,7; 23,2) Ед/л. Превышение референсного значения АЛТ выявлено у 45,5% эндоморфов, тогда как среди мезоморфов и эктоморфов у 2,7 и 4,3% соответственно. Повышение АСТ зарегистрировано у 59,1; 10,8 и 4,3% пациентов соответственно. Концентрация общего и прямого билирубина также была выше у пациентов эндоморфного соматотипа (p≤0,004). По данным ультразвукового исследования отсутствие изменений печени отмечалось только у 18,2% эндоморфов по сравнению с 67,6% мезоморфов (p=0,0003) и 56,5% эктоморфов (p=0,01). Ультразвуковые признаки гепатоза выявлены у 59,1% пациентов эндоморфного, 32,4% мезоморфного и 39,1% эктоморфного соматотипов. Сочетание дискинезии желчевыводящих путей с некалькулезным холециститом также чаще наблюдалось у эндоморфов — 45,5% против 8,2% мезоморфов (p=0,002) и 17,4% эктоморфов (p=0,05). **Заключение.** У пациентов с псориазом выявлена ассоциация соматотипа с особенностями клинического течения заболевания и состоянием гепатобилиарной системы. Эндоморфный соматотип характеризовался более высокими значениями PASI, более частым поражением волосистой части головы, большей частотой повышения активности трансаминаз и билирубина, а также большей распространенностью ультразвуковых изменений печени и желчного пузыря. Полученные результаты позволяют рассматривать соматотип как дополнительный клинический критерий стратификации пациентов с псориазом. Выявленная большая частота поражения волосистой части головы у эндоморфов представляет отдельный интерес для дерматологической и трихологической практики и требует дальнейшего изучения на расширенной выборке пациентов.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС

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

Коморбидные состояния у пациентов с выпадением волос формируют сложный клинико-патогенетический континуум, который напрямую влияет на течение заболевания и выбор тактики терапии. В наибольшей степени это касается гнездной алопеции как аутоиммунного заболевания с выраженными системными ассоциациями, а также андрогенетической алопеции, при которой все чаще выявляются значимые нутритивные дефициты и эндокринные нарушения (Olsen, 2018; Mubki, 2014). Для гнездной алопеции убедительно показана повышенная частота дефицита витамина D и более низкие уровни 25(OH)D по сравнению с контролем, причем дефицит ассоциирован с большей тяжестью и длительностью заболевания (Aksu Çerman, 2014; Nayak, 2018; Lee, 2025). Современные метаанализы подтверждают, что пациентам с гнездной алопецией и потерей волос по женскому типу (FPHL) статистически чаще свойственен дефицит витамина D, что делает обоснованным рутинный скрининг этой группы больных (Valenzuela, 2024). В то же время все больше данных указывает на значимость дефицита железа и низкого уровня ферритина у пациенток с нерубцовой алопецией, в том числе при андрогенетической и гнездной алопеции; в женских выборках до 70% случаев диффузного выпадения волос могут быть связаны с железодефицитным компонентом (Min, 2023; Khan, 2022). Аутоиммунная коморбидность при гнездной алопеции включает повышенный риск аутоиммунного тиреоидита, витилиго, системных аутоиммунных заболеваний и целиакии. Крупные исследования и обзоры показывают, что у пациентов с гнездной алопецией чаще встречаются нарушения функции щитовидной железы и антитела к тиреоидным антигенам (Scott, 2021; Park, 2016). Пациенты с аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом 1-го типа и другими эндокринными аутоиммунными заболеваниями имеют повышенный риск целиакии, а сама гнездная алопеция рассматривается как часть этого аутоиммунного кластера (Collin, 1999). Это логично расширяет фокус обследования пациентов с алопецией до поиска глютензависимой патологии, в том числе нецелиакийной чувствительности к глютену, которая ассоциируется с хроническим воспалением и нутритивными дефицитами, даже при отсутствии типичных биопсийных изменений слизистой. Андрогенетическая алопеция, особенно у женщин, нередко сочетается с железодефицитом, дефицитом витамина D, синдромом поликистозных яичников, метаболическим синдромом и другими эндокринными нарушениями, что требует обязательной оценки ферритина, 25(OH)D, тиреоидного статуса и метаболического профиля (Min, 2023; Khan,

2022). Таким образом, выпадение волос в современной парадигме рассматривается не только как локальная дерматологическая проблема, но и как клинический маркер системных дефицитов и аутоиммунной патологии. В заявляемом докладе будут рассмотрены основные группы коморбидных состояний у пациентов с гнездной и андрогенетической алопецией — дефицит железа, дефицит витамина D, аутоиммунный тиреоидит, другие аутоиммунные заболевания, а также глютензависимые состояния, включая нецелиакийную чувствительность к глютену, — с опорой на данные современных клинических исследований и систематических обзоров (Aksu Çerman, 2014; Valenzuela, 2024; Scott, 2021; Min, 2023). Отдельно будут представлены результаты ретроспективной оценки распространенности указанных дефицитов и аутоиммунной коморбидности у пациентов с гнездной и андрогенетической алопецией по данным амбулаторного приема автора в СМ-Клиника за 2025 год, с обсуждением их значения для скрининга, маршрутизации и персонализированного ведения пациентов с выпадением волос.

ЭТАПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БАРИЦИТИНИБА И ПРЕДНИЗОЛОНА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЛОС ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

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

Введение. Гнездная алопеция (ГА) — аутоиммунное поражение волосяных фолликулов. В патогенезе участвуют активация аутоиммунных CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов и естественных киллеров. Исследования волосяных фолликулов показывают, что рост клеток регулируется сигнальными путями, сопряженными с JAK-киназами. Они фосфорилируют STAT (Signal Transducer and Activator of Transcription), что регулирует экспрессию ряда генов, включая провоспалительные цитокины. Аномальная активация ряда сигнальных путей приводит к выраженному воспалению, апоптозу клеток и потере волос. Одним из подходов к лечению ГА является применение блокаторов сигнальных путей JAK-STAT. Высокоселективный ингибитор JAK1/JAK2 барицитиниб применяется для лечения тяжелых форм ГА. При использовании комбинированной схемы (барицитиниб + преднизолон) барицитиниб блокирует активность JAK1 и JAK2, прерывая сигнальный путь JAK-STAT, а преднизолон снижает число циркулирующих Т-лимфоцитов, тормозит их созревание в лимфоузлах и препятствует их миграции в кожу головы к волосяным луковицам.
Целью исследования явилось определение эффективности комплексной терапии гнездной алопеции на основе барицитиниба и преднизолона.
Материал и методы. Исследование проведено на 6 пациентах — 4 мужчины и 2 женщины, в возрасте 32–45 лет, с субтотальной формой ГА. Площадь поражения волос составляла SALT 50–70, что характеризовало тяжелую степень ГА. У 2 пациентов отмечалось выпадение бровей и ресниц. Перед началом терапии, а также через 4 недели, 12 недель и в конце курса, пациенты проходили скрининг на инфекции: туберкулез; гепатиты B и C; ВИЧ; и иные острые инфекции. Были проведены базовые лабораторные анализы ОАМ, ОАК, Б/Х крови на печеночные ферменты и билирубин. Определялись креатинин/СКФ и мочевина, липидный профиль. Пациенты получали комбинацию барицитиниба 4 мг и преднизолона 20 мг один раз в сутки утром, с отменой преднизолона через 12 недель. Наблюдение продолжалось 180 дней, в течение которых оценивались рост новых волос и изменение площади алопеции (SALT). По истечении срока наблюдения всем пациентам была рекомендована поддерживающая терапия в дозировке 2 мг барицитиниба в сутки или 4 мг барицитиниба через день в сочетании с периодическим нанесением топических кортикостероидов на зоны алопеции длительно.
Результаты. Комбинация барицитиниба и преднизолона привела к прекращению выпадения волос на 8-й неделе у всех пациентов. Через 12 недель у всех пациентов отмечался рост пушковых волос. На этом этапе преднизолон был отменен. Через 16 недель SALT составил ≤20 у 5 пациентов, у одного пациента SALT — 30. К 25-й неделе (180 дней) все пациенты достигли SALT ≤20. Применение барицитиниба также сопровождалось восстановлением роста бровей и ресниц. Осложнения: в течение всего периода наблюдения коррекции проводимой терапии не требовалось.
Выводы. Комбинация барицитиниба и преднизолона в течение 6 месяцев оказалась эффективной для

восстановления волос при тяжелой форме ГА. Приведенные данные относятся к небольшому, предварительному исследованию; необходимы дальнейшие исследования на большем числе пациентов и с более длительным наблюдением.

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ CO2 ФРАКЦИОННОГО АБЛЯТИВНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Каюмов С. Ф.[1, 2, 4], Заславский Д. В.[1], Таганов А. В.[2, 3], Манафова Г. А.[1, 4], Козлова Д. В.[1, 2]

1 Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

2 Российская академия естественных наук, г. Москва

3 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Санкт-Петербург

Гнездная алопеция является одной из частых причин потери волос как у взрослых, так и у детей. При выборе метода лечения врач руководствуется тяжестью течения заболевания, наличием сопутствующих патологий, возрастом пациента, а также стоимостью лечения. У 20% пациентов первые очаги облысения появляются в детском возрасте. Триггерными факторами у детей могут являться стрессы, вакцинация, вирусные заболевания, инфекционные заболевания, антибиотикотерапия. Ранее начало заболевания, его длительность, площадь поражения, наличие сопутствующей атопии отягощают прогноз. Актуальность проблемы связана не только с ростом заболеваемости, но и с наличием серьезных проблем социального и психологического характера.

Цель: показать эффективность и безопасность комбинации CO2 фракционного аблятивного лазера и триамцинолона ацетонида в лечении гнездной алопеции на примере клинического случая ребенка 9 лет.

Материалы и методы. Анализ клинического случая гнездной алопеции у ребенка, с использованием комбинированного лечения с CO2 фракционным аблятивным лазером и триамцинолона ацетонидом, проходившего лечение в клинике трихологии.

Результаты. Клинический случай. В клинику трихологии обратилось мама ребенка с жалобами на очаговое выпадение и отсутствие роста волос в затылочной зоне у 9-летнего сына. Со слов матери известно, что симптомы сохраняются с конца октября 2022 года. Ранее обращались к дерматологу по месту жительства. Рекомендовано применение топических глюкокортикостероидов — без эффекта. В дальнейшем отмечалось увеличение очага в диаметре. По рекомендации врача-дерматолога получал препараты цинка, местно 2% раствор миноксидила, физиотерапевтическое лечение (дарсонвализация), витамин Д в дозировке 2000 Ед, витамины А и Е, препараты с магнием В6 без эффекта. Известно, что у пациента есть коморбидность в виде атопического дерматита с раннего возраста, что является отягощающим фактором в лечении основного заболевания. При первичном осмотре в клинике трихологии отмечали очаг округлой формы диаметром 8 см в области затылка, пулл-тест — 1 волос. При трихоскопии отмечаются признаки активности процесса: черные точки, желтые точки и слабый рост веллусных волос. Ввиду отсутствия эффекта от наружной терапии с использованием мази с 0,05%-ным клобетазола пропионата и ввиду отказа законного представителя пациента от внутриочаговых инъекций ГКС, в связи с возможными болевыми ощущениями и страхом перед возможностью появления побочных реакций в виде атрофии гиподермы, пациент был представлен врачебной комиссии, где было предложено комбинированное лечение с использованием CO2 фракционного аблятивного лазера Eraser и триамцинолона ацетонида наружно в концентрации 5 мг/мл. Были выбраны следующие параметры лазеротерапии: длительность импульса 0,4 мс, плотность импульса 0,9 мм, частота повторения пульса 2 с один раз в четыре недели, всего шесть процедур. Сразу же после процедуры фракционного лазерного воздействия наружно наносили раствор триамцинолона ацетонида в концентрации 5 мг/мл. Всего было проведено 6 процедур, кратностью 1 раз в 4 недели. Для объективной оценки результатов терапии применяли фотофиксацию очага поражения до и после окончания лечения. Через месяц после начала терапии в области затылка отмечался диффузный рост веллусных и терминальных волос. Через шесть месяцев было отмечено восстановление терминальных волос по всему периметру очагов без признаков активности процесса гнездной алопеции. На протяжении курса терапии отмечались незначительные побочные эффекты: гиперемия в области проведения процедуры, которая исчезала на следующий день. По прошествии 12 месяцев рецидивов заболевания у пациента не отмечалось.

Выводы. Данный клинический случай показывает эффективность комбинированного лечения с использованием CO2 фракционного аблятивного лазера и триамцинолона ацетонида. В ходе лечения достигнуто полное восстановление волос в области затылка. Преимуществом данного метода является отсутствие системных побочных эффектов и хорошая переносимость в детском возрасте. Использование CO2 фракционного аблятивного лазера может стать альтернативой при неэффективности традиционной терапии для детей с очаговыми формами гнездной алопеции, имеющих рефрактерность к наружной терапии ГКС и противопоказания к системной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ JAK-ИНГИБИТОРАМИ ПРИ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ФОРМЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

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

Цель исследования: разбор клинической практики применения тофацитиниба в лечении универсальной формы гнездной алопеции у пациента-подростка.
Материал и методы. Исследование проведено на базе АПО КГБУЗ ККККВД № 1 с апреля 2025 года по июнь 2026 г. Для оценки динамики терапии использовались шкалы SALT, с целью определения тяжести заболевания и шкала DLQI, позволяющий определить уровень стресса в жизни у пациента.
Результаты. Пациент мужского пола, 14 лет. Дебют гнездной алопеции пришелся на 2016 год со спонтанным зарастанием единственного очага. Манифестация текущего эпизода — октябрь 2024 года. В январе 2025 г. верифицирован диагноз «Гнездная алопеция, многоочаговая форма, активная стадия». Назначена наружная терапия топическими глюкокортикостероидами (тГКС). В связи с отрицательной динамикой с марта по апрель 2025 г. проведен курс системной терапии преднизолоном (40 мг/сутки, 6 недель), обеспечивший временную стабилизацию и терминальный рост волос. После отмены препарата отмечено резкое обострение процесса. Три курса внутриочагового введения триамцинолона (с интервалом в 4 недели) и курс средневолновой фототерапии (СФТ) в мае 2025 г. оказались клинически неэффективными. С июня 2025 г. инициирована иммуносупрессивная терапия метотрексатом (старт с 10 мг/нед подкожно, с повышением до 17,5 мг/нед). Несмотря на лечение, сохраняется активность дерматоза с вовлечением экстракапиллярных зон (кожа верхних и нижних конечностей). Обоснование смены тактики: ввиду устойчивости гнездной алопеции к стандартным методам лечения (топические и системные ГКС, внутрикожные инъекции, СФТ, метотрексат), непрерывного появления свежих очагов и выраженного психоэмоционального дистресса пациента по решению врачебной комиссии инициировано назначение таргетной терапии ингибитором янус-киназ тофацитинибом.
К концу третьего месяца терапии зафиксирован полноценный рост волос в зоне поражения. По шкале оценки тяжести алопеции SALT индекс составил 0 баллов, что соответствует полному восстановлению волосяного покрова. Оценка по дерматологическому индексу качества жизни (DLQI) продемонстрировала полную нормализацию психоэмоционального статуса пациента — итоговый балл снизился до 0. На протяжении последующего года наблюдения рецидивов заболевания и жалоб на выпадение волос не зарегистрировано.
Выводы. Предварительные данные свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале ингибиторов янус-киназ в педиатрической практике при лечении ГА. Тем не менее для окончательного определения профиля безопасности и доказательной базы эффективности данного класса препаратов необходимы дальнейшие многоцентровые рандомизированные контролируемые исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Щукина В. В., Волнухин В. А., Кочетков М. А., Громова Н. С.
АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ ИНДЕКСОВ АКТИВНОСТИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ MLOSSI И MAM С ОБЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ВРАЧОМ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ PGADA И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 1

Чернова Н. И., Чернова Т. А., Задорожная И. С., Доля О. В., Китаева Н. В., Анохина Л. С.
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕНЩИН С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ 1

Заславский Д. В., Таганов А. В., Каюмов С. Ф., Манафова Г. А., Козлова Д. В.
АНТИВОЗРАСТНОЙ ПОТЕНЦИАЛ МОЛЕКУЛЫ ЦИКЛОАСТРАГЕНОЛА: ОБЪЕКТИВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ 2

Волкова С. Б., Елина В. С.
АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 3

Кибалина И. В., Цыбиков Н. Н.
АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 5

Жукова О.В., Новожилова О.Л., Акулинкин В.С., Артемьева С.И.
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДЕРМАТОЛОГИИ 6

Михеева Э. С., Радионова Е. Е., Денисова Е. В., Жукова О. В., Корсунская И. М.
ВОЛЧАНОЧНЫЙ ПАННИКУЛИТ КАК РЕДКАЯ ФОРМА КОЖНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 7

Ротанов С. В., Мишуткина Я. В., Мамедова Э. А., Бахилина Н. В.
ВЫПУСК СТАНДАРТИЗОВАННОГО КОМПЛЕМЕНТА НА ОСНОВЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРОЛЬЧАТ 8

Супрун С. В., Макеева М. И.
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМОРБИДНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 9

Ломакина Е. А., Зарубина Е. В., Смирнова Ю. С.
ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 10

Ягунова Ю. М., Шульгина И. Г., Бешуле В. А.
ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ СИНДРОМА БЛОХА–СУЛЬЦБЕРГЕРА 10

Беликов А. Н., Савкина С. Д.
ДЕРМАТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. РЕДКИЕ И УНИКАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ. 12

Шнайдер Д. А., Горбенко А. В.
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 13

Алхаджаджра А. Ю. А., Вашкевич А. А., Разнатовский К. И., Резцова П. А.
ИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДДЕРЖКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНЫХ ДЕРМАТОЗАХ: РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО КОНТЕКСТА 14

Зыбкин Р.Д., Молочков А.В., Мошнин М.В., Воронков В.Н., Куй-Беда О.В., Иванова А.С.
ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРМОГРАФИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕР ОТВЕТА НА ПУВА-ТЕРАПИЮ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА 15

Волчек И. А., Перевалова Е. Г., Масюкова С. А.
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЦЕЛАСТРОЛА НА СИНТЕЗ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 В КУЛЬТУРЕ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 16

Масюкова С. А., Перевалова Е. Г., Волчек И. А.
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ VEGF-A ПРИ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ РОЗАЦЕА 16

Сейсенбина А. С., Толыбекова А. А.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ 17

Нагибина Е. В.
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТО-АССОЦИИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ: МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, АНГИОГЕНЕЗА И СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ 18

Симакова Н. А., Винник Ю. Ю.
КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА 19

Костецкая А. В., Жукова О. В., Бородулина К. С.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ UVB-311 НМ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИХЕНОИДНОГО ПИТИРИАЗА 20

Волкова С. Б., Магомедова А. А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ У ДЕТЕЙ 21

Глоба Е. И., Варзиева А. В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЛИЦА 22

Марченко А. П.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ И ХАЛЯЗИОНА НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ 23

Гималиева Г. Г., Кольцова И. В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕРАПИИ АКНЕ У ПАЦИЕНТКИ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 24

Абраменко А. Д., Поршина О. В., Бохонович Д. В., Горелова Е. А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПЕРФОРИРУЮЩЕЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЕ НА ФОНЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ 25

Астахова О. Н., Опарин Р. Б., Добржинская Н. А., Поршина О. В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ — ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ 26

Васильченко П. С.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ МУТАЦИЙ ГЕНА ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 27

Левончук Е. А., Крумкачев В. В., Шикалов Р. Ю., Милькото Н. А., Шилова А. А.
КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ АМИЛОИДОЗА КОЖИ 29

Федорова А. О., Корнишева В. Г., Суханова Ю. А., Шурпицкая О. А.
КОЛОНИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДРОЖЖЕВЫМИ ГРИБАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 30

Уткин П. С., Касихина Е. И., Солнцев В. В., Сольнова В. Е.
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 30

Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В., Корсунская И. М., Касихина Е. И.
ЛОКАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ГЕНИТАЛИЙ 31

Севостьянова С. С., Олисова О. Ю., Кукес И. В.
МЕТАБОЛОМНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМИ АКНЕ 32

Мироненко Н. И., Жуманова Е. Н., Колгаева Д. И.
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВУЛЬВЫ ПРИ СКЛЕРОТИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ 33

Безуглый А. П., Седова Т. Г., Белков П. А., Безуглый Н. А.
НЕИНВАЗИВНАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ — КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ 75 МГЦ И ГИСТОПАТОЛОГИЕЙ 34

Шеров В. В., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.
НЕЙРОФИБРОМАТОЗ 1 ТИПА И ЮВЕНИЛЬНЫЕ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ У МАЛЬЧИКА 1 ГОДА 4 МЕСЯЦЕВ 35

Провизион Л. Н., Провизион А. Н.
О РЕДКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАХИДЕРМОГЛИФИИ 37

Жукова О. В., Заторская Н. Ф., Терещенко Г. П., Корнят М. С., Филиппова Е. А., Журавлев А. В.
ОПТИМИЗАЦИЯ РАСЧЕТА КУМУЛЯТИВНОЙ ДОЗЫ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ АКНЕ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦИФРОВОГО ПРИЛОЖЕНИЯ 37

Поршина О. В., Рахматуллин Р. Э., Лукьянов М. В., Косталевская А. В., Борисик М. А., Алтыева А. А., Акулинкин В. С., Потекаев Н. Н.
ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ КЛИЕНТСКОМУ СЕРВИСУ АДМИНИСТРАТОРОВ ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ» 38

Русина Е. Н., Шатилов А. В.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ 39

Беленкова А. А., Волкова С. Б.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПАЛЕНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМИ КЕРАТОДЕРМИЯМИ 40

Иванова М. А., Пенкина Н. И., Ермолаева Н. Н., Гоголева Е. В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 41

Провизион А. Н., Грабарь А. О.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 42

Касихина Е. И., Малышенко К. А., Нада Ахмед Яссер Ахмед Елсаед
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ МАСТОЦИТОЗОМ 43

Душина К. Ю., Зайнуллина О. Н.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 44

Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А., Захарова А. В., Заварина И. В.
ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА 45

Ключникова Д. Е., Ляпон А. О., Тункель В. А.
ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНОГО ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 46

Осташева С. В.
ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТМЕНА СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА: РЕЦИДИВ ТЯЖЕЛОГО АКНЕ У ПАЦИЕНТА С ВЫСОКОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ 47

Петровская Н. В., Нагорная А. Н., Шульгина И. Г.
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ «ГЕЛИО» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И РОЗАЦЕА 48

Бутарева М. М., Кобяцкая Е. Е., Мецгер А. В., Исраелян З. Э., Петрова С. Ю., Альбанова В. И., Ноздрин К. В.
ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ С МОЧЕВИНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КСЕРОЗА КОЖИ 49

Чернявский И. И.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АКНЕ В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ 49

Гущин А. Е., Полевщикова С. А., Попкова Е. Г., Потекаев Н. Н.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ TRICHOPHYTON INDOTINEAE И СПЕКТР МУТАЦИЙ УСТОЙЧИВОСТИ К АЛЛИЛАМИНАМ (ТЕРБИНАФИНУ) В Г. МОСКВЕ В 2024–2025 ГГ. ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА АРХИВНЫХ ОБРАЗЦОВ. 50

Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Трофимова М. С., Захарова А. В.
РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ТРЕХ КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. 51

Острецова М. Н., Касихина Е. И., Полевщикова С. А., Жукова О. В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ВЫЗВАННОГО MICROSPORUM CANIS, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАМПЫ ВУДА 53

Тлиш М. М., Шавилова М. Е., Кузнецова Т. Г., Наатыж Ж. Ю., Петрова С. Ю., Ноздрин К. В.
РЕТИНОЛА ПАЛЬМИТАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ 54

Касихина Е. И., Ибрагимхалилова Э. Д., Солнцев В. В., Юнда И. В.
РОЛЬ ГРИБОВ CANDIDA SPP. В РАЗВИТИИ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ В ИНТЕРТРИГИНОЗНЫХ ОБЛАСТЯХ У ДЕТЕЙ 54

Богдан П. И., Потекаев Н. Н., Поршина О. В., Березовская Е. М.
РОЛЬ МИКРОБИОТЫ В ФОРМИРОВАНИИ ИНДЕКСА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА 55

Голованова Т. В., Германова О. А., Прохоренко И. О.
СКРЫТЫЕ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ УГРОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ: ПОЧЕМУ РУТИННЫЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ОЦЕНКУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА 56

Кечин А. А., Михеева Р. Е., Заварина И. В., Оськина Н. А., Потекаев Н. Н., Доля О. В.
СЛОЖНОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ВАРИАНТОВ В ГЕНЕ FLG 57

Корнюшенко В. О., Молочков А. В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА МОМЕНТ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕМИССИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 58

Бородулина К. С., Игнатова Е. В.
СРЕДНЕВОЛНОВАЯ УЗКОПОЛОСНАЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВАЯ ФОТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПСОРИАЗА: АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 59

Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Боткина А. С., Зубова А. А., Кукало С. В., Лазутина Е. В., Миннигареева Р. Р.
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИСТИОЦИТОЗА ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА (ГКЛ) 60

Касихина Е. И., Сороченко Е. В., Уткин П. С., Бен Саид Рамзи, Эль Арби Фирас, Жукова О. В.
ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕДКИХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ 62

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

Поляков И. А., Неретин Е. Ю., Титов К. С., Якушева Т. А.
РТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕРМАТОСКОПИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 63

Поляков И. А., Неретин Е. Ю., Титов К. С., Якушева Т. А.
ВОЗМОЖНОСТИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ СТАДИРОВАНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 64

Каирова А. Н., Авакова А. Р., Каданина К. К.
КАРЦИНОМА МЕРКЕЛЯ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОЙ ВЫСОКОАГРЕССИВНОЙ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ КОЖИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 65

Волкова С. Б., Мурышкина А. А.
«МАСКИ» БОЛЕЗНИ БОУЭНА — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ **66**

Прокопьев Д. С., Матушевская Ю. И., Авербух Е. А.
МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ: ОТ РАЗРОЗНЕННЫХ МАРШРУТОВ К ЕДИНОМУ ЦИФРОВОМУ КОНТУРУ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ **67**

Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Гребенникова Е. К., Шалагинова А. В., Маркович К. И.
ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕЛАНОМЫ IN SITU **68**

Чернова Н. И., Задорожная И. С., Маркосян Т. Г., Щукина В. В., Годзенко Т. А.
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ АССОЦИАЦИИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИМИ НА СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ **69**

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е.
ВЕЛИЧИНА БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ T. GONORRHOEAE+C. TRACHOMATIS (NG+CT) **71**

Прожерин С. В.
ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СОСТАВ И СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СИФИЛИСА У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ **72**

Марданлы С. Г., Ротанов С. В., Бахилина Н. В., Мишуткина Я. В.
ИСПЫТАНИЕ НОВОГО МОДИФИЦИРОВАННОГО КАРДИОЛИПИНОВОГО РЕАГЕНТА В РЕАКЦИИ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА **73**

Хайминов Е. М., Радионов В. Г., Лохматова И. А.
КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ **74**

Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Кошелев Ю. А., Кудрявцева Л. Е., Лубсанов А. В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИФИЛИС И СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА **75**

Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Артамонов К. В., Лысогорская И. В., Гивировский С. Е., Тимофеева Н. А.
ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДЪЮВАНТНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ **76**

Заславский Д. В., Садыков А. И., Камышанова Е. А., Таганов А. В., Козлова Д. В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЖОЗАМИЦИНА 1000 МГ В КОМБИНАЦИИ С РНК ДВУСПИРАЛЬНОЙ НАТРИЕВОЙ СОЛИ (ЛИОФИЛИЗАТ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ **77**

Радионов В. Г., Хайминов Е. М.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЗДНИХ ФОРМ СИФИЛИСА **78**

Петунова Я. Г., Разнатовский К. И., Пирятинская А. Б.
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ 79

Рыбкин С. С., Потекаев Н. Н., Доля О. В., Солнцев В. В., Юнда И. В.
ПОЛИОРГАННОЕ И МУЛЬТИСИСТЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С ТРЕТИЧНЫМ СИФИЛИСОМ 81

Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.
РОЛЬ ИММУНОБЛОТА И РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИСКОРДАНТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ 81

Волкова С. Б., Квижинадзе Г. Н., Немировская И. Ю.
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 82

Негашева Е. С., Фриго Н. В., Китаева Н. В., Марданлы С. Г., Дмитриев Г. А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ 83

Макарова Е. В., Соловьев А. М., Перламутров Ю. Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИППП У МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, И ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫХ МУЖЧИН: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ 84

Королькова Т. Н., Шепилова И. А., Довбешко Т. Г.
ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКОГО ЛИЗАТА НА ПАРАМЕТРЫ КОРНЕО- И МЕКСАМЕТРИИ 86

КОСМЕТОЛОГИЯ

Безуглый А. П., Белков П. А., Безуглый Н. А.
ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ 86

Дианова Е. А., Альжанов М. С., Сережникова Н. Б., Прилучная А. И., Игрункова А. В.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ДЕРМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИБРИДНОГО КОМПЛЕКСА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ HYON MAX SOFT LINE (МАТРИЧНЫЙ БИОБУСТЕР) 87

Проценко Т. В., Перцева Е. В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПИЛИНГА С 15% САЛИЦИЛОВОЙ И 15% МИНДАЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ 88

Проценко Т. В., Перцева Е. В., Забаровская В. Е.
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСМЕТИКОВ-ЭСТЕТИСТОВ 89

Дольникова О. А., Петрова С. Ю, Ноздрин К. В, Зиганшин О. Р., Альбанова В. И.
УМЕНЬШЕНИЕ ГЛУБИНЫ МОРЩИН У СТАРЕЮЩИХ ЖЕНЩИН ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТОПИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С РЕТИНОЛА ПАЛЬМИТАТОМ 89

Раджабова М. М., Немцова М. Ю.
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ИНЪЕКЦИОННЫЕ НИТЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИ: ПРИНЦИПЫ СОЧЕТАННОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ 90

Раджабова М. М.
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РОЗАЦЕА: ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ РЕАКЦИЕЙ 91

Голдобина М. В., Разнатовский К. И.
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ АТРОФИИ КОЖИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН 92

ТРИХОЛОГИЯ

Романова Ю. Ю., Гаджигороева А. Г.
БОЛЬ, ЖЖЕНИЕ И ЗУД КОЖИ ГОЛОВЫ ПРИ НЕРУБЦОВЫХ И РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЯХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АССОЦИАЦИЯ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ 93

Васильченко П. С.
ГЕНОТИП-ФЕНОТИПНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ТАРГЕТНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 94

Гусева О. В., Николаева Т. В., Полякова В. С.
ИНДЕКС ДИСТРОФИИ ХИМИЧЕСКИ ПОВРЕЖДЕННЫХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ ТОПИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ МИЛИАЦИНА 94

Бобко С. И.
К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ 95

Гаджигороева А. Г., Терещенко Г. П., Филиппова Е. А., Толстогузова Э. В., Новожилова О. Л.
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПО ИММУНОЛОГИЧЕСКОМУ ВАРИАНТУ КОМОРБИДНОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 96

Козьякова А. С.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ В НЕТИПИЧНОМ РАСПРЕДЕЛЕНИИ 97

Каюмов С. Ф., Заславский Д. В., Таганов А. В., Манафова Г. А.4, Козлова Д. В.2
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ УХОДА ЗА ВОЛОСАМИ НА ОСНОВЕ ЦИКЛОАСТРАГЕНОЛА И АСТРАГАЛОЗИДА IV У ПАЦИЕНТОВ С ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ. 98

Карасев Е. А.
РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ТКАНЕВЫХ МЕХАНИЗМАХ МИНИАТЮРИЗАЦИИ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ. 99

Леденцова С. С., Ключарева С. В., Кашутин С. Л., Леденцов А. А.
СОМАТОТИП КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ 100

Эллинский Д. О., Эллинская К. А.
СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС 101

Кандалова О. В., Ключникова Д. Е.
ЭТАПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БАРИЦИТИНИБА И ПРЕДНИЗОЛОНА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЛОС ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 102

Каюмов С. Ф., Заславский Д. В., Таганов А. В., Манафова Г. А.4, Козлова Д. В.
ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ CO2 ФРАКЦИОННОГО АБЛЯТИВНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 103

Ямских А. А., Винник Ю. Ю.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ JAK-ИНГИБИТОРАМИ ПРИ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ФОРМЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 104

ТЕЗИСЫ

16 Всероссийский Форум Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов

14–15 октября 2026 года

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

Сдан в набор 01.10.2026. Подписано в печать 01.10.2026.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная.

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