

12

Всероссийский Форум
Национального Альянса
дерматовенерологов и косметологов

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
И КОСМЕТОЛОГИЯ:
СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

ПРОГРАММА
КАТАЛОГ
ВЫСТАВКИ

ТЕЗИСЫ

17–18 октября 2022

Москва, Новый Арбат, 36
Здание Правительства Москвы

СОДЕРЖАНИЕ

Обращения к участникам.....	1
Оргкомитет.....	3
Программа	7
Каталог выставки	19
Сборник тезисов.....	31
Содержание сборника тезисов	76

ОРГАНИЗАТОРЫ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Союз «Национальный альянс
дерматовенерологов и косметологов»



Департамент
здравоохранения
города Москвы

Департамент здравоохранения Москвы



МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И КОСМЕТОЛОГИИ

Московский научно-практический Центр
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ



Российский университет
дружбы народов



РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России



СРО НАКЭМ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
КЛИНИК ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Национальная ассоциация
клиник эстетической медицины



Гильдия специалистов
по инфекциям передаваемым
половым путем «ЮСТИ РУ»



НП «Российский
Герпес-Форум»



Профессиональное
общество трихологов



Ассоциация онкологов России



Российская Ассоциация
Аллергологов и Клинических
Иммунологов



Московское
Общество уролога



Национальная
вирусологическая ассоциация



Общероссийская общественная
организация «Ассоциация
ревматологов России»



Уважаемые коллеги, друзья!

От имени Департамента здравоохранения города Москвы приветствую Вас на 12 Всероссийском Форуме Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики».

На протяжении многих лет Ваше мероприятие остается одним из наиболее значимых научных событий, высоко оцениваемых специалистами, работающими в сфере дерматовенерологии и смежных специальностей.

На 12 Всероссийском Форуме встретятся ведущие российские ученые, талантливые педагоги, представители органов власти и организаторы здравоохранения, что делает предстоящее событие авторитетной площадкой для конструктивного многостороннего диалога.

В повестке дня широкий спектр вопросов: будут рассмотрены актуальные организационные аспекты дерматовенерологической службы, эстетической медицины, представлены результаты внедрения современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику, данные о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

Убежден, что проводимый Форум с масштабной деловой программой позволит глубже изучить актуальные вопросы отрасли и внести значимый вклад в их решение, обменяться опытом, послужит укреплению межрегионального сотрудничества, внедрению в московское здравоохранение современных достижений медицинской науки.

Желаю вам плодотворной работы, успехов и всего наилучшего!

Министр Правительства Москвы,
Руководитель Департамента
Здравоохранения города Москвы

А.И. Хрипун



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Сердечно рад приветствовать вас на 12 Всероссийском Форуме Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов!

Традиционный осенний форум НАДК «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» представит нам данные о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, расскажет о результатах внедрения современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику. Отдельное место в повестке дня займет конференция, представляющая обширную и актуальную программу для врачей, специализирующихся в области косметологии и эстетической медицины: мы собрали на одной площадке самых востребованных специалистов в этой сфере. Безусловно, мы услышим наших коллег, специалистов смежных специальностей: аллергологов, ревматологов, онкологов, иммунологов – Форум является уникальной возможностью обмена профессиональной информацией и опытом между врачами разных специальностей, связанных с дерматовенерологией и косметологией. К участию приглашены известные ученые, профессора, руководители и врачи практического здравоохранения.

В рамках Форума состоится Заседание профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальностям «дерматовенерология» и «косметология».

Искренне надеюсь, что в рамках Форума все мы получим возможность обсудить проблемы как внутри специальности, так и вопросы междисциплинарного взаимодействия, включая совершенствование подготовки специалистов.

Желаю всем участникам 12 Всероссийского Форума НАДК плодотворной и интересной работы!

Председатель оргкомитета,
президент Национального альянса
дерматовенерологов и косметологов,
профессор

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a large, flowing 'P' followed by several loops and a final horizontal stroke.

Н.Н. Потekaев



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Хрипун Алексей Иванович

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Потекаев Николай Николаевич

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения России и Департамента здравоохранения города Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», доктор медицинских наук, профессор

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Владимирова Елена Владимировна

Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, к.м.н., доцент.

Гомберг Михаил Александрович

Президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ». Главный научный сотрудник Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Гузенко Ирина Борисовна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Ивановской области. Заместитель главного врача ОБУЗ «Ивановский ОКВД».

Гусева Мария Владимировна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Владимирской области. Главный врач БУЗ Владимирской области «ОКВД».

Доля Ольга Валентиновна

Заместитель директора по научной работе Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, профессор кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института РУДН, д.м.н., к.ф.н.

Дорошева Светлана Владимировна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Управления здравоохранения Липецкой области. Заместитель главного врача по медицинской части ГУЗ «ОКВД».

Дубенский Владислав Валерьевич

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Тверской области. Заместитель главного врача по медицинской части БУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.А. Аваева», профессор кафедры дерматове-

нерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, к.м.н.

Жукова Ольга Валентиновна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России в ЦФО, главный врач Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института РУДН, исполнительный директор Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», д.м.н., профессор.

Земсков Михаил Андреевич

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Воронежской области. Главный врач БУЗ Воронежской области «Воронежский ОКВД».

Зудилова Светлана Львовна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения и фармации по Ярославской области. Главный врач БУЗ Ярославской области «Областной кожно-венерологический диспансер».

Королькова Татьяна Николаевна

Главный внештатный специалист по вопросам косметологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, заведующая кафедрой косметологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, председатель Научно-практического общества врачей-косметологов Санкт-Петербурга, вице-президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», д.м.н., профессор.

Короткий Николай Гаврилович

Профессор кафедры дерматовенерологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Вице-президент Союза «Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов», д.м.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ.

Костюк Сергей Иванович

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Орловской области. Главный врач БУЗ Орловской области «Орловский ОКВД».

Кунгуров Николай Васильевич

Директор БУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, член – корреспондент РАЕ.

Лукашов Михаил Иванович

Главный врач БУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области, Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Комитета здравоохранения Курской области, к.м.н., заслуженный работник здравоохранения РФ.

Махнева Наталья Викторовна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Москов-

ской области. Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер», д.м.н.

Механич Андрей Владимирович

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Костромской области. Главный врач ОГБУЗ «Костромской центр специализированных видов медицинской помощи».

Молочков Антон Владимирович

Заведующий кафедрой дерматовенерологии и дерматонкологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, заведующий кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ФНМО Медицинского института РУДН, д.м.н., профессор.

Новожилова Ольга Леонидовна

Заместитель главного врача по организационно-методической работе Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

Перламутров Юрий Николаевич

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.

Петренко Екатерина Валерьевна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Калужской области. Заведующая детским кожным отделением ГБУЗ Калужской области «Калужский ОККВД», к.м.н.

Разнатовский Константин Игоревич

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного Федерального округа и Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, д.м.н., профессор.

Руднева Наталья Сергеевна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Тульской области. Главный врач ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер». к.м.н.

Русакова Людмила Леонидовна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Брянской области. Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Брянский областной кожно-венерологический диспансер».

Свечникова Елена Владимировна

Заведующая отделением дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника N1» УД Президента РФ, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, действительный член РАЕН.

Сергеев Алексей Юрьевич

Ведущий специалист-миколог ООО «Институт аллергологии и клинической иммунологии», профессор кафедры клинической аллергологии и иммунологии ФГАУ ВО Первый

МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕН.

Сонин Дмитрий Борисович

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Рязанской области, Заместитель главного врача по медицинской части ГБУ Рязанской области «ОККВД», к.м.н.

Титов Константин Сергеевич

Профессор кафедры онкологии и рентгенодиагностики им. В.П. Харченко Медицинского института РУДН, ведущий научный сотрудник по онкологии ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, президент АНО «Национальный Альянс специалистов по опухолям наружных локализаций», д.м.н.

Шабалин Алексей Романович

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Белгородской области. Главный врач ОГБУЗ «КВД» (Белгородская область), д.м.н., профессор.

Шустова Вера Николаевна

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Управления здравоохранения Тамбовской области. Главный врач ГБУЗ «Тамбовский ОКВД».

ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

Волнухин Владимир Анатольевич

Главный научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Гаджигорова Аида Гусейхановна

Руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, президент Ассоциации «Профессиональное общество трихологов», главный врач клиники «Институт красивых волос», д.м.н.

Гущин Александр Евгеньевич

Ведущий научный сотрудник отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, к.б.н.

Иванова Маиса Афанасьевна

Заведующая отделом нормирования труда и анализа кадрового обеспечения в здравоохранении ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Главный научный сотрудник отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Карпова Елена Ивановна

Профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н., доцент.

Кисина Вера Ивановна

Главный научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практи-



ческого Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Поршина Оксана Владимировна

Заместитель главного врача по клинко-экспертной работе Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, врач-дерматовенеролог высшей категории, к.м.н., доцент.

Рассохина Ольга Игоревна

Руководитель учебного отдела Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н. И. Пирогова, к.м.н.

Сапожникова Наталья Александровна

Заведующая централизованной клинко-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

Томилин Андрей Андреевич

Заведующий организационно-методическим отделом по дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, к.м.н.

Фриго Наталья Владиславовна

Руководитель отдела научно-прикладных методов исследования Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Халдин Алексей Анатольевич

Научный руководитель Центра вирусной патологии кожи, главный научный сотрудник Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ. Президент некоммерческого партнерства «ГЕРПЕС-ФОРУМ», д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕН.

Хамаганова Ирина Владимировна

Профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, врач-дерматовенеролог филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор.

Чернова Надежда Ивановна

Руководитель отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ. Вице-президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН), д.м.н.

Шугнина Елена Андреевна

Доцент кафедры эстетической медицины ФНМО МИ РУДН, главный врач ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», врач дерматовенеролог высшей квалификационной категории, к.м.н.

Цыкин Алексей Александрович

Доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный врач клиники «MEDNAIL», к.м.н.

ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ**Васильев Юрий Александрович**

Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике, Директор ГБУЗ «НПКЦ диагностики и телемедицины ДЗМ», врач-рентгенолог, к.м.н.

Мазус Алексей Израильевич

Главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения РФ и ДЗМ, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом ДЗМ и Международного центра вирусологии Медицинского института РУДН, заслуженный работник здравоохранения РФ, д.м.н., профессор.

Мантурова Наталья Евгеньевна

Главный внештатный специалист пластический хирург Министерства здравоохранения РФ и ДЗМ. Заведующий кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Президент Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ), д.м.н., врач высшей категории, заслуженный врач РФ.

Насонов Евгений Львович

Главный внештатный специалист ревматолог Минздрава РФ. Научный руководитель ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», профессор кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), д.м.н., профессор, академик РАН.

Оленев Антон Сергеевич

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ДЗМ, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н.

Пампура Александр Николаевич

Главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог, заведующий отделом аллергологии и клинической иммунологии НИКИ педиатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н.

Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Главный уролог Министерства здравоохранения РФ, Главный внештатный специалист уролог ДЗМ. Заведующий кафедрой урологии ФПДО ГОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». Главный ученый секретарь Российского общества урологов. Профессор, д.м.н., академик РАН.

Тяжельников Андрей Александрович

Главный внештатный специалист ДЗМ по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, главный врач ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 ДЗМ», к.м.н.

Фомин Виктор Викторович

Главный внештатный специалист терапевт ДЗМ, главный внештатный специалист общей врачебной практики ДЗМ. Проректор по инновационной и клинической деятельности ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Заведующий кафедрой факультетской терапии № 1. Директор клиники факультет-

ской терапии им. В.Н. Виноградова. Академик, Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.

Фомина Дарья Сергеевна

Главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель Московского городского научно-практического центра аллергологии и иммунологии ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ», доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), к.м.н.

Хаитов Муса Рахимович

Директор ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, заведующий кафедрой иммунологии МБФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН.

Хатьков Игорь Евгеньевич

Главный внештатный специалист-онколог ДЗМ. Директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ». Заведующий кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Цибин Александр Николаевич

Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ заведующий организационно-методическим отделом по клинической лабораторной диагностике ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ». Научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко». Член Наблюдательного Совета ассоциации специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины».

The background features a series of concentric circles and arcs in various shades of pink and purple. A vertical line divides the image in half. The left half contains solid-colored circular segments, while the right half contains semi-transparent, overlapping circular segments.

ПРОГРАММА ФОРУМА

БОЛЬШОЙ КОНЦЕРТНЫЙ ЗАЛ

10:00-11:30

ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ

Президиум: Володин Н.Н., Жукова О.В., Королькова Т.Н., Кунгуров Н.В., Курцер М.А., Мантурова Н.Е.

Церемония награждения

Пленарное заседание

Сектор А

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Новаартис*
Современный выбор и возможности обеспечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) при «спориатической болезни» у взрослых и детей: мнение экспертов.
Председатель: Круглова Л.С.

11:45-12:45

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Бионкад*
Псориаз и псориатический артрит. Разно-сторонний взгляд на проблему.
Модераторы: Разнатовский К.И., Коротаева Т.В.

13:00-14:30

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Эбви*
Таргетная терапия иммуноопосредованных заболеваний: синтез науки и практики в действии!
Председатели: Круглова Л.С., Фомина Д.С.

14:45-15:45

Свободная коммуникация. Часть 1.
Председатель: Доля О.В.

16:00-17:40

Сектор Б

Современные аппаратные методы в косметологии
Председатель: Киани Али, Колчева П.А.

11:45-14:00

Симбиоз аппаратной и инъекционной косметологии. Часть 1.
Председатели: Бычкова Н.Ю., Шарова А.А.

14:15-16:00

Лечебно-эстетические процедуры в аногенитальной зоне
Председатели: Аполыхина И.А., Чернова Н.И.

16:15-18:30

Сектор С

Заседание профильной комиссии Минздрава России по специальностям «Дерматонерология» и «Косметология»
Председатель: Потееаев Н.Н.

12:00-14:00

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Санофи*
Долгосрочный контроль атопического дерматита: проблемы и решения
Председатель: Разнатовский К.И.

14:15-15:15

Различные аспекты трихологии в практике врача-дерматонеролога
Модератор: Хлыстова Е.А.

15:30-17:00

Детская дерматология
Сопредседатели: Володин Н.Н., Поршина О.В., Затурская Н.Ф.

17:10-19:00

Зал МОСКВА

Ежегодная конференция дерматонерологов и дерматонкологов: проблемы и решения
Секция № 1
Сопредседатели: Потееаев Н.Н., Поляков А.П., Кудрявцев Д.В., Рассохина О.И.

11:45-13:00

Ежегодная конференция дерматонерологов и дерматонкологов: проблемы и решения
Секция № 2
Сопредседатели: Потееаев Н.Н., Поляков А.П., Титов К.С., Новожилова О.Л., Рассохина О.И.

13:10-15:20

Ежегодная конференция дерматонерологов и дерматонкологов: проблемы и решения
Мастер-классы по дерматоскопии
Председатели: Потееаев Н.Н., Кочетков М.А., Рассохина О.И.

15:30-17:20

Дерматоскопия в диагностике злокачественных эпителиальных новообразований кожи
Шугина Е.А., Рассохина О.И.

17:30-19:05

Сектор А

Сектор Б

Сектор С

Зал МОСКВА

10:00-11:45

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология»

Сопредседатели: Потемкин Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Иванова М.А.

12:00-13:30

Вirusные заболевания в практике дерматовенеролога

Под эгидой НП «ГЕРПЕС-ФОРУМ»

Сопредседатели: Халдин А.А., Гомберг М.А.

13:40-15:00

Современный взгляд на диагностику и лечение акне

Сопредседатели: Касихина Е.И., Матушевская Е.В.

15:15-16:30

Психологические аспекты трихологии

Под эгидой Профессионального общества трихологов

Председатель: Гаджигорова А.Г.

16:45-19:00

Свободная коммуникация. Часть 2.

Председатель: Гаджигорова А.Г.

10:00-13:30

Анатомический кадавер-курс для врачей-косметологов

Анатом: Супильников Алексей Александрович

13:15-14:45

Болезни волос и кожи головы

Под эгидой Профессионального общества трихологов

Председатель: Гаджигорова А.Г.

15:00-16:45

Симбиоз аппаратной и инъекционной косметологии. Часть 2.

Модераторы: Бычкова Н.Ю., Колчева П.А.

17:00-19:00

Косметологическое ведение пациентов с дисплазиями соединительной ткани

Сопредседатели: Карпова Е.И., Демина О.М.

10:00-12:00

Диагностика и терапия аногенитальных дерматозов и инфекций

Сопредседатели: Чернова Н.И., Маркисян Т.Г.

12:15-13:45

ВИЧ-инфекция и сопутствующая патология

Сопредседатели: Мазус А.И., Груздев Б.М., Цыганова Е.В.

14:00-16:00

Актуальные научные и клинические проблемы диагностики и лечения ИППП

Сопредседатели: Гомберг М.А., Доля О.В., Гушин А.Е., Фриго Н.В.

16:15-17:15

Современные аспекты диагностики и лечения папилломавирусных инфекций

Сопредседатели: Гомберг М.А., Гушин А.Е.

10:00-11:50

Дерматология и аллергология. Часть 1.

Сопредседатели: Пампура А.Н., Ханферьян Р.А.

12:00-13:50

Дерматология и аллергология. Часть 2.

Сопредседатели: Пампура А.Н., Ханферьян Р.А.

14:00-15:30

Ургентная дерматология

Председатель: Порошина О.В.

15:45-17:15

Микология – современный взгляд

Модератор: Цыкин А.А.

17:30-19:00

Актуальные аспекты подологии

Модератор: Цыкин А.А.

17 ОКТЯБРЯ

Большой концертный зал**10:00–11:30****ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ****Президиум:**

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, директор МНПЦДК ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», доктор медицинских наук, профессор;

Володин Николай Николаевич, заведующий отделом педиатрии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), академик РАН, доктор медицинских наук, профессор;

Жукова Ольга Валентиновна, главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерология и косметология Министерства здравоохранения РФ, главный врач МНПЦДК ДЗМ, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института «Российский университет дружбы народов» (РУДН), исполнительный директор Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», доктор медицинских наук, профессор;

Королькова Татьяна Николаевна, заведующая кафедрой косметологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, вице-президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», доктор медицинских наук, профессор;

Кунгуров Николай Васильевич, директор Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии, заместитель председателя профильной комиссии Минздрава России по специальностям «Дерматовенерология» и «Косметология», доктор медицинских наук, профессор;

Курцер Марк Аркадьевич, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор;

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук.

Приветственные обращения (15 мин.)**ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ** (45 мин.)**ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ**

Российская дерматовенерология на современном этапе развития
Потекаев Н.Н. (30 мин.)

Сектор А**11:45–12:45**

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Новартис

* Не обеспечивается баллами НМО

Современный выбор и возможности обеспечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) при «псориатической болезни» у взрослых и детей: мнение экспертов

Председатель: Круглова Л.С.

Диагностика и наблюдение пациента с Псориатической болезнью в практике современного дерматолога. Мониторинг признаков Псориатического Артрита.

Кортаева Т.В. (15 мин.)

Выбор ГИБП для взрослого пациента с Псориатической болезнью. Данные последних клинических исследований.

Круглова Л.С. (15 мин.)

Выбор терапии для ребенка с Псориазом. Особенности назначения ГИБП в педиатрии.

Курдина М.И. (15 мин.)

Возможности системы здравоохранения для обеспечения терапии ГИБП. Примеры из реальной практики.

Древаль Р.О. (15 мин.)

13:00–14:30

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Биокад

* Не обеспечивается баллами НМО

Псориаз и псориатический артрит. Разносторонний взгляд на проблему.

Модераторы: Разнатовский К.И., Кортаева Т.В.

Своевременная таргетная терапия псориаза – потенциал для будущего

Разнатовский К.И. (20 мин.)

Трудные для терапии локализации псориаза. Что мы можем?

Молочкова Ю.В. (20 мин.)

Рациональная терапия псориатического артрита – путь к свободе движения

Кортаева Т.В. (20 мин.)



Клиническая практика в коммерческом центре, возможности для пациента

Халилов Б.В. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

14:45–15:45

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Эббви

* Не обеспечивается баллами НМО

Таргетная терапия иммуноопосредованных заболеваний: синтез науки и практики в действии!

Председатели: Круглова Л.С., Фомина Д.С.

Лучшие мировые практики в терапии атопического дерматита
Фомина Д.С. (15 мин.)

Таргетная терапия атопического дерматита: назначение сейчас – залог успеха в будущем

Ненашева Н.М. (15 мин.)

Тяжелый пациент с псориазом: фокус на достижение долгосрочного контроля над заболеванием

Круглова Л.С. (15 мин.)

Поражение кожи и суставов при псориатическом артрите: комплексный подход без компромиссов

Грабовецкая Ю.Ю. (15 мин.)

16:00–17:30

Свободная коммуникация. Часть 1.

Председатель: Доля О.В.

Особенности девиаций цитокинового статуса у больных иммуномедицированными дерматозами

Кузнецов И.Д. (15 мин.)

Артефакты биопсийного материала, возникающие на долабораторном этапе

Катунина О.Р., Бобров М.А. (15 мин.)

Экзема: современные клинические рекомендации по наружной терапии и профилактике

Халдин А.А. (15 мин.)

* При поддержке компании Акрихин. Не обеспечивается баллами НМО

Липоидный некробиоз и кольцевидная гранулема – диагноз, триггеры, терапия

Сорокина Е.В., Владимирова Е.В., Мишина Н.В., Столпникова В.Н. (15 мин.)

Клинические, гистологические и иммуногистохимические особенности диффузного кожного мастоцитоза

Потекаев Н.Н., Катунина О.Р., Касихина Е.И. (15 мин.)

Витамин D в практике дерматовенеролога

Устинов М.В. (15 мин.)

* При поддержке компании Акрихин. Не обеспечивается баллами НМО

Дискуссия (10 мин.)

Сектор Б

11:45–14:00

Современные аппаратные методы в косметологии

Председатель: Киани Али, Колчева П.А.

Фотодинамическая терапия – «волшебная пуля» в косметологии и дерматологии

Раджабова М.М. (20 мин.)

Daylight терапия в комплексных протоколах с ФДТ у пациентов с БКР и АК в анамнезе

Петунина В.В. (20 мин.)

Лазерный SMAS-эндолифтинг как новый тренд в современной эстетической медицине

Киани Али, Исаева С.А. (20 мин.)

Безопасное применение аппаратных методик с учетом биологических эффектов, развивающихся в тканях под влиянием температур

Колчева П.А. (20 мин.)

Нежелательные явления и осложнения после эстетических процедур. Случайная ошибка или закономерность?

Забенкова О.В. (20 мин.)

Сочетанное применение фракционного микроиглового термолифтинга и рекомбинантных факторов роста

Лемытская В.Е., Жукова О.В. (20 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

14:15–16:00

Симбиоз аппаратной и инъекционной косметологии. Часть 1.

Председатели: Бычкова Н.Ю., Шарова А.А.

Коррекция овала лица. Можно ли предотвратить птоз?

Шарова А.А. (20 мин.)

Роль дермальных матриксантов в регуляции экспрессии биомаркеров кожи. Демонстрация клинических результатов.

Шишкинская Е.В. (15 мин.)

* При поддержке компании ЦитоЛайф. Не обеспечивается баллами НМО

Сочетанное применение технологии высокоинтенсивного ультразвукового SMAS-лифтинга с инъекционными методиками у пациентов со смешанным морфотипом старения.

Хлыстова Е.А. (20 мин.)

Амбулаторный скрининг при дисплазии соединительной ткани у косметологических пациентов

Бычкова Н.Ю. (20 мин.)

Детекция и дифференциация филлеров методом высокочастотной ультразвуковой визуализации

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.Н. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

16:15–18:30**Лечебно-эстетические процедуры в аногенитальной зоне***Председатели: Аполихина И.А., Чернова Н.И.*

Норма и заболевания вульвы. Эстетические процедуры – коммерческий интерес или профилактика осложнений?

Чернова Н.И. (20 мин.)

Эволюция трендов в эстетической гинекологии – луч вместо скальпеля

Аполихина И.А. (20 мин.)

Коррекция ВВА у женщин, перенесших РМЖ и гинекологический рак

Бычкова А.Е. (15 мин.)

Негормональные подходы к терапии ГУМС в свете новых клинических рекомендаций

Аполихина И.А. (15 мин.)

Динамическая квадрупольная радиоволна в лечении заболеваний вульвы: галерея клинических портретов

Тетерина Т.А. (15 мин.)

Применение плазмы, обогащенной тромбоцитами, в эстетической гинекологии: мифы и реалии

Саидова А.С. (15 мин.)

Стремление к совершенству-интимная контурная пластика. Кому? Когда? Зачем?

Казакова С.Н. (15 мин.)

Место пилингов в профилактике пиодермий в области вульвы

Чернова Н.И. (15 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

Сектор С**12:00–14:00****Заседание профильной комиссии Минздрава России по специальностям «Дерматовенерология» и «Косметология»***Председатель: Потекаев Н.Н.***14:15–15:15**

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Санофи

* Не обеспечивается баллами НМО

Долгосрочный контроль атопического дерматита: проблемы и решения*Председатель: Разнатовский К.И.*

Тяжелый атопический дерматит: подходы к системной терапии для лечения системного заболевания

Феденко Е.С. (15 мин.)

4 года биологической терапии атопического дерматита: что теперь известно о ее профиле эффективности и безопасности

Львов А.Н. (15 мин.)

Новые возможности и текущие ограничения системной терапии атопического дерматита в детском возрасте

Круглова Л.С. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

15:30–17:00**Различные аспекты трихологии в практике врача-дерматовенеролога***Модератор: Хлыстова Е.А.*

Клинико-лабораторный мониторинг пациенток с постковидными алопециями

Биткина О.А., Контрощикова К.Н., Преснякова М.В., Николаева А.Ю., Дмитриева А.А., Цыганова А.А. (14 мин.)

Применение мази Betamethasoni + Calcipotrioli в лечении гнездной алопеции при недостаточности витамина ДЗ

Кукушкина К.С., Корнишева В.Г., Карякина Л.А. (14 мин.)

Современный терапевтический подход при ассоциации гнездной алопеции и атопического дерматита у детей

Терещенко Г.П., Гаджигороева А.Г., Гребенюк В.Н., Затурская Н.Ф., Рождественская Е.А. (14 мин.)

Совершенствование лечения себореи жирной и себорейного дерматита

Гребенников В.А., Гребенникова С.В. (14 мин.)

Оценка состояния окислительного стресса пациентов с алопецией после коронавирусной инфекции

Дмитриева А.А., Николаева А.Ю. (14 мин.)

Невропатические нарушения области волосистой части головы и андрогенетическая алопеция

Дубинина Т.А., Михайлюк И.Г. (14 мин.)

Дискуссия (6 мин.)

17:10–19:00**Детская дерматология***Сопредседатели: Володин Н.Н., Поршина О.В., Затурская Н.Ф.*

Кожные маски первичных иммунодефицитов

Володин Н.Н., Панкратьева Л.Л. (20 мин.)

Новые технологии консервативного и оперативного лечения детей с ВБЭ

Шурова Л.В. (20 мин.)

Новые возможности стационарного лечения детских дерматозов в РДКБ

Гуменная Э.Р. (15 мин.)

Сложности диагностики эритематоза в детской практике. Клинические примеры.

Бурчик К.А., Затурская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Катунина О.Р. (15 мин.)

Современное состояние проблемы ВБЭ

Часова Г.К. (15 мин.)

Мономорфный тип кожного мастоцитоза. Особенности клинической диагностики.

Жукова О.В., Касихина Е.И., Медникова Н.А. (20 мин.)

Дискуссия (5 мин.)



Зал Москва

11:45–13:00

Ежегодная конференция дерматовенерологов и дерматоонкологов: проблемы и решения Секция № 1

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Поляков А.П., Кудрявцев Д.В., Рассохина О.И.

Возможности Центра неинвазивной диагностики в ведении больных с новообразованиями кожи
Кочетков М.А. (14 мин.)

Новообразования как проявление посттатуажных осложнений
Карымов О.Н. (14 мин.)

Раннее выявление злокачественных новообразований кожи в практике врача-дерматовенеролога
Габуев Б.А. (14 мин.)

Доброкачественные сосудистые опухоли кожи у детей
Белышева Т.С. (14 мин.)

Пороки развития кожи, дифференциальная диагностика и лечение
Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Квичидзе Л.Г. (14 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

13:10–15:20

Ежегодная конференция дерматовенерологов и дерматоонкологов: проблемы и решения Секция № 2

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Поляков А.П., Титов К.С., Новожилова О.Л., Рассохина О.И.

Меланома кожи лица и волосистой части головы
Поляков А.П. (14 мин.)

Совершенствование ранней диагностики меланомы кожи на примере Самарской области
Неретин Е.Ю., Титов К.С. (14 мин.)

Дерматоскопическая диагностика акральных форм меланомы кожи. Возможности и перспективы.
Жучков М.В. (14 мин.)

Трудности морфологической диагностики меланоцитарных образований кожи
Вишневская Я.В. (14 мин.)

Диспластический невус
Бобров М.А., Катунина О.Р. (14 мин.)

Карцинома Меркеля – редкая и агрессивная опухоль кожи. Что делать?
Кудрявцев Д.В. (14 мин.)

Плоскоклеточный рак кожи туловища и конечностей. Современный взгляд на проблему.
Титов К.С. (14 мин.)

Рак кожи. Современное состояние проблемы. Хирургическое лечение и возможности реконструктивно-пластической хирургии.
Кривонос Н.В. (14 мин.)

Неинвазивная оценка глубины инвазии базальноклеточного рака кожи методом высокочастотной ультразвуковой визуализации
Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А. (14 мин.)

Дискуссия (4 мин.)

15:30–17:20

Ежегодная конференция дерматовенерологов и дерматоонкологов: проблемы и решения Секция № 3

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Поляков А.П., Титов К.С., Рассохина О.И.

Ультрафиолет и злокачественные опухоли кожи. Эффективны ли солнцезащитные кремы.
Титов К.С. (14 мин.)

Т-клеточные лимфомы кожи. Современные подходы к диагностике и лечению.
Дудина Г.А. (14 мин.)

Саркома Капоши. Как распознать и правильно лечить?
Красноруцкий А.В., Титов К.С. (14 мин.)

Хроническая РТПХ и кожная токсичность: пути лечения и реабилитации
Потеекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Шугина Е.А., Рассохина О.И. (14 мин.)

Кожная токсичность: как помочь пациенту?
Арутюнян Л.С. (14 мин.)

Роль телепатронажа в коррекции кожных воспалений у стационаризованных больных
Каргальская И.Г. (14 мин.)

Базальноклеточный рак кожи из невуса сальных желез
Раводин Р.А. (14 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

17:30–19:05

Ежегодная конференция дерматовенерологов и дерматоонкологов: проблемы и решения Мастер-классы по дерматоскопии

Председатели: Потеекаев Н.Н., Кочетков М.А., Рассохина О.И.

Дерматоскопия в диагностике злокачественных эпителиальных новообразований кожи
Шугина Е.А., Рассохина О.И. (15 мин.)

Дерматоскопия в диагностике меланомы
Арутюнян Л.С. (15 мин.)

Дерматоскопия в диагностике сосудистых новообразований кожи
Кочетков М.А. (15 мин.)

Дерматоскопия в диагностике мастоцитоза
Касихина Е.И. (15 мин.)

Дерматоскопия в трихологии
Вонсаровская И.С. (15 мин.)

Беспигментная (гипопигментная) меланома кожи: алгоритмы диагностики
Раводин Р.А. (15 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

18 ОКТЯБРЯ

Сектор А

10:00–11:45

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология»

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Иванова М.А.

Экосистема Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

Потеекаев Н.Н., Поришина О.В., Калабухова Г.В. (15 мин.)

Научные основы организации косметологической помощи населению

Бычкова Н.Ю. (15 мин.)

Маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями кожи в многопрофильном лечебном учреждении

Волгин В.Н., Иванова М.А. (15 мин.)

Качество жизни детей в возрасте 13–17 лет, страдающих атопическим дерматитом

Вострикова С.А., Пенкина Н.И., Иванова М.А. (10 мин.)

Заболеваемость детского населения Удмуртской Республики

Исхакова М.К., Попова Н.М., Пенкина Н.И. (10 мин.)

Опыт внедрения лабораторной информационной системы ПАЛИК «ЭФИР»

Маляренко Е.Н., Сапожникова Н.А., Чистова О.Ю. (15 мин.)

Кабинеты профилактики злокачественных новообразований кожи как ключевой элемент системы раннего выявления меланомы кожи

Потеекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Томилин А.А. (10 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

12:00–13:30

Вирусные заболевания в практике дерматовенеролога

Под эгидой НП «ГЕРПЕС-ФОРУМ»

Сопредседатели: Халдин А.А., Гомберг М.А.

Герпес-вирусные инфекции – современные взгляды на старые проблемы: дискуссия двух профессоров

Модераторы: проф. Халдин А.А., проф. Гомберг М.А. (75 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

13:40–15:00

Современный взгляд на диагностику и лечение акне

Сопредседатели: Касихина Е.И., Матушевская Е.В.

Современные аспекты комбинированной наружной терапии акне

Матушевская Е.В. (15 мин.)

* При поддержке компании Акрихин. Не обеспечивается

баллами НМО

Психосоциальный стресс, иммунный ответ и течение акне

Белякова Г.Л., Масюкова С.А., Сорокина Е.В., Сходова С.А. (15 мин.)

Акне: выбор топической и системной терапии – основные ориентиры

Круглова Л.С. (15 мин.)

* При поддержке компании Ядран. Не обеспечивается баллами НМО

Актуальные аспекты эффективной терапии acne vulgaris и розацеа

Матушевская Е.В. (15 мин.)

* При поддержке компании ЮНИК. Не обеспечивается баллами НМО

Комплексная терапия акне, современный взгляд на проблему

Бурцева Г.Н. (15 мин.)

* При поддержке компании СанФарма. Не обеспечивается

баллами НМО

Дискуссия (5 мин.)

15:15–16:30

Психологические аспекты трихологии

Под эгидой Профессионального общества трихологов

Председатель: Гаджигороева А.Г.

Портрет трихологического пациента

Романова Ю.Ю. (15 мин.)

Рубцовые алопеции с позиций психодерматологии

Бобко С.И. (15 мин.)

Дети и взрослые на приеме трихолога. Психологические особенности взаимодействия врача и пациента.

Козыренко И.С. (15 мин.)

Мои волосы и я. Что нужно знать врачу о ментальности пациентов с трихологическими проблемами.

Паркадзе Лариса (Грузия, 20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

16:45–19:00

Свободная коммуникация. Часть 2.

Председатель: Гаджигороева А.Г.

Три клинических случая применения ГИБП у пациентов с псориатическим артритом и тяжелым псориазом и редкой коморбидностью

Зянзгиров Р.Р. (15 мин.)

Синдром длинного COVID-19 у пациентов 65+, связанный с изменениями кожи, слизистой и других сенсорных макросистем как дополнительный подход к классификации постковидных синдромов

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю.,

Комбаров С.Ю. (15 мин.)

Актуальные аспекты в лечении красного плоского лишая

Атабиева А.Я., Жукова О.В., Доля О.В., Терещенко А.В., Фриго Н.В. (15 мин.)



Эпидемиологическое исследование по изучению заболеваемости пруриго в г. Москва

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Бобко С.И. (15 мин.)

Тяжелые формы буллезных дерматозов в ожоговом стационаре

Кисель О.В., Брыгин П.А., Медведев А.О., Сачков А.В., Жиркова Е.А. (15 мин.)

Генетические особенности врожденного буллезного эпидермолиза в Республике Дагестан

Жукова О.В., Гаджимурадова К.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н. (15 мин.)

Источники финансирования дерматовенерологической службы. Проблемы. Пути решения.

Шустова В.Н. (15 мин.)

Клинико-анамнестические факторы торпидного течения акне

Хатаева Д.И., Потекаев Н.Н., Демина О.М., Солнцев В.В., Якупов И.А. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

Сектор Б

10:00–13:00

**Анатомический кадавер-курс
для врачей-косметологов**

Анатом: Супильников Алексей Александрович

13:15–14:45

Болезни волос и кожи головы

**Под эгидой Профессионального общества
трихологов**

Председатель: Гаджигороева А.Г.

Комплексный подход к лечению трихологических пациентов

Гаджигороева А.Г. (15 мин.)

** При поддержке компании Вертекс. Не обеспечивается баллами НМО*

Аутодеструктивные состояния в дерматологии

Леденцова С.С. (15 мин.)

Плоский фолликулярный лишай и декальвирующий фолликулит: родные братья или дальние родственники?

Щербина И.Н. (15 мин.)

Прогнозирование эффективности лечения андрогенной алопеции миноксидилом

Цимбаленко Т.В. (15 мин.)

Фототерапия в комплексном лечении гнездной алопеции и atopического дерматита у детей

Терещенко Г.П. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

15:00–16:45

**Симбиоз аппаратной и инъекционной
косметологии. Часть 2.**

Модераторы: Бычкова Н.Ю., Колчева П.А.

Безаппаратная коррекция рубцовой ткани биорепарантами с биоактивными компонентами и химическим эксфолиантом.

Обмен клиническим опытом.

Желендинова А.И. (15 мин.)

** При поддержке компании ЦитоЛайф. Не обеспечивается баллами НМО*

Препараты полимолочной кислоты в комплексных протоколах косметологической коррекции

Бычкова Н.Ю. (20 мин.)

Усилить, но не навредить. Сочетание ударно-волновой терапии и радиочастотного лифтинга в коррекции липодистрофии

Глаголева Е.Н. (20 мин.)

Влияние температуры на физико-химические свойства армирующих нитей. Рекомендации по комбинации с игольчатым радиочастотным воздействием.

Лысыкова В. (20 мин.)

Роль нитевого лифтинга в комплексной системе омоложения

Жукова О.Г. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

17:00–19:00

**Косметологическое ведение пациентов
с дисплазиями соединительной ткани**

Сопредседатели: Карпова Е.И., Демина О.М.

Проблема диагностики ДСТ в практике врача-косметолога

Бычкова Н.Ю. (20 мин.)

Особенности проведения инвазивных косметологических процедур у пациентов с дисплазией соединительной ткани

Борзых О.Б. (20 мин.)

Патологические рубцы. Причины формирования, профилактика и лечение.

Карпова Е.И. (20 мин.)

Клинический опыт применения высокоинтенсивных световых технологий у пациентов с ДСТ

Калашникова Н.Г. (20 мин.)

Роль регуляторных механизмов в формировании патологии соединительной ткани

Демина О.М. (20 мин.)

Дискуссия (20 мин.)

Сектор С

10:00–12:00

Диагностика и терапия аногенитальных дерматозов и инфекций

Сопредседатели: Чернова Н.И., Маркосян Т.Г.

Папилломавирусная инфекция в практике дерматовенеролога
Чернова Н.И., Маркосян Т.Г. (15 мин.)

* При поддержке компании Панавир. Не обеспечивается баллами НМО

Дерматозы полового члена в практике уролога
Маркосян Т.Г., Чернова Н.И. (15 мин.)

Интертригинозные дерматозы: актуальные протоколы ведения больных
Львов А.Н. (20 мин.)

* При поддержке компании Байер. Не обеспечивается баллами НМО

Дерматозы вульвы глазами гинеколога
Байрамова Г.Р. (15 мин.)

Нужны ли всем гормоны при вульвовагинальной атрофии?
Пустотина О.А. (15 мин.)

Сочетание очаговой склеродермии и склероатрофического лишая. Вопросы диагностики и лечения.
Проскурина М.И. (10 мин.)

Место бактериофагов в терапии аногенитальных дерматозов и инфекций. Разбор клинических случаев.
Чернова Н.И., Маркосян Т.Г. (15 мин.)

* При поддержке компании Микромир. Не обеспечивается баллами НМО

Инновационные возможности контроля инфекции и микробиома
Хлебникова А.Н. (15 мин.)

* При поддержке компании Микромир. Не обеспечивается баллами НМО

Дискуссия (5 мин.)

12:15–13:45

ВИЧ-инфекция и сопутствующая патология

Сопредседатели: Мазус А.И., Груздев Б.М., Цыганова Е.В.

Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции в Российской Федерации
Мазус А.И., Серебряков Е.М. (25 мин.)

Опыт лечения ХГСу больных с коинфекцией ВИЧ/ВГС: поздняя кожная порфирия
Набиуллина Д.Р. (25 мин.)

Псориаз на фоне ВИЧ-инфекции: клиническая картина и лечение
Смирнов Н.А. (25 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

14:00–16:00

Актуальные научные и клинические проблемы диагностики и лечения ИППП

Сопредседатели: Гомберг М.А., Доля О.В., Гуцин А.Е., Фриго Н.В.

Лимфогранулема венерическая в городе Москве: лабораторная диагностика и клинические аспекты

Гуцин А.Е., Титов И.С., Фриго Н.В. (15 мин.)

Количественная оценка возбудителя урогенитальной хламидийной инфекции: клиничко-диагностические аспекты
Негашева Е.С., Гуцин А.Е., Фриго Н.В. (15 мин.)

Перспективные направления в лабораторной диагностике сифилиса

Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Доля О.В., Марданлы С.Г., Жданович А.В. Махновская Т.С. (15 мин.)

Поздние формы сифилиса с симптомами в Московском регионе
Жуковский Р.О., Лосева О.К., Фриго Н.В. (15 мин.)

Перспективы повышения эффективности обследования половых партнеров пациентов с ИППП

Кисина В.И., Анохина Л.С., Новожилова О.Л., Гуцин А.Е. (15 мин.)

Результаты исследования биомаркеров интраэпителиального гуморального иммунного ответа при сифилисе

Левчик Н.К., Зильберберг Н.В. (15 мин.)

Анаэробный уретрит у мужчин

Ким Д.Г. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

16:15–17:15

Современные аспекты диагностики и лечения папилломавирусных инфекций

Сопредседатели: Гомберг М.А., Гуцин А.Е.

Профилактика ВПЧ-инфекции: безопасных вирусов не бывает
Гомберг М.А. (15 мин.)

* При поддержке компании Нанолек. Не обеспечивается баллами НМО

Лабораторное обеспечение ВПЧ тестирования при профилактике рака шейки матки

Гуцин А.Е. (20 мин.)

Вирус папиллом человека: патогенез злокачественных и доброкачественных поражений кожи и слизистых оболочек

Винокурова С.В. (15 мин.)

* При поддержке компании Нанолек. Не обеспечивается баллами НМО

Дискуссия (10 мин.)

Зал Москва

10:00–11:50

Дерматология и аллергология. Часть 1.

Сопредседатели: Пампура А.Н., Ханферьян Р.А.

Механизмы иммунопатологии при аллергических заболеваниях кожи и новые иммунотерапевтические методы их лечения
Ханферьян Р.А. (20 мин.)

Кожные проявления лекарственных аллергических реакций
Терещенко Г.П., Заторская Н.Ф. (15 мин.)

Дифференциальная диагностика хронической крапивницы
Елисютина О.Г. (15 мин.)



Пищевая аллергия и атопический дерматит у детей раннего возраста

Пампура А.Н. (20 мин.)

Стероидзависимые дерматозы: тактика ведения пациента
Круглова Л.С. (20 мин.)

* При поддержке компании Байер. Не обеспечивается баллами НМО

Роль антигистаминных препаратов II поколения в терапии крапивницы

Ненашева Н.М. (15 мин.)

* При поддержке компании СанФарма. Не обеспечивается баллами НМО

Дискуссия (5 мин.)

12:00–13:50

Дерматология и аллергология. Часть 2.

Сопредседатели: Пампура А.Н., Ханферьян Р.А.

Комплексная терапия атопического дерматита у детей: нужны ли пробиотики?

Матушевская Е.В. (15 мин.)

* При поддержке компании Акрихин. Не обеспечивается баллами НМО

Проблемы комплаентности в лечении атопического дерматита у детей и взрослых

Матушевская Е.В. (20 мин.)

* При поддержке компании Байер. Не обеспечивается баллами НМО

Анафилаксия в практике врача дерматолога

Есакова Н.В. (15 мин.)

Возможности негормональной терапии в лечении IgE-независимого типа атопического дерматита

Бобко С.И. (15 мин.)

* При поддержке компании Инвар. Не обеспечивается баллами НМО

Зависимость между SCORAD у больных Атопическим дерматитом и результатами показателей нейромедиаторов сыворотки крови
Мухачева Д.А., Разнатовский К.И. (15 мин.)

Неинвазивный экспресс-метод проведения реакции иммунофлюоресценции для диагностики аутоиммунной пузырчатки
Бобров М.А., Катунина О.Р. (15 мин.)

Аллергические реакции на препараты контурной инъекционной пластики лица

Исматуллаева С.С. (10 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

14:00–15:30

Ургентная дерматология

Председатель: Поршина О.В.

Ургентные состояния в дерматологии

Кошкин С.В. (30 мин.)

Современная тактика лечения новорожденных с тяжелыми генодерматозами

Шурова Л.В. (30 мин.)

Диффузный кожный мастоцитоз: трудности диагностики, опасность для пациента

Потекаев Н.Н., Касихина Е.И. (15 мин.)

Клинический случай распространенного пустулезного псориаза
Андреев О.Н. (10 мин.)

Дискуссия (5 мин.)

15:45–17:15

Микология – современный взгляд

Модератор: Цыкин А.А.

Мукормикоз – «новая» грибковая суперинфекция

Бурова С.А., Таганов А.В. (20 мин.)

Микозы после пандемии COVID-19. Что нас ждет?

Цыкин А.А. (20 мин.)

Такие страшные грибы или всего лишь малассезия?

Сирмайс Н.С. (20 мин.)

Молекулярные методы в диагностике дерматомикозов

Носырева К.К., Гуцин А.Е. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

17:30–19:00

Актуальные аспекты подологии

Модератор: Цыкин А.А.

Неинфекционная патология ногтевого аппарата в практике подолога

Цыкин А.А. (20 мин.)

Лечение болевого синдрома развившегося на фоне энтезопатии при пяточной шпоре

Фролов В.А. (15 мин.)

Осложнение эстетических процедур в кабинете маникюра и педикюра. Маникюрно-педикюрная болезнь.

Кузнецова Л.Д. (15 мин.)

Рецидив онихокриптоза после хирургического лечения. Профилактика и особенности терапии.

Бакаржиева П.А. (15 мин.)

Вросший ноготь у детей. Как избежать хирургического лечения.

Осколкова Е.Ю. (15 мин.)

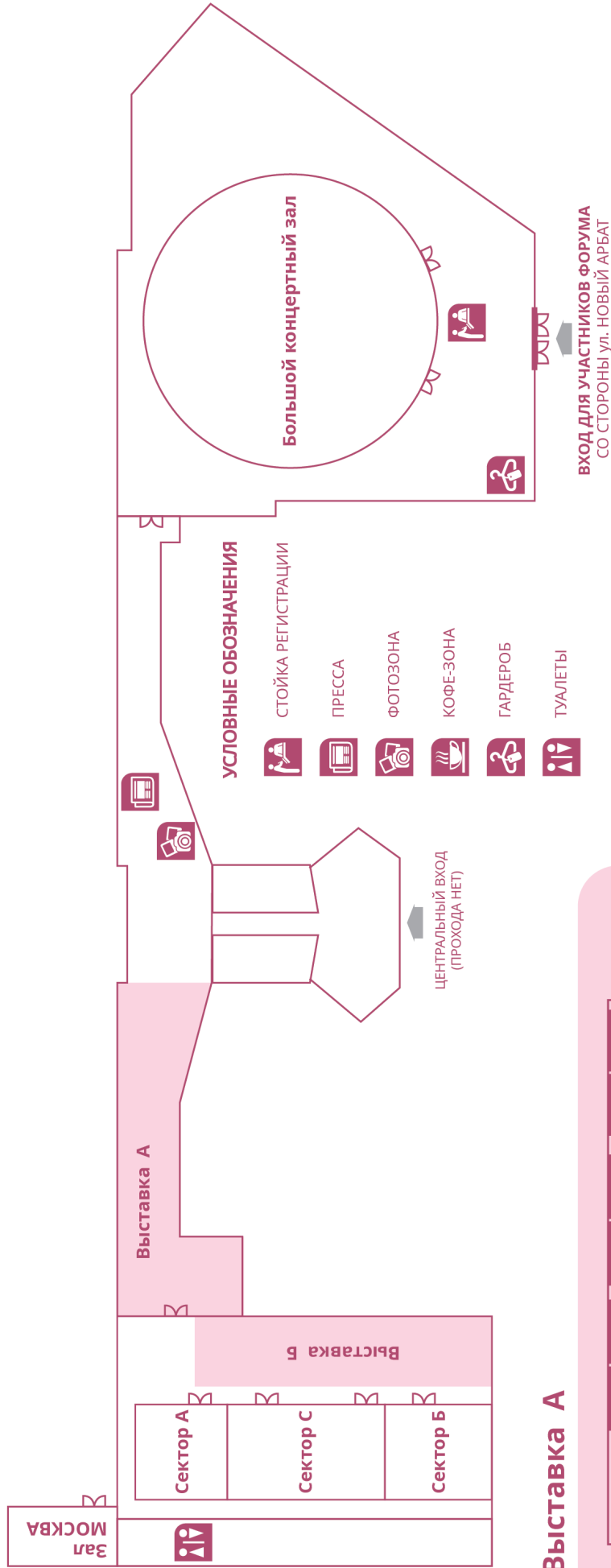
Дискуссия (10 мин.)

Сектор А

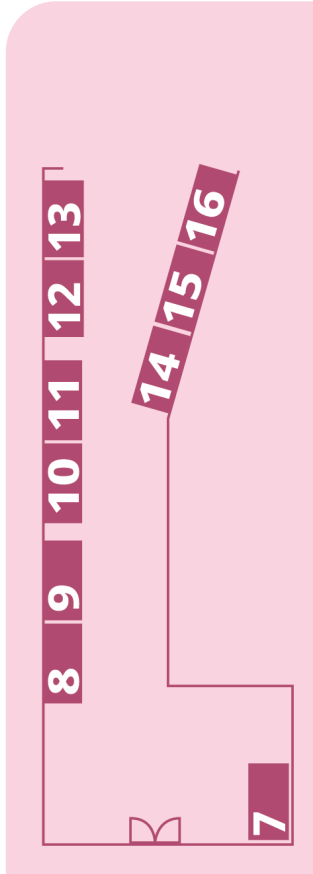
19:00

Заккрытие форума

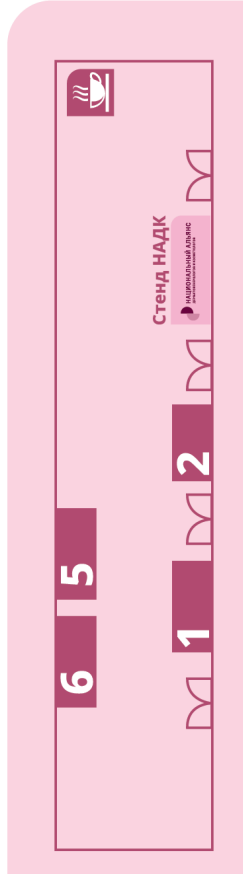
СХЕМА ПЛОЩАДКИ



Выставка А



Выставка Б



ЭКСПОНЕНТЫ

1. ALERANA
2. SUNPHARMA
3. НАДК
5. BIOSAD
6. АО «АКРИХИН»
7. CYTO LIFE
8. MÖLNLYSKE
9. BELUPO

10. ISISPHARMA
11. ИНВАР
12. ЮНИК ФАРМАСЬЮТИКАЛ ЛАБ
13. ИНФАМЕД
14. МИКРОМИР
15. ПАНАВИР
16. ЯДРАН

The background features a series of concentric circles and arcs in various shades of pink and purple. A vertical line divides the composition in half. The left half contains solid-colored circular segments, while the right half contains arcs of varying thicknesses, creating a sense of depth and movement.

КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

СЕРЕБРЯНЫЙ СПОНСОР

BIOCAD



BIOCAD— одна из крупнейших биотехнологических инновационных компаний в России, объединившая научно-исследовательские центры мирового уровня, современное фармацевтическое и биотехнологическое производство, доклинические и клинические исследования, соответствующие международным стандартам.

BIOCAD – компания полного цикла создания лекарственных препаратов от поиска молекулы до массового производства и маркетинговой поддержки. Препараты предназначены для лечения онкологических, аутоиммунных заболеваний и других социально значимых заболеваний. Продуктовый портфель в настоящее время состоит из 61 лекарственного препарата, из которых 9 – оригинальные, а 22 продукта – биологические. В настоящее время порядка 40 продуктов находятся на разных стадиях разработки.

В BIOCAD работает более 2700 человек, из которых около одной трети – ученые и исследователи. Офисы компании расположены в ОАЭ, Китае, Бразилии и Вьетнаме.

Источник: пресс-служба компании BIOCAD, www.biocad.ru

При использовании материала просим указывать в качестве источника BIOCAD или имя спикера.

www.biocad.ru

<https://vk.com/biocad>

<https://www.facebook.com/BIOCAD/>

<https://www.instagram.com/biocad/?hl=ru>

https://twitter.com/biocad_ltd



ЭФЛЕЙРА®
нетакимаб

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИНГИБИТОР ИЛ-17

ПРЕПАРАТ ЭФФЕКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ ВСЕХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

АРТРИТ

82%

пациентов достигли
ответа по ACR20*

ПСОРИАЗ

83%

пациентов достигли
ответа по PASI75*

ЭНТЕЗИТ

63%

пациентов достигли
разрешения энтезита*

ДАКТИЛИТ

77%

пациентов достигли
разрешения дактилитов*

ВЫРАЖЕНО СНИЗИЛАСЬ ИНТЕНСИВНОСТЬ АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ*

на 24 неделе терапии

*Biocad Data on File, 2019

BCD-085-8 PATERA. Международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата BCD-085 у пациентов с псориатическим артритом.

Краткая инструкция по применению препарата Эфлейра®

Перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарат Эфлейра®.

Краткое описание препарата Эфлейра®:

Нетакимаб, раствор для подкожного введения 60 мг/мл РУ № ЛП-005439

Показания к применению:

Лечение бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, когда показана системная терапия или фототерапия; лечение активного анкилозирующего спондилита у взрослых пациентов при недостаточном ответе на стандартную терапию; лечение активного псориатического артрита в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом при недостаточном ответе на стандартную терапию.

Противопоказания:

Гиперчувствительность к нетакимабу, а также к любому из вспомогательных веществ препарата; клинически значимые инфекционные заболевания в острой фазе, включая туберкулез; детский и подростковый возраст до 18 лет; беременность, грудное вскармливание.

Осторожность:

Следует соблюдать осторожность при назначении нетакимаба пациентам с хроническими и рецидивирующими инфекциями или с анамnestическими указаниями на них, в периоде ранней реконвалесценции после тяжелых и среднетяжелых инфекционных заболеваний, а также после недавно проведенной вакцинации живыми вакцинами; в связи с ограниченными данными клинических исследований о применении нетакимаба у пациентов в возрасте старше 65 лет, следует соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам указанной возрастной группы; в связи с отсутствием сведений о применении нетакимаба у больных воспалительными заболеваниями кишечника, следует избегать его назначения пациентам с болезнью Крона или язвенным колитом.

Режим дозирования:

• Псориаз: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем 1 раз каждые 4 недели.
• Анкилозирующий спондилит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели.
• Псориатический артрит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели до недели 10, далее 1 раз в 4 недели.

Особые указания:

• Наличие таких потенциально тяжелых инфекций как ВИЧ, активный гепатит В и/или С, сифилис, туберкулез, относится к противопоказаниям для назначения нетакимаба.

• Перед назначением препарата Эфлейра® и в ходе терапии необходимо проводить стандартный скрининг на туберкулез. Пациентам с латентным туберкулезом рекомендуется пройти стандартный курс противотуберкулезной терапии перед началом терапии препаратом Эфлейра®.

• При использовании нетакимаба потенциально возможно развитие реакции гиперчувствительности. При возникновении анафилактических или других серьезных аллергических реакций применение препарата Эфлейра® следует немедленно прекратить и начать соответствующую симптоматическую терапию.

• Наличие алкогольной или наркотической зависимости, а также психических расстройств может стать причиной несоблюдения пациентом графика лечения нетакимабом, что, в свою очередь, может привести к снижению эффективности терапии.

• Не следует проводить иммунизацию живыми вакцинами в ходе лечения препаратом Эфлейра®, так как клиническая оценка безопасности данного взаимодействия в рамках клинических исследований не проводилась. Иммунизация инактивированными вакцинами во время терапии нетакимабом должна выполняться с осторожностью.

Побочное действие: наиболее частой нежелательной реакцией в проведенных клинических исследованиях была нейтропения, большинство случаев которой были легкой или средней степени тяжести и не требовали прекращения лечения. Часто (от 1 до 10%) встречались инфекции верхних дыхательных путей, нейтропения, лейкопения, лимфоцитоз, повышение активности АЛТ, АСТ, положительный результат исследования на комплекс Mycobacterium tuberculosis.

Иммуногенность: в ходе клинических исследований препарата Эфлейра® при лечении псориаза и анкилозирующего спондилита выработка связывающих антител к нетакимабу была зарегистрирована менее чем в 0,5 % случаев. Нейтрализующих антител выявлено не было.

Условия хранения: при температуре от 2 до 8 °С в защищенном от света месте. Не замораживать!
Срок годности: 2 года. Отпускают по рецепту.

Для получения более подробной информации о препарате ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Эфлейра®, ЗАО «БИОКАД», Россия.

ACR20 — индекс оценки изменений симптомов артрита (20% улучшение).

PASI75 — % пациентов, достигших 75% улучшения в отношении проявлений псориаза.

RU.EFLP.00149.23.07.2020

BIOCAD
Biotechnology Company

БРОНЗОВЫЙ СПОНСОР

АО «АКРИХИН»



АО «АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармацевтических компаний, выпускающая эффективные, доступные по цене и высококачественные лекарственные средства наиболее востребованных российскими пациентами терапевтических групп. Компания по объему продаж входит в четверку ведущих локальных фармацевтических производителей на российском фармацевтическом рынке. В продуктовом портфеле компании насчитывается около 200 препаратов, более 45% из которых входят в перечень ЖНВЛП.

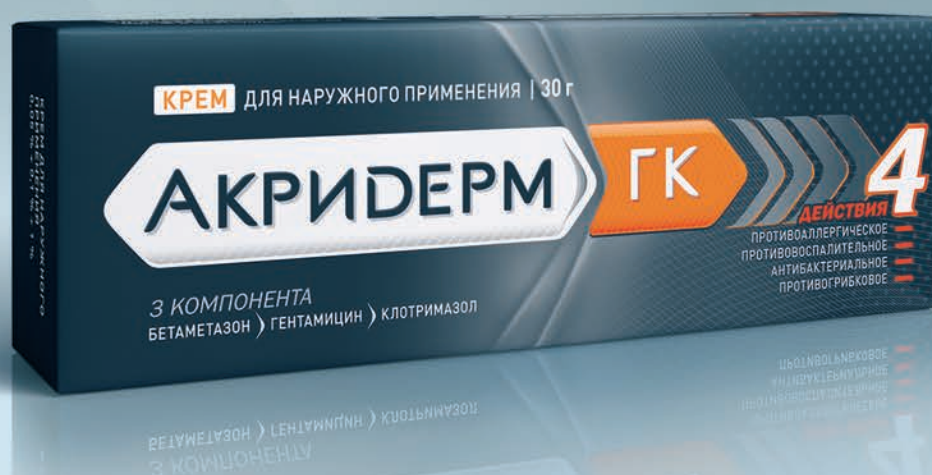
Подробнее на сайте www.akrikhin.ru

Акридерм ГК – комбинированный препарат для комплексного лечения аллергодерматозов*.

Благоприятный
профиль эффективности
и безопасности¹

Действует
на причину²

Запатентованная
комбинация
вспомогательных
компонентов³



¹ Хардигова С.А. Рациональный выбор комбинированного топического глюкокортикостероида в условиях амбулаторного приема врача-дерматовенеролога// Клиническая дерматология и венерология, 2018. №2. С. 67-72.

² Инструкция по медицинскому применению Акридерма ГК крем для наружного применения 0,05 % + 0,1 % + 1 %

³ Патент №2223097

*Простой и аллергический дерматиты (особенно осложненные вторичным инфицированием), диффузный нейродермит (в т.ч. атопический дерматит), ограниченный нейродермит (в т.ч. простой хронический лишай), экзема
РИМ-2022-0245

СПОНСОРЫ

ООО «ИНВАР»

I N V A R

ООО «ИНВАР» — национальная фармацевтическая компания, которая уже более 30 лет выводит на рынок России инновационные продукты для ухода, лечения и профилактики. В гинекологическом портфеле компании — только высококачественные средства из Европейского союза.

– «Эпиген Интим» спрей — противовирусный лечебно-профилактический препарат на основе глицирризиновой кислоты.

– «Эпиген Интим» гель — косметическое средство для ежедневной интимной гигиены.

Произведено по заказу «Хемигруп Франс С.А.» (Франция) для ООО «ИНВАР» (Россия).

Дерматологический портфель компании Инвар представлен линией негормональных средств СКИН-КАП на основе активированного цинка пиритиона. Активация молекулы обуславливает выраженный противовоспалительный эффект при высоком профиле безопасности. СКИН-КАП — экспертное решение в лечении хронических воспалительных заболеваний кожи, таких как псориаз, атопический дерматит, себорейный дерматит, являясь надежным помощником людям с хроническими заболеваниями кожи уже более 25 лет.

СКИН-КАП представлен разнообразными формами для лечения: крем, аэрозоль, шампунь, и ухода за проблемной кожей: гель для душа.

ALERANA®

ALERANA®

ALERANA® — Серия №1 против выпадения волос*

Серия аптечных средств ALERANA® разработана для комплексного и эффективного решения проблемы выпадения волос.

В серии представлены препараты для лечения интенсивного выпадения, средства для укрепления, оздоровления и стимулирования роста ослабленных волос, витаминно-минеральный комплекс, стимулятор роста ресниц и бровей.

Рецептуры средств ALERANA® разработаны под контролем трихологов и базируются на достижениях современной медицины и профилактической восстановительной косметологии.

Высокое качество продукции, научные разработки, специализация на проблеме выпадения волос позволили бренду ALERANA® стать экспертом в данной области и занять лидирующие позиции на российском рынке средств от выпадения и для стимулирования роста волос.

(*По данным «ДСМ Групп» аудит фармрынка РФ, в стоимостном выражении 2011–2021).

www.alerana.ru

e-mail: info@vertex.spb.ru

Телефон: 8 (800) 200-03-05

Адрес: В.О., 24 линия, д. 27 А, Санкт-Петербург, 199026

ЛАБОРАТОРИЯ CYTOLIFE



ЛАБОРАТОРИЯ CYTOLIFE с 2014 года занимается разработкой, производством и продвижением инновационных препаратов для эстетической медицины, которые уверенно зарекомендовали себя с точки зрения безопасности и высокой эффективности.

На сегодняшний день компания занимает на рынке профессиональной косметологии достойное место и сотрудничает с ведущими специалистами данной сферы.

Лаборатория CYTOLIFE «идет в ногу со временем»: разрабатывает новые рецептуры, применяет авторские сочетанные методики, проводит клинические исследования препаратов. ЛАБОРАТОРИЯ CYTOLIFE сотрудничает с институтами по переподготовке и повышению квалификации специалистов с высшим медицинским образованием г. Москвы:

Медицинский институт РУДН, Кафедра эстетической медицины, Клинический институт им М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), Кафедра дерматовенерологии и дерматоонкологии, Институт им. Сеченова, Кафедра кожных и венерических болезней им. Рахманова ЦНИКВИ, Кафедра профессиональной переподготовки по специальности «Косметология»

В портфель компании входят изделия медицинского назначения, химические пилинги и космецевтика.

Водорастворимые гидрогели СкиноПро (SkinoPro) с поливалентными металлами с высокой биодоступностью, направленные на экспрессию биомаркеров белков SIRT, P53, CLOTНО, кальретикулин, KI67, TGF-β. Препараты участвуют в пролонгации неоколлагенеза, подавлении активности противовоспалительного фактора и замедляющие процессы старения. Активизация апоптоза поврежденных клеток и обеспечение генетической стабильности. Химические пилинги сочетают в себе различные концентрации АНА-кислот, стабилизированные ДМАЭ, обеспечивают высокий профиль эффективности, безопасности, имеют короткий период реабилитации, гарантируют хорошую переносимость и низкий риск осложнений.

Уходовая дерматологическая линия основана на комплиментарной комбинации экстрактов растений, гиалуроновой кислоты, витаминов в оптимальной концентрации. Препараты обеспечивают улучшение метаболизма и стимуляцию процессов эпителизации, антиоксидантное, успокаивающее, противоотечное и противовоспалительное действия.

Все препараты имеют необходимую разрешительную документацию, согласно законодательству РФ

Инъекционные препараты зарегистрированы как изделия медицинского назначения. – препараты группы SKINOPRO РЗН № 2019/9526 от 15.01.2020 года, – препараты группы TETRASKILL РЗН № 2020/12168 от 08.10.2020 года

Инъекционные препараты прошли клинические испытания и имеют доказанную эффективность, о чем свидетельствуют регулярные публикации в профильных изданиях, доклады на конгрессах по эстетической косметологии и на дерматологических конгрессах.

ЛАБОРАТОРИЯ CYTOLIFE представлена широкой дистрибьюционной сетью по всей России и странам ближнего зарубежья, постоянно проводит выездные мероприятия обучающего характера с мастер-классами.

Безопасность – Безболезненность – Биодоступность – Эффективность! То, что характеризует препараты ЛАБОРАТОРИИ CYTOLIFE.

ISISPHARMA DERMATOLOGIE



ISISPHARMA DERMATOLOGIE (Франция) специализируется на разработке и производстве инновационных продуктов для дерматологии и эстетической медицины. Основанная в 1989 г., она является международным экспертом в вопросах восстановления и поддержания нормального гомеостаза кожи. Наша продукция поставляется в 72 страны мира, а линии средств RUBORIL, NEOTONE, URELIA, GLYCO-A, VITISKIN завоевали авторитет среди дерматологов и косметологов этих стран.

Представитель в РФ ООО «ЛГ-Фарм»
e-mail: contact@lgpharm.ru
Тел. +74957818479

Сан Фарма



Сан Фарма является четвертой по величине фармацевтической дженериковой компанией в мире. В марте 2015 года произошло слияние компаний Сан Фарма и Ранбакси. Теперь, обладая удвоенными возможностями, компания стремится стать партнером для дерматовенерологов и косметологов, развивая проекты, направленные на дальнейшее развитие профессиональных знаний, опыта и успешного лечения пациентов с проблемой акне. Сегодня дерматологический портфель Сан Фарма включает линейку препаратов для лечения всех форм акне: Сотрет (изотретиноин), Адаклин (адапален) и Азикс-Дерм (азелаиновая кислота).

За дополнительной информацией просьба обращаться в представительство компании с ограниченной ответственностью «Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед» (Индия) г. Москва

www.sunpharma.com
Адрес: 107023, г. Москва,
ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8,
офисы 29,30

КОМПАНИЯ «НАНОЛЕК»



Российская биофармацевтическая компания, основанная в 2011 году Владимиром Христенко и Михаилом Некрасовым. Специализируется на выпуске импортозамещающих и инновационных лекарственных препаратов, как собственной разработки, так и созданных с привлечением международных партнеров. Один из лидеров по производству педиатрических вакцин в РФ. Всего в портфеле «Нанолек» 20 лекарственных препаратов, еще 35 находятся на различных стадиях подготовки к выпуску и выйдут на рынок в течение ближайших пяти лет. Завод компании в Кировской области, открытый в 2014 году, построен с прицелом на лучшие мировые практики и технологии. Производство не только имеет сертификат GMP, но и регулярно проходит аудиты качества крупных международных фармацевтических корпораций: на заводе «Нанолек» производятся лекарственные препараты совместно с такими компаниями, как Sanofi, Janssen, Merck, Aspen.



УЧАСТНИКИ

Компания «ИНФАМЕД»



Компания «ИНФАМЕД» – российская фармацевтическая компания, осуществляющая разработку, производство и реализацию оригинальных лекарственных препаратов Мирамистин®, мазь Мирамистин®, суппозитории Мирамистин®, Окомистин®.

Основным действующим веществом этих препаратов является бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат – уникальный антисептик широкого спектра действия из класса поверхностно-активных веществ.

Компания «Инфамед» является эксклюзивным на территории ЕАЭС российским производителем оригинального препарата в форме раствора для местного применения под брендом «Мирамистин®».

Компания осуществляет полный производственный цикл: от синтеза субстанции до получения готового продукта, а также занимается разработкой и изучением новых лекарственных препаратов.

www.infamed.ru

e-mail: infamed@infamed.ru

Тел. 8-495-775-83-21, 8-495-775-83-22

Телефон горячей линии 8-800-700-48-12

Адрес для переписки: 123056, г. Москва, а/я 46

Компания BELUPO



Компания BELUPO является одним из лидеров в производстве дерматологических препаратов на территории центральной, южной и юго-восточной Европы. В России компания известна как надежный и проверенный партнер дерматовенерологов.

Основой продуктового портфеля являются такие известные и доступные препараты, эффективность которых проверена многолетним опытом их применения, как: БЕЛОСАЛИК®, БЕЛОДЕРМ®, БЕЛОДЕРМ® ЭКСПРЕСС, БЕЛОГЕНТ®, ГЕНЕРОЛОН®, АФЛОДЕРМ®.

Компания BELUPO постоянно расширяет свою линейку препаратов, недавние новинки: антигистаминный препарат последнего поколения БЛОГИР®-3 (дезлоратадин) в уникальной форме – таблетка для рассасывания, а также в форме сиропа для детей, лак для лечения онихомикоза ОНИХЕЛП® (аморолфин).

В 2021 году компания BELUPO дополнила свою линейку эмолентов (БЕЛОБАЗА®, БЕЛОБАЗА® цинк) новым эмоментом в форме пены с микрочастицами серебра СИЛВЕРИО® дерм, а также долгожданным в России препаратом – шампунем БЕЛОСАЛИК® САЛИК для пациентов с псориазом, себорейным дерматитом.

e-mail: belupo@belupo.su

Тел.: +7(495) 933-72-12

Россия, 119330 г. Москва,

Ломоносовский проспект, д. 38, кв. 71-72

Компания Mölnlycke Health Care



Компания Mölnlycke Health Care – мировой лидер по производству и поставщик медицинских изделий и решений для профессионального здравоохранения. Мы разрабатываем и выводим на рынок инновационную продукцию для лечения ран и проведения хирургических операций с широким диапазоном использования – от профилактического применения до оказания неотложной помощи и лечения на дому. Наша продукция включает:

- Атравматичные и высокоэффективные повязки для лечения ран с уникальной технологией адгезивного покрытия Safetac®. Примерами таких повязок являются Mepitel® и повязки семейства Mepilex®, предназначенные для профилактики, защиты и заживления широкого спектра ран
- Безопасные и эффективные одноразовые расходные материалы для операционной. Использование высокотехнологичной продукции позволяет свести к минимуму риск развития послеоперационных осложнений и повысить продуктивность работы в операционной.

Компания Mölnlycke Health Care насчитывает около 7,5 тысяч сотрудников и находится в собственности инвестиционного треста Investor AB. Компания ведет деятельность в 90 странах мира, а ее штаб-квартира расположена в городе Гетеборг, Швеция.

Мы гордимся тем, что содействуем улучшению качества медицинской помощи и повышению эффективности лечения пациентов.

www.molnlycke.ru

info.ru@molnlycke.com

115191, Москва, ул. Б. Тульская, д.10, стр. 3

+7 (495) 247-50-22

Компания «Бэствуд Фарма»



Компания «Бэствуд Фарма» – российский производитель специализированных дерматокосметологических средств. Одним из наиболее известных брендов в портфеле компании, является линия дерматологических средств «Лостерин». Линия Лостерин – была разработана дерматологами специально для ежедневного ухода за кожей в комплексной терапии хронических кожных заболеваний. Препараты линии Лостерин (крем, шампунь, гель для душа, крем-мыло для рук, крем для ног, цинко-нафталановая паста и витаминно-минеральный комплекс) содержат в своем составе сбалансированную комбинацию активных действующих веществ, специально подобранных для наиболее эффективного терапевтического воздействия на кожу.

www.bestwood-pharma.ru

e-mail: info@bestwood-pharma.ru

Тел.: +7 (495) 664-59-70

*125445, г. Москва, ул. Смольная д. 24А,
оф. 1815,*

Панавир®



Панавир® – оригинальный российский противовирусный препарат растительного происхождения, широкого спектра антивирусного действия.

ЛАУРЕАТ ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2013 в области науки и техники.

Основные показания:

- герпесвирусные инфекции различной локализации, в т.ч. рецидивирующий генитальный герпес, герпес зостер и офтальмогерпес;
- цитомегаловирусная инфекция, в т.ч. у пациенток с привычным невынашиванием беременности;
- папилломавирусная инфекция (аногенитальные бородавки) — в составе комплексной терапии.

Действующим веществом препарата являются высокомолекулярные полисахаридные наночастицы растительного происхождения, уникальные как по своим физико-химическим, так и биологическим свойствам. Панавир® обладает прямой противовирусной активностью и повышает устойчивость организма к воздействию различных инфекций, способствует выработке интерферона – защитного белка, вырабатываемого клетками организма в ответ на заражение вирусами, т.е. обладает иммунокорректирующим действием. Клинические испытания показали отсутствие мутагенного, тератогенного, канцерогенного, аллергизирующего и эмбриотоксического действия.

Лекарственные формы: Панавир ампулы №5 0,04мг/мл, Суппозитории вагинальные №5, Суппозитории ректальные №5, Гель Панавир 5 гр и 30 гр

Панавир® более 20 лет на рынке и успешно применяется там, где обычные противовирусные средства не действуют, противопоказаны или действуют неудовлетворительно.

<https://panavir.ru>

e-mail: info@panavir.ru

+7 (499) 649-00-10

г. Москва, ул. Малая Пироговская д.1А

ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз»



ООО «Юник Фармасьютикал Лабораториз» появилась на рынке России более 30 лет назад. Компания специализируется на выпуске высококачественных препаратов в области дерматовенерологии, гинекологии, педиатрии, гастроэнтерологии. Так же в портфеле компании присутствуют препараты госпитального назначения. Дерматологические препараты компании Метрогил, Метрогил А, Метрогил Плюс – давно зарекомендовали себя как надежные и доступные для любого пациента. Метрогил для наружного применения – лечение розацеа, Метрогил А – новый препарат для лечения угревой сыпи. Метрогил вагинальный – стандарт лечения бактериального вагиноза, и Метрогил Плюс – терапия вульвовагинального кандидоза. Все дерматовенерологические препараты имеют форму геля, это их отличительная особенность.

e-mail: secretary@jbcpl.ru

Тел./факс: +7 (495) 642-82-34, +7 (495) 642-82-35

Москва, ул. Шаболовская, 31Г, 3 подъезд, 2 этаж

Международная фармацевтическая компания «Ядран», Хорватия



Дерматологический портфель препаратов компании является результатом собственных разработок, а также партнерства с новаторскими фармацевтическими компаниями. ЯДРАН предлагает качественные, современные, профессиональные препараты, применяемые при заболеваниях кожи, которые требуют тщательного и своевременного лечения.

АКНЕКУТАН® – инновационный препарат изотретиноина для системной терапии тяжелых и резистентных форм акне. Произведен по запатентованной технологии LIDOSE®, которая позволяет увеличить биодоступность изотретиноина на 20%.

ЗЕРКАЛИН® – 1% раствор клиндамицина для местной терапии угревой сыпи.

ПЕРФЭКТОИН® – уникальный крем на основе 7% эктоина, обеспечивающий длительное увлажнение кожи при терапии изотретиноином.

ПОСТАКНЕТИН® – гель для профилактики и коррекции постакне.

РОЗАМЕТ® – 1% крем метронидазола для местной терапии розацеа.

ООО «ЯДРАН»

www.jgl.ru

Тел.: +7 (499) 1433371

119330, г. Москва, Ломоносовский пр-т,
д. 38, оф. VII

Научно-производственный центр «Микромир»



микромир

Научно-производственный центр «Микромир» был основан в 2011 году. Сегодня компания «Микромир» заслужила репутацию одного из лидеров в области бактериофагии не только на территории России, но и на мировой арене. Мы за бережное отношение к микробиому человека и создаем препараты, соответствующие нашему подходу и убеждениям. Сегодня в нашей команде работает более 120 сотрудников, открыты представительства в 10 городах России. Наша продукция представлена в более чем 40 городах от Калининграда до Хабаровска.

<https://micromir.bio>

тел.: +7(495)625-32-65

107031, г. Москва, Кисельный Нижний
пер., д. 5/23, стр. 1

The background features a series of concentric circles and arcs in various shades of pink and purple. A vertical line divides the composition in half. The left half is filled with a solid, medium-pink color. The right half is white, with the circular patterns appearing as negative space or thin outlines. The text is centered horizontally and partially overlaps the vertical divide.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АКТУАЛЬНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НА ПРИЕМЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

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

Артемьева С.И., Михайлова И.А., Шостак Н.А., Леонова В.С.

Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием с генетически детерминированной врожденной иммунностью, реализующейся под воздействием триггерных факторов. Псориазический артрит (ПсА) рассматривается как наиболее частая коморбидная патология при псориазе и классифицируется как клиническая форма спондилоартритов, представляет собой прогрессирующее деструктивное воспалительное поражение суставов, ассоциированное с псориазом, и находится на стыке фундаментальных проблем ревматологии и дерматологии. Интерес к проявлениям псориазической болезни объясняется ростом распространенности данной патологии, снижением качества жизни пациентов, а также тяжелыми инвалидизирующими последствиями. Приблизительно у 80% пациентов артрит развивается в среднем в пределах 7 лет от дебюта псориаза, что создает уникальную возможность для предотвращения развития ПсА. В среднем около 52% пациентов с псориазом испытывают артралгии без диагностированного ПсА, а средняя задержка постановки диагноза составляет 5 лет, что обусловлено недостаточной диагностикой данного заболевания в дерматологических клиниках. Поздняя диагностика ПсА (в пределах 6 месяцев от момента развития артрита) ассоциируется с существенным снижением эффективности терапии. Дерматологи играют важную роль в сокращении задержки диагностики ПсА путем проведения обязательного скрининга пациентов с псориазом. В 2019 году была предложена новая модель развития ПсА, которая помогает лучше понять механизмы, лежащие в основе трансформации псориаза в ПсА у пациентов с высоким риском развития заболевания. В соответствии с данной моделью выделяют четыре фазы развития ПсА: преклиническую, субклиническую, продромальную и раннюю. Патогенетические механизмы, лежащие в основе каждой фазы, определяют необходимость более активного лечения пациентов с ПсА уже на ранних стадиях заболевания. Предполагается, что такая стратегия может изменить течение болезни, а также предотвратить развитие костно-деструктивных изменений. В последние годы осуществляется много исследований, направленных на определение вероятности развития ПсА у пациентов с псориазом. На сегодняшний день обсуждаются следующие клинические параметры, ассоциирующиеся с риском развития ПсА при псориазе: псориазическая ониходистрофия, которая рассматривается как одна из форм энтезитов; наличие коморбидных заболеваний; избыточная масса тела; курение; травматизация; длительность предшествующего псориаза (>25 лет); специфическая локализация (волосистая часть головы, гениталии); развитие неспецифических мышечно-скелетных симптомов. С целью подтверждения данных зарубежных исследований приводим результаты собственного опыта выявления ПсА. Материалы и методы. В выборку исследования вошли 35 пациентов с диагнозом «Псориаз обыкновенный» среднетяжелой и тяжелой степени, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». У всех пациентов отмечены проявления псориазической ониходистрофии, псориазические высыпания локализовались в том числе на коже волосистой части головы, у 21 пациента отмечена генитальная локализация. Длительность течения псориаза более 5 лет. С целью выявления ПсА все пациенты консультированы врачом-ревматологом. С учетом того, что бессимптомные признаки «синовiallyно-энтезиального» воспаления у пациентов с псориазом выявить возможно лишь с применением методов

визуализации, всем пациентам выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) илеосакральных сочленений, а также МРТ кистей или стоп (в зависимости от проявлений ониходистрофии).

Результаты. По результатам проведенного исследования с комплексной оценкой данных клинического осмотра, методов визуализации у 22 (62,8%) пациентов из 35 был впервые диагностирован псориазический артрит. У 9 (25,7%) больных по данным МРТ были диагностированы синовиты/энтезиты, что позволило отнести их к группе высокого риска развития в дальнейшем клинических проявлений ПсА.

Выводы. Проведенное исследование подтверждает необходимость проведения скрининга ПсА у пациентов с псориазом. В настоящее время дерматологи должны не только своевременно распознавать ПсА и лечить суставной синдром вместе с ревматологами, но и вовремя модифицировать у наблюдаемых пациентов факторы риска манифеста суставной патологии.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

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

Атабиева А.Я., Жукова О.В., Доля О.В., Терещенко А.В., Фриго Н.В.

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – распространенное хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся на коже, в том числе волосистой части головы, ногтях, половых органах и слизистых оболочках полости рта (СОПР), мочевого пузыря, заднего прохода, глаз, носа, пищевода. КПЛ недостаточно диагностируемый дерматоз, в связи с чем точная заболеваемость неизвестна. В эпидемиологических исследованиях отсутствуют четкие диагностические критерии (так, не только у больных с поражением кожи туловища и конечностей, но и СОПР, половые органы осматривают не всегда), кроме того разнообразная клиническая картина и в ряде случаев бессимптомное течение заболевания порой остаются не диагностированными, что составляет большую медицинскую проблему. По данным Lehman (Lehman J.S. et al. 2009г.) в общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ составляет 0,16–1,2%.

Цель: изучение данных литературы, касающихся этиопатогенеза КПЛ и подходов к терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы, касающейся этиопатогенеза и подходов к терапии КПЛ.

Результаты. До настоящего времени нет единого взгляда на природу и механизмы формирования КПЛ. Существует несколько теорий этиопатогенеза: аутоиммунная, наследственная, инфекционная, нейрогенная, интоксикационная, эндокринных и метаболических нарушений. Согласно аутоиммунной теории считается, что КПЛ обусловлен реакцией, опосредованной Т-клетками и направленной на базальные эпителиальные кератиноциты у генетически предрасположенных людей. Было обнаружено, что полиморфизмы генов с участком HLA-A3, HLA-DR1, HLA-DRB1 0101, HLA-DQ1 и HLA-DQB1 0201 связаны с КПЛ. Активированные цитотоксические Т-клетки инфильтрируют эпителий, что приводит к апоптозу базальных кератиноцитов. При поражении слизистых оболочек установлена связь с заболеваниями ЖКТ, болезнями печени, эндокринными расстройствами. Сообщается об ассоциации КПЛ с гепатитами (вирусным гепатитом В и С), первичным билиарным циррозом, инфекциями, в том числе с вирусом папилломы человека и вирусом простого герпеса. К факторам риска относят стрессы, сахарный диабет. Хроническая полисистемная соматическая патология у пациентов



с КПЛ значительно усугубляет клиническое течение, снижает эффективность лечения и ухудшает прогноз основного заболевания. В частности ассоциация эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР с сахарным диабетом и гипертонической болезнью, известная как синдром Гриншпана–Потекаева, отличается более тяжелым течением и резистентностью к стандартным методам терапии. На современном этапе оказания медицинской помощи лечение КПЛ СОПР должно быть персонализированным в зависимости от формы, локализации и тяжести процесса. Топические глюкокортикостероиды (тГКС) высокой активности – препараты первой линии при лечении КПЛ СОПР. Правильное и рациональное применение тГКС является безопасным. Однако монотерапия тГКС часто оказывается недостаточно эффективной, и тогда тГКС назначаются в комбинации с системными препаратами. Наиболее эффективным способом лечения являются системные ГКС, однако высокая частота рецидивов после отмены, необходимость сопроводительной терапии, побочные эффекты при длительном применении являются существенным недостатком. Следующим наиболее часто используемым препаратом является гидроксихлорохин, однако он малоэффективен при выраженном воспалительном компоненте и разбавленных формах. Препарат ацитретин по результатам исследований показал эффективность у 64% пациентов с КПЛ кожи. Лечение КПЛ иммуносупрессивным препаратом циклоспорин А достаточно эффективно, но учитывая возраст и частоту встречаемости артериальной гипертензии и сахарного диабета у пациентов с КПЛ длительное применение препарата в эффективных дозировках не представляется возможным. Наиболее обнадеживающие результаты у цитостатического препарата – метотрексата, который обеспечивает необходимый противовоспалительный и иммуносупрессивный эффект. Также отмечено, что назначение его в низких дозах является эффективным и безопасным. В связи с нежелательными эффектами и частой резистентностью к стандартной терапии развиваются альтернативные методики, такие как лазерная, фотодинамическая и биологическая терапия КПЛ. Заключение. Вопрос об изучении этиопатогенеза, подбора препаратов и оптимальной схемы лечения КПЛ, дающих стойкую ремиссию, остается открытым. Все пациенты с КПЛ подлежат диспансерному учету, особенно лица с длительно существующими гипертрофическими и эрозивно-язвенными очагами на СОПР из-за риска возможной малигнизации.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии
Москва

Чернова Н.И.

Простой хронический лишай (ПХЛ) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся зудом, четко очерченными, часто гиперпигментированными бляшками, лихенификацией, возникающими в результате хронического трения. ПХЛ представляет актуальную проблему ввиду сложности диагностики и лечения. Основной целью терапии является прерывание цикла зуд – расчесывание посредством снижения степени воспалительного инфильтрата в дерме, восстановления барьерной функции кожи, в связи с чем основу терапии составляют сверхмощные или мощные топические стероиды, в сочетании с увлажняющими, питательными средствами. Кроме того, представляется важным выявление и устранение провоцирующих факторов.

Цель исследования: анализ коморбидной патологии и эффективности комбинированной терапии аногенитального простого хронического лишая. Материал и методы. Под наблюдением находилось 27 пациенток в возрасте от 22 до 65 лет с диагнозом ПХЛ аногенитальной локализации, с давностью заболевания от года до 11 лет. Из них у 21 женщины отмечался ПХЛ вульвы, у 6 была вовлечена перинальная область. Больным назначался мометазона фуроат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом в форме крема 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее клотриазола пропионат 0,05% в форме мази 1–2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, далее 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии рекомен-

довался гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом через 40 мин после тГКС 1 р в сутки 7 дней, далее 2–3 р в неделю. Анализ эффективности проводимого лечения осуществляли при помощи дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты. Анализ жалоб показал, что наиболее часто регистрировался зуд, усиливающийся по ночам. Реже отмечались жжение и боль, которые, как правило, были обусловлены наличием эскориаций, эрозий, трещин. Интенсивность субъективных симптомов до лечения по ВАШ оценивалась как умеренная или тяжелая ($9 \pm 0,88$ и $8,8 \pm 0,83$ баллов). После лечения отмечалось достоверное снижение интенсивности жалоб или их полное исчезновение. Объективные симптомы: у всех пациенток отмечались гиперпигментированные бляшки и инфильтрация в зоне поражения, у 4 трещины, у 2 петехии. Только большие половые губы были поражены у 17 женщин, распространение процесса на малые половые губы зарегистрировано в 5 случаях, на перинальную область в 6. Оценка степени тяжести клинических проявлений по критериям ДИШС выявила статистически значимую разницу в регрессе инфильтрации от резко выраженной до ее полного разрешения через 3 месяца применения комплексной терапии. Подобная достоверная положительная динамика наблюдалась в отношении редукции папул/бляшек, трещин, петехий, экхимозов. Анализ показателей ДИКЖ до лечения выявил значительное влияние заболевания на качество жизни пациенток, до лечения и оценивалось в среднем $24,1 \pm 0,28$ балла, тогда как после комплексного лечения средний балл по показателю ДИКЖ снизился до $3,1 \pm 0,12$, что статистически значимо ($p < 0,01$). Анализ сопутствующих заболеваний УГТ показал наличие кандидоза, бактериальных, вирусных инфекций у 22 человек. Склероатрофический лишай вульвы диагностирован у 2 пациенток, красный плоский лишай у 2, атопический дерматит в 1 случае. Анализ коморбидной патологии: заболевания ЖКТ (патология желчного пузыря, энтеропатии) зарегистрированы у 20 больных, эндокринные нарушения (сахарный диабет, гипотиреоз) у 9, анемия у 4 пациенток, сидеропения в 7 случаях, стресс, депрессия у 24 женщин.

Заключение. Наличие сопутствующей патологии у пациентов с ПХЛ способствовало более тяжелому течению дерматоза, а также в некоторых случаях являлось одним из факторов его развития. Бактериальная, грибковая сенсibilизация, нарушение микроциркуляции, эндокринная патология способствуют развитию оксидативного стресса и, как следствие, – частым рецидивам. Выявление факторов, способствующих возникновению и развитию рецидивов дерматоза, способствует более высокой эффективности лечения.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРИПТАЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»
Москва

Медникова М.А., Жукова О.В., Касихина Е.И.

Мастоцитоз – заболевание, характеризующееся повышенным накоплением и клональной пролиферацией тучных клеток в коже и/или различных органах. В зависимости от распространенности процесса мастоцитоз классифицируют на две категории: кожный мастоцитоз и системный мастоцитоз. Клинические проявления мастоцитоза на коже отличаются разнообразием. Типичные пятнисто-папулезные высыпания обусловлены инфильтрацией кожи тучными клетками. Причиной сопутствующих проявлений (зуд, флешинг-реакции, волдыри, пузыри) является выброс медиаторов тучных клеток с различной биологической активностью: гистамин, триптаза, гепарин, воспалительные цитокины и лейкотриены. Триптаза – наиболее известный маркер мастоцитоза. Фермент обладает трипсиноподобной активностью и в основном секретируется тучными клетками, за исключением небольшого количества, высвобождаемого базофилами и миелоидными клетками-предшественниками. Нормальные лабораторные уровни триптазы составляют от 1 до 11,4 мкг/л (хотя некоторые лаборатории считают 15 мкг/л верхним пределом нормы). Уровень триптазы у пациентов с различными формами кожного мастоцитоза у 80–85% детей определяется в пределах референс-

ных значений. В процессе наблюдения за детьми мы наблюдали только одного ребенка с мастоцитомой кожи и значением триптазы 13,7 мкг/л. При полиморфном типе пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза (ППКМ) повышение уровня триптазы характерно для детей с распространенным процессом (коррелирует с высоким значением индекса SCORMA). При мономорфном типе ППКМ значительно чаще регистрируются повышенные значения триптазы, чем нормальные. Нами не выявлена связь между плотностью высыпаний и значениями триптазы. Средние значения триптазы при мономорфном типе составляют $20,4 \pm 4,6$ мкг/л. Снижение уровня триптазы у детей с полиморфным типом наблюдается после 7–8 летнего возраста. При определении уровня триптазы в сыворотке >100 мкг/л, а также тенденции к устойчивому повышению показателей рекомендуется исключить наличие системного поражения. Кроме того, повышенный уровень триптазы в сыворотке не является специфичным для мастоцитоза и может быть повышен у пациентов с хронической крапивницей, почечной недостаточностью, хроническими гельминтозами, наследственной альфа-триптаземией или другими миелоидными гематологическими заболеваниями.

АРТЕФАКТЫ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ДОЛАБОРАТОРНОМ ЭТАПЕ

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

Москва

Катунина О.Р., Бобров М.А.

В рутинной работе врача-дерматовенеролога нередко возникает необходимость морфологической диагностики кожи из очага поражения. Исследование биоптатов с последующей интерпретацией обнаруженных патологических изменений позволяют либо точно установить конкретную нозологическую форму, либо очертить узкий круг заболеваний, для которых характерна та или иная морфологическая картина. Артефакты исследуемого материала представляют собой серьезную проблему, поскольку крайне негативно влияют на интерпретацию микроскопической картины и формулирование патоморфологического заключения. Причиной серьезных затруднений оценки и интерпретации патологических изменений нередко являются дефекты биопсийного материала, возникающие на долабораторном этапе, связанные с неправильным обращением с биопсийным и операционным материалом на этапах его получения, в ходе хранения и транспортировки. Артефакты, возникающие на долабораторном этапе условно можно подразделить на: дефекты заполнения направления; дефекты, возникающие при заборе элемента сыпи; дефекты, возникающие при заборе материала; дефекты фиксации. Врачи-дерматовенерологи и медсестры, осуществляющие забор биоптатов кожи, должны отчетливо понимать, что такие факторы долабораторного этапа как выбор элемента сыпи, техника получения биопсийного материала, неадекватная фиксация, неблагоприятные внешние воздействия на тканевые образцы способны существенно затруднять гистологическое исследование, а в ряде случаев сделать морфологическую верификацию диагноза невозможной. В докладе будут рассмотрены основные причины возникновения подобных артефактов.

ГЕАНГИОМЫ КОЖИ И ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки»

Луганск

Радионов В.Г., Радионов Д.В., Хайминов Е.М.

Актуальность. Сосудистые аномалии – группа врожденной патологии сосудов, которые подразделяются на сосудистые опухоли и мальформации. Гемангиома (невус) представляет собой эндотелиальную гиперплазию

и является наиболее часто встречающейся доброкачественной сосудистой опухолью. Мальформация – это дефект строения сосудов, возникающий в процессе эмбрио- и васкулогенеза в конце 3 недели развития эмбриона. Цель работы. Поделиться собственным опытом с дерматологами, неонатологами, педиатрами и детскими хирургами при постановке диагноза сосудистой патологии кожи, возникающей у детей сразу после рождения или в первые месяцы жизни.

Материалы и методы. Гемангиомы могут являться симптомом многих кожно-висцеральных синдромов, и они куда менее опасны, чем такие синдромы как: Казабаха–Мерритта; Гиппеля–Линдау; Бина; Стерджа–Вебера–Краббе; Ослера–Рандю; Вискотта–Олдрича и др., при которых гемангиомы могут локализоваться в любых жизненно важных органах и не выявляться длительное время в период развития ребенка и даже позже.

Заключение. Диагноз нами устанавливается на основании внешнего осмотра кожного покрова с обязательным проведением цифровой дерматоскопии и сонографии, при необходимости, с целью исключения внутренней сосудистой патологии, назначаем УЗИ с доплерометрией, КТ или МРТ. Наш 20-летний практический опыт позволяет с уверенностью констатировать факт необходимости динамического врачебного наблюдения, в особенности при капиллярных гемангиомах кожи, полная инволюция у большинства которых (до 90%) наблюдается к 2–3, реже к 4–5 годам жизни ребенка.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

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

Махачкала

Жукова О.В., Гаджимурадова К.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.

Для типов врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) характерны достаточно гетерогенные мутации в нескольких генах, вызывающих развитие определенной формы ВБЭ, которые зафиксированы в различных базах данных: база данных мутаций генов человека (HGMD), а также в международной базе – Менделеевское наследие у человека (Online Mendelian Inheritance in Man – OMIM).

Цель – изучить самую крупную в России популяцию ВБЭ у субэтносов Дагестана.

Материалы и методы. На основании клинко-анамнестических данных верифицирован тип/субтип ВБЭ у 130 пациентов, 12 из них проведен генетический анализ материала методом ДНК-диагностики.

Результаты и заключение. Методом молекулярно-генетического исследования клинический диагноз подтвержден 12 пациентам: 10 с рецессивным ДВБЭ, 1 с ПВБЭ генерализованным Кебнера, 1 с ПрВБЭ локализованным не-Херлитца. ДНК-диагностика позволяет подтвердить генетическую природу заболевания, тип ВБЭ, а также установить форму наследования и патогенность мутации. Высока роль комплексного клинко-инструментального лабораторного обследования и тщательного сбора семейного анамнеза в верификации типа, субтипа и клинической формы ВБЭ и их последующей корреляции с доказательной базой медико-генетического анализа. Особенно актуален этот подход при идентификации мутаций в нескольких генах, присущих различным типам ВБЭ. Изучена эпидемиология ВБЭ. Так высок удельный вес пациентов, проживающих в городах Махачкале – 21 (16,15±3,23%) человек, Каспийске – 22 (16,92±3,29%), и Кизляре – 7 (5,38±1,98%), Кизлярском районе – 33 (25,38±3,82%), Хасавюртовском районе – 9 (6,92±2,23%), и в Тарумовском районе – 5 (3,85±1,69%). Анализ семейного анамнеза 38 пациентов Кизлярского и Тарумовского районов показал, что фактически все они, за исключением троих, ведут свое происхождение из села Кенхи Шатойского района Чеченской Республики. Тип/субтип пациентов Тарумовского района: простой генерализованный Кебнера ВБЭ – 2 человека, простой герпетиформный БЭ Дуулинг–Меара – 3; Кизлярский район: простой локализованный БЭ Вебера–Коккейна – 25 пациентов, простой генерализованный Кебнера ВБЭ – 7, простой герпетиформный БЭ Дуулинг–Меара – 2, генерализованный рецессивный дистрофический БЭ (Аллопо–Сименса) – 2. Среди больных, проживающих в городах Махачкала



и Каспийск, высок удельный вес выходцев из вышеуказанных районов, причем из Левашинского района – 15 (11,54±2,8%) человек, Акушинского – 5 (3,85±1,69%), Лакского – 10 (7,69±2,34%). Из которых с простым локализованным БЭ Вебера–Коккейна – 4 человека, простым генерализованным Кебнера ВБЭ – 2, пограничным локализованным ВБЭ не-Херлитца – 1, дистрофическим доминантным ВБЭ Пазини – 1, генерализованным рецессивным дистрофическим БЭ (Аллопо–Сименса) – 12, синдром Киндлер – 1. Остальные районы представлены одним-двумя индивидуумами. Концентрация в крупных городах больных с дистрофической формой ВБЭ обусловлена возможностью оказания здесь квалифицированной медицинской помощи.

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТОВ МСМ

Медицинский институт непрерывного образования «Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «МГУПП»»; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы
Москва

Лосева О.К., Жукова О.В., Титов И.С., Туаева Р.Г., Бессараб Т.П.

Цель исследования. Проанализировать клинические особенности первичного сифилиса у лиц группы МСМ и дать рекомендации специалистам по диагностике этой патологии.

Материалы и методы. Пациенты с ко-инфекцией сифилис/ВИЧ – из группы МСМ – 40 человек. Изучение анамнеза, клиники, затруднений в диагностике на основании историй болезней, данных осмотра, бесед с пациентами, контактов с лечащими врачами.

Результаты. В процессе исследования был обнаружен ряд особенностей, характерных для пациентов этой группы. В их анамнезе нередко встречалось указание на повторное инфицирование сифилисом (реинфекцию): 20 из 40 пациентов (50%) имели реинфекции. У 5 из 20 реинфекция была неоднократной (25%). Интервалы между заражениями сифилисом составляли от 1 года до 17 лет, в большинстве случаев – от 1 до 5 лет. Первая реинфекция была диагностирована в первичном периоде у 2 больных, во вторичном – у 10, в раннем скрытом периоде – у 9 человек. Вторая реинфекция диагностировалась как ранний скрытый сифилис в 4 случаях и неуточненный как ранний или поздний – в одном. Типичной локализацией первичных проявлений в этой группе больных были глотка и прямая кишка. В связи с этим пациенты обращались за помощью к отоларингологам и проктологам. Установление диагноза «ангина» или «фарингит» вело к безуспешному лечению и потере времени. Возможно, поэтому правильный диагноз ставился уже во вторичной стадии заболевания, либо даже в скрытом периоде. Обращение к проктологу было более эффективно, поскольку проктологи в последнее время обратили внимание на патологию прямой кишки, вызываемую возбудителями различных ИППП, и проводят соответствующую лабораторную диагностику. При этом с помощью ПЦР удается обнаружить хламидии, трихомонады, гонококки и других возбудителей ИППП. Бледная трепонема в сообществе с другими возбудителями в ПЦР, как правило, не обнаруживается. Необходима постановка (нередко неоднократная) серологических тестов на сифилис, которые становятся основой диагностики. Группа характеризуется высокой заболеваемостью ИППП, сочетанностью различных ИППП, высоким риском инфицирования и пренебрежением мерами профилактики этих инфекций.

Рекомендации лечащим врачам. Учитывая характеристики описанной группы, при сборе анамнеза следует расспросить об обращении пациентов к специалистам: дерматовенеролог, колопроктолог, отоларинголог. Имея в виду вероятные отрицательные результаты исследования на сифилис в ПЦР и возможность отрицательных или сомнительных результатов РМП у пациентов данной группы (в связи с наличием ВИЧ-инфекции), следует повторять серологические исследования (НТТ и ТТ), назначать ПЦР и проводить осмотр кожных покровов и слизистых в динамике. Врачи-дерматовенерологи, отоларингологи и проктологи, имея дело с пациентами с ко-инфекцией сифилис/ВИЧ, должны пользоваться взаимной консультативной помощью. В ЛПУ дерматовенерологического профиля нужно предусмотреть возможность осмотра анальной области пациента с помощью анальных зеркал. Необходимо проведение профилактической

работы с лицами из группы МСМ, с учетом высокой инфицированности в этой группе и пренебрежения мерами профилактики.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ SCORAD У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

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

Мухачева Д.А., Разнатовский К.И.

Цель исследования. Исследование корреляции признаков различных значений SCORAD и показателей нейромедиаторов сыворотки крови у больных, госпитализированных с диагнозом атопический дерматит (далее АД) в стационар ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Материалы и методы. Обследовано 68 пациентов с диагнозом АД: 23 женщины (57,5%) и 17 мужчин (42,5%) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст 28,3±2,5 года). Степень тяжести АД оценивалась с помощью шкалы SCORAD. Перед исследованием крови были исключены из рациона некоторые продукты (кофе, сыр, авокадо, бананы, шоколад и пр.); пациент до забора крови находился в покое не менее 30 минут. На анализаторе SHIMADZULC-20-HPLC (Япония) выполнялось исследование нейромедиаторов в сыворотке крови с помощью метода высокоэффективной жидкостной хроматографии. Для статистической обработки и анализа данных использовано приложение MS Excel (критерии Пирсона, Спирмена), библиотеки numpy, pandas, scipy, для проверки гипотезы о независимости использовался критерий Шапиро–Уилка.

Результаты и обсуждения. Обследовано 68 пациентов с диагнозом атопический дерматит: 41 женщина (60,3%) и 27 мужчин (39,7%) в возрасте от 19 до 71 лет (средний возраст 36,5±10,0 года). Среди больных АД по шкале SCORAD результаты составили от 20 до 75 баллов, медиана 45 (среднее значение 45,3±7,4 балла). В зависимости от степени тяжести заболевания и оценки клинических проявлений по индексу SCORAD пациенты были разделены на следующие группы: I группа – SCORAD <50, включающая 44 больных АД (64,7%); II группа – SCORAD ≥ 50, 24 больных АД (36,3%). При исследовании критерия Шапиро–Уилка: W = 0,794 < W_{таб} для n = 68 и уровня значимости 0,05%. Нулевая гипотеза отклоняется, которая состоит в том, что случайная величина нормально распределена. Следовательно, нормальность распределения признаков отсутствует, что подтверждает отсутствие случайности в изменении показателей. Парные коэффициенты корреляции для всей группы исследуемых находятся в диапазоне от 0,1 до 0,3. Однако при группировке по полу и возрасту корреляция возрастает – наблюдается повышение уровня взаимосвязи между исследуемыми величинами. Для группы пациентов-женщин парные коэффициенты корреляции находятся в диапазоне от 0,1 до 0,9, для группы мужчин – в диапазоне от 0,1 до 0,8. Выводы. Парная корреляция между SCORAD и другими показателями при группировке возрастает, при этом влияние различных показателей может отличаться в разных группах пациентов. Данная гипотеза требует дальнейшего исследования.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер»
Тамбов

Шустова В.Н.

Цель работы — исследование способа построения финансовой модели общественного здравоохранения в РФ на примере ГБУЗ ТОКВКД. Рассма-

тривается «рутинный» период 2018 – 6 месяцев 2022 года (до, во время и после обострения эпидемиологической ситуации). Это исследований необходимо для поиска путей дальнейшего (посткризисного) развития учреждения. ГБУЗ «ТОКВКД» финансируется из четырех источников: субсидия на выполнение государственного задания, средства от фонда обязательного медицинского страхования, от приносящей доход деятельности, субсидии на иные цели. В денежном выражении сумма поступающих в учреждение доходов снизилась почти на 7 миллионов за данный период, а в процентном соотношении в разрезе по источникам финансирования доля средств обязательного медицинского страхования выросла на 3%, субсидии на выполнение государственного задания остаются в количественном выражении стабильны, а доля от поступающих платных услуг снизилась примерно на 3%. По расходам ситуация с процентным ростом и падением в разрезе по источникам финансирования аналогична доходной части. В эти годы наблюдался рост цен в связи с инфляцией, а затем и усугубившейся тяжелой эпидемиологической ситуацией, которая также увеличила потребность учреждения в приобретении дезинфицирующих средств, одноразовых масок и перчаток для обеспечения безопасности медицинского персонала. Также произошло снижение тарифов на некоторые виды оказываемых услуг в системе ОМС, уменьшились плановые объемы. Особенно тяжело пришлось учреждению в 2020 году, когда в связи с тяжелой эпидемиологической обстановкой цены на маски и перчатки, так необходимые в условиях пандемии, поднялись в несколько раз. На их приобретение были направлены средства от платных услуг медицинскому персоналу, осуществляющему прием в рамках ОМС. При анализе расходов видно, что доля затрат на заработную плату и начисления на оплату труда с каждым годом увеличиваются. На расходы учреждения помимо заработной платы остается все меньше средств. Усугубляет ситуацию то, что все здания учреждения имеют большой физический износ, давно требуют капитального ремонта, а два из них имеют статус объектов культурного наследия, что влечет за собой дополнительные расходы при проведении даже незначительных ремонтных работ. Для того чтобы попасть в программу федерального финансирования требуются технические заключения, на которые, к сожалению, у учреждения нет средств. Поэтому большая часть ремонтных работ по восстановлению работоспособности системы отопления, обследование принадлежащего к объектам культурного наследия здания на предмет возможного проведения восстановительных работ, аварийные работы по ремонту крыш осуществлялись только за счет средств от оказания платных услуг. В 2020 году из средств от приносящей доход деятельности была отремонтирована детская поликлиника, а в текущем году заключен договор на капитальный ремонт небольшого участка крыши. В настоящее время в связи с обострившейся террористической ситуацией требования проверяющих органов к охране объектов здравоохранения все время растут, но в силу сложившихся обстоятельств это является непосильной ношей из-за ежегодного снижения тарифов. Падает и уровень оказания платных услуг, поскольку в филиалах наблюдается снижение доходов населения в связи с закрытием мелких предприятий в период сложной эпидемиологической ситуации и предпочтения платежеспособного населения к лечению в областном центре. Не может учреждение конкурировать и в сфере оказания услуг по проведению лабораторных исследований, поскольку по объективным причинам при участии в торгах конкуренты из частных клиник снижают стоимость проведения исследования ниже стоимости реагента для проведения данного вида исследования, не считая остальных затрат на оплату труда, расходные материалы и так далее. В настоящее время для исправления ситуации и недопущения снижения уровня заработной платы (повышение МРОТ с 1 июня обойдется учреждению до конца года в 600 тыс. руб.) и сокращения штата, который и так не полностью укомплектован, требуется пересмотр объемов оказываемых услуг и по возможности увеличение тарифов хотя бы на процент инфляции, даже если эта возможность появится у учреждения только в 2023 году, это позволит кожно-венерологическому диспансеру, который в этом году празднует свое 100-летие, остаться на плаву и поддерживать статус областного учреждения здравоохранения.

КАБИНЕТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

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

Москва

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Томилиן А.А.

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи (далее – ЗНК) вместе с меланомой занимают лидирующие позиции в общей структуре онкологической заболеваемости. Показатели распространенности и заболеваемости ЗНК и меланомой кожи продолжают ежегодно увеличиваться. За последние 10 лет рост заболеваемости ЗНК составил 42%, меланомой – на 53%, причем по статистике только в 30% случаев меланомы выявляются активно, причем пятая их часть выявляется на запущенных стадиях, несмотря на то, что меланома является опухолью визуальной локализации. В связи с этим все более актуальной становится задача внедрения в практическое здравоохранение на постоянной основе полноценных скрининговых мероприятий для профилактики и раннего выявления этой патологии. Однако опыт зарубежных стран показывает, что скрининг всех видов ЗНК на основании исключительно визуального осмотра всего кожного покрова, как правило, оказывается малоэффективным, так как даже обученные высококвалифицированные специалисты далеко не всегда могут идентифицировать выявленное новообразование кожи как злокачественное. Все это создает серьезную проблему не только для врачей первичного звена, но и для врачей-онкологов, так как в одних случаях сложно избежать гипердиагностики, в других – своевременно выявить малигнизацию на ранних стадиях, в связи с чем для исключения другой патологии кожи требуется проведение дорогостоящих гистологических и иммуногистохимических методов диагностики.

Цель. Проанализировать опыт организации скрининговых мероприятий для профилактики и раннего выявления ЗНК, включая меланому, в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ».

Материалы и методы. При оценке организации скрининговых мероприятий использовался анализ локальных нормативных актов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», данные отчетных форм «Отчет кабинета профилактики ЗНК», «Отчет о работе ЦНДК» за период 2019–2021 гг., а также сведения о направленных из ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» пациентах, представленные медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающими медицинскую помощь по профилю «онкология», в рамках обратной связи.

Результаты. Кабинеты профилактики ЗНК (далее – Кабинеты) организованы на функциональной основе в филиалах и структурных подразделениях ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» и находятся в непосредственном подчинении заведующих дерматовенерологическим отделением этих филиалов.

В задачи кабинета входит оказание высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи пациентам с новообразованиями кожи с применением современного неинвазивного диагностического оборудования и телемедицинских технологий, сокращение сроков установления диагноза, определение тактики ведения пациентов и проведение лечебных мероприятий, а также осуществление динамического (диспансерного) наблюдения и реализация мероприятий по профилактике онкологических заболеваний среди данной категории лиц.

Учитывая, что наиболее доступным чувствительным и специфичным методом неинвазивной диагностики ЗНК в настоящее время является дерматоскопия, позволяющая дифференцировать их признаки от другой патологии кожи, в стандарт оснащения кабинетов включены дерматоскопы Heine Delta 20. Кроме того, в оснащение Кабинетов также включено оборудование для фиксации дерматоскопических изображений – фотоадаптеры Haine SLR для фотокамеры и дерматоскопа (Canon), фотокамеры для дерматоскопа Canon EOS 4000D, система ультразвуковой визуализации Taberna pro medicum Physik und Elektronik in der Medizintechnik GmbH.

В 2022 году все Кабинеты были также оснащены аппаратами ультразвукового исследования и определения морфофункциональных параметров кожи, для чего были приобретены модели ультразвуковых сканеров «DUB SkinScanner» в общем количестве 16 штук.



Эти аппараты обеспечивают возможность выполнения доступного неинвазивного исследования состояния дермы, гиподермы, эпидермиса с глубиной сканирования до 1,6 см. Все результаты исследований можно сохранить для последующего сравнительного анализа. Кроме того, данные ультразвуковые аппараты позволяют проводить видеодерматоскопию, высокочастотную доплерографию и эластометрию, что существенно расширяет диагностические возможности врача Кабинета.

Врачи-дерматовенерологи Кабинетов ведут прием пациентов с новообразованиями кожи как по направлению врача-дерматовенеролога филиала или структурного подразделения, так и при самостоятельном обращении пациента в часы работы филиала.

Данный прием включает визуальный осмотр кожных покровов пациента, обязательное проведение дерматоскопического обследования и осмотр в лучах лампы Вуда. При необходимости осуществляется цифровая фотофиксация новообразований, с передачей данных в архивы для динамического наблюдения.

По результатам обследования определяются диагноз и тактика ведения пациента. В случае затруднения постановки диагноза или определения тактики ведения врач-дерматовенеролог Кабинета направляет пациента в ЦНДК, оформляя направление

с использованием ресурсов медицинской информационной системы «MedWork». При получении заключения от специалистов ЦНДК о наличии убедительных данных, свидетельствующих о меланоме или других ЗНК, врач-дерматовенеролог Кабинета осуществляет маршрутизацию пациента в соответствии с требованиями приказа Департамента здравоохранения Москвы «Об оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»

В случае выявления у пациентов невусов с высоким риском малигнизации врач-дерматовенеролог Кабинета обеспечивает включение такого пациента в «Регистр пациентов с диагнозом меланоцитарный невус» и в последующем осуществляет его динамическое наблюдение с частотой не реже 1 раза в год. В Кабинетах проводится удаление доброкачественных немеланоцитарных новообразований кожи с использованием методов криодеструкции, радиоволновой хирургии, электрокоагуляции, лазерной деструкции, хирургического иссечения. При наличии показаний биопсийный материал направляется в патоморфологическую лабораторию ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с целью верификации клинического диагноза.

Всего за период 2019–2021 гг. по итогам консультации врачей-дерматовенерологов Кабинетов были исключены подозрения на ЗНК у 338,4 тыс. человек. 6095 пациентов с подозрением на ЗНК были направлены по программе сотрудничества на консультацию к врачу-онкологу: из них 3063 подтвержденных случаев ЗНК.

Выводы. Организация Кабинетов, оснащенных всем необходимым современным неинвазивным диагностическим оборудованием, позволила повысить эффективность выявления ЗНК, прежде всего меланомы кожи, на ранних стадиях, тем самым улучшив прогноз и качество жизни пациентов; обеспечило выявление пациентов с высоким риском развития ЗНК на фоне меланоформных невусов, а также их учет и динамическое наблюдение.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТОРПИДНОГО ТЕЧЕНИЯ АКНЕ

Кафедра кожных болезней и косметологии, факультет дополнительного профессионального образования, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Хатаева Д.И., Потеев Н.Н., Демина О.М., Солнцев В.В., Якупов И.А.

Введение. Акне – одна из самых частых патологий, с которой пациенты обращаются к дерматовенерологу. Это мультифакториальное заболевание, причинами развития которого являются чрезмерная продукция кожного сала себоцитами, гиперкератоз, наблюдаемый в фолликулах,

воспалительный процесс и пролиферация *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*). Можно с уверенностью сказать, что акне является чрезвычайно актуальной проблемой на сегодняшний день, так как самые высокие цифры (около 90%) заболеваемости регистрируются в возрастной группе 14–17 лет, что зачастую приводит к нарушению психологического статуса молодых пациентов.

Цель настоящего исследования: оценка факторов торпидного течения акне. Материалы и методы. В ходе выполнения поставленной цели использовался клинико-анамнестический метод. Под нашим наблюдением находился 21 пациент со среднетяжелой формой акне, из них 14 женщин (66,7%) и 7 мужчин (33,3%) в возрасте от 17 до 45 лет (медиана – 25 лет).

Результаты. При анализе факторов начала заболевания было выявлено, что 1 (4,76%) пациент связал начало акне с гинекологической патологией (синдром поликистозных яичников, СПКЯ), 1 (4,76%) пациент отметил наличие отягощенного семейного анамнеза по акне, что, по его мнению, явилось причиной дебюта заболевания. Остальные 19 (90,47%) пациентов затруднились назвать причину начала дерматоза. При анализе факторов, провоцирующих обострение, у 12 (57,1%) пациентов были установлены по одному или 2 и более факторов. Среди наиболее часто встречающихся были следующие: погрешности в диете (употребление фастфуда, чрезмерное употребление сладкого, употребление алкоголя) – у 8 (38,1%), предменструальный синдром (ПМС) у 2 (9,5%), механическая травматизация – у 4 (19%) (ношение тесного головного убора, ношение маски), глистная инвазия – у 1 (4,76%), стресс – у 1 (4,76%). При этом у 3 (14,3%) пациентов отмечено 2 и более факторов, вызывающих обострение акне.

Отягощенный наследственный анамнез был установлен у 17 (80,95%) наблюдаемых пациентов, среди которых отягощенный по акне анамнез выявлен у 8 (38,1%) пациентов, по сахарному диабету – у 6 (28,6%) пациентов, по онкологической патологии – у 3 (14,3%) пациентов. Следует отметить, что у близких родственников была диагностирована преимущественно среднетяжелая и тяжелая форма акне. Анализ эффективности ранее проведенного лечения показал, что все пациенты применяли различные топические средства: адапален; бензоила пероксид; клиндамицин; азелаиновую кислоту; цинка гиалуронат; адапален + бензоила пероксид; эритромицин + цинк ацетат дигидрат курсами по 1–4 месяца с временным положительным эффектом. Системную терапию получали 11 (52,4%) пациентов, включая антибиотикотерапию – 8 (38,1%) пациентов и системный изотретиноин – 3 (14,3%) пациента. Препаратами выбора антибиотикотерапии были миноциклин по 5 мг 2 раза в день 14 дней 1–3 курса с интервалом 3–4 месяца – 5 (23,8%) пациентов; доксициклин по 100 мг 2 раза в день 14 дней 1–3 курса с интервалом 3–4 месяца – 3 (14,3%) пациента с временным положительным эффектом. Из анамнеза обращает на себя внимание то, что пациенты не смогли точно указать курс и дозировку системного изотретиноина, при этом у всех пациентов отмечен рецидив заболевания.

Выводы. Проведенное исследование показало, что торпидное течение акне обусловлено рядом факторов, включая отягощенный семейный анамнез по акне, сахарному диабету и онкопатологии, несбалансированное питание с чрезмерным употреблением сладкой пищи, механическая травматизация, а также наличие такой патологии у женщины, как СПКЯ. Таким образом, выявление и анализ факторов, наличие которых у пациентов может влиять на течение и тяжесть заболевания, вызывать обострения, влиять на восприимчивость к проводимой терапии, актуальны для выбора персонализированной тактики терапии и профилактики возможной ее неэффективности.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФFUЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА

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

Потеев Н.Н., Катунина О.Р., Касихина Е.И.

Мастоцитоз представляет собой гетерогенную группу заболеваний, признаки и симптомы которых определяются наличием инфильтрата из тучных

клеток в тканях. Выделяют два основных варианта: кожный мастоцитоз (КМ), который ограничен кожей, и системный мастоцитоз (СМ), при котором в процесс вовлекаются костный мозг, печень, селезенка и лимфоидная ткань. У 15–31% пациентов заболевание дебютирует с рождения. Диффузный кожный мастоцитоз (ДКМ) – редкий и тяжелый вариант КМ, при котором высыпания появляются сразу после рождения или в неонатальном периоде. Клинически ДКМ проявляется отечной эритемой, субэпидермальными пузырями, инфильтрацией дермы, усилением кожного рисунка. Внешне кожа может выглядеть типично или иметь вид «апельсиновой корочки». Под нашим наблюдением находятся 2 ребенка с ДКМ. Диагноз мастоцитоза был подтвержден патоморфологическим и иммуногистохимическим исследованием биоптата. По данным заключения эпидермис обычной толщины, его слои дифференцированы, пигментация кератиноцитов базального слоя эпидермиса без признаков выпадения пигмента. В центральной зоне ссеченного лоскута практически вся толща дермы выполнена густым плотным лимфомоноцитарным инфильтратом. В отдельных срезах отмечается отслойка эпидермиса с формированием субэпидермального пузыря. При проведении иммуногистохимического окрашивания с антителами к CD117 позитивная реакция выявляется на подавляющем большинстве клеток дермального инфильтрата. Реакция с антителами к melanA, S100, langerin, CD3, CD20, CD68, CD138, CD34 – негативная. При окрашивании с антителами к CD1a в эпидермисе обнаруживаются позитивно окрашенные отростчатые клетки Лангерганса. При окрашивании с антителами Ki67 количество пролиферирующих клеток в составе инфильтрата составляет 9–10%. Иммуногистохимия CD117 (c-kit) свидетельствует о массивной позитивности тучных клеток. Прогноз в отношении развития системности для ДКМ обсуждается. Пока нет однозначного мнения по этому поводу. Считается, что пациенты подвержены повышенному риску развития СМ или опасных для жизни ребенка явлений, таких как гипотензия, диарея и бронхоспазм.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТОПИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ХИЛЛА

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск

Ямских А.А., Винник Ю.Ю., Бекетов А.М., Безкорская Л.Н.

Введение. Атопическая эритродермия Хилла (АЭХ) является одной из тяжелых форм атопического дерматита, при которой поражается весь кожный покров. Она чаще развивается у детей до 3 лет. Частота регистрации в этом возрасте составляет 1,9–8,4%.

Цель: представить клинический случай АЭХ у пациента детского возраста. **Материалы и методы.** Объектом и методом исследования явилась больная Т., 5 лет, госпитализирована в отделение круглосуточного стационара КГБУЗ КККВД №1 22.04.2022 года с ДС: Атопический дерматит, II возрастной период, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, стадия обострения, тяжелое течение. Состояние тотальной эритродермии Хилла. Жалобы на высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, интенсивный постоянный зуд, шелушение, сухость кожного покрова. Анамнез заболевания: со слов мамы, впервые высыпания на коже появились с февраля 2022 года. Начало заболевания связывает с перенесенной коронавирусной инфекцией. В анамнезе перенесенная ветряная оспа (2021 год), соматически здорова. Обратились к дерматологу по месту жительства, выставлен диагноз: псориаз эритродермический. Лечение получала амбулаторно: наружно комбинированная мазь (бетаметазон+клотримазол+гентамицин), антигистаминные препараты в виде капель, эмоленды. Эффекта от терапии не отмечалось. В связи с ухудшением кожного процесса, появлением симптомов интоксикации (озноб, слабость) была направлена на госпитализацию в круглосуточный стационар КГБУЗ КККВД №1, где был установлен диагноз АЭХ. Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный и симметричный характер, локализуется на коже лица, шеи, верхних, нижних конечностей, туловище, в области паховых складок. На коже лица, шеи, груди, животе, ягодицах, бедрах, голених высыпания представлены различной эритемой. На фоне эритемы множественные милиарные папулы ярко-розового цвета, эскориации, серозно-геморрагические корочки. Резко выраженные очаги инфильтрированной эритемы локализируются на шее, тыле кистей, в области запястий, локтевых и подколенных ямок. На

тыле кистей и в области запястий – отечность кожи, мокнутие, эрозии, эскориации. В области локтевых и подколенных сгибов лихенификация, на поверхности которой папулы, эскориации, серозно-геморрагические корочки. В области паховых складок опрелость кожи, микротрещины. На коже лица сухость кожного покрова, хейлит. Гиперлинеарность ладоней. Дермографизм стойкий, белый. Ногти не деформированы. Отмечается увеличение подмышечных лимфатических узлов, умеренно болезненных при пальпации, эластической консистенции, подвижных. По лабораторным показателям отмечались тромбоцитоз, лейкоцитоз, СОЭ 21 мм/ч, IgE 640 МЕ/мл. Проводилось лечение дезинтоксикационными, антигистаминными препаратами, системными и топическими ГКС. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика, патологический кожный процесс разрешился полностью.

Выводы. Описанный клинический случай пример тяжелого и редкого течения атопического дерматита, для которого важна ранняя дифференциальная диагностика с другими кожными заболеваниями и своевременное установление диагноза для назначения адекватной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СИСТЕМНУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

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

Артемьева С.И., Анохина Л.С., Михайлова И.А.

Псориаз представляет собой хроническое иммуноопосредованное заболевание. В случае тяжелого течения дерматоза отмечена корреляция с возникновением множества сопутствующих патологий, таких как псориатический артрит, метаболический синдром, воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, описаны определенные онкологические риски. Согласно существующим зарубежным и отечественным клиническим рекомендациям при среднетяжелых и тяжелых формах псориаза показано назначение системной иммуносупрессивной терапии, таргетных и генно-инженерных биологических препаратов. Особый интерес представляет определение тактики ведения и подбора терапии у пациентов с наличием сочетанной сопутствующей патологии ввиду отсутствия достаточного количества исследований безопасности терапии. С учетом необходимости расширения данных реальной клинической практики о возможных рисках ведения пациентов с тяжелым псориазом приводим описание собственного клинического опыта.

Пациент Л. 1967 г.р. находится под наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с диагнозом «Псориаз артропатический». Болен псориазом с 2010 года, постепенно кожный процесс принял тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение. С 2012 года в связи с присоединением суставной симптоматики диагностирован «Псориатический артрит». Ввиду тяжести течения псориатического процесса помимо стандартных методов терапии, физиотерапевтического лечения (UVB-311 нм, ПУВА-терапии), неоднократно получал цитостатический препарат Метотрексат в дозе до 25 мг в неделю, однако отмечались эпизоды повышения уровня печеночных трансаминаз в сыворотке крови, после отмены терапии показатели самостоятельно нормализовались. В 2019 году с учетом тяжести течения псориаза был назначен селективный иммуносупрессор – ингибитор ФДЭ4 Апремиласт, терапия с выраженным положительным эффектом в виде достижения ремиссии кожного и суставного процессов. Однако больной страдал сопутствующей алкогольной зависимостью, на фоне чего в 2020 году диагностирован «Цирроз печени токсической этиологии», несмотря на проводимую терапию, абстиненцию более 6 месяцев, сохранялись признаки печеночно-клеточной недостаточности, гипербилирубинемия. По жизненным показаниям больному выполнена ортотопическая трансплантация печени в сентябре 2021 года на базе ГБУЗ «МНПЦДК им. А.С. Логанова ДЗМ», пациенту назначена терапия препаратом Такролимус 5 мг в сутки, при этом абсолютных противопоказаний к продолжению

терапии псориаза не было, и прием препарата Апремиласт в дозе 30 мг 2 раза в сутки был возобновлен. Со стороны псориазического процесса была вновь достигнута ремиссия. В июле 2022 года при очередном осмотре пациента на коже передней части грудной клетки было обнаружено подозрительное меланоцитарное образование, и с диагнозом «Меланома?» пациент направлен в КДО ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ», где проведена эксцизионная биопсия новообразования. Диагноз «Меланома, поверхностно-распространяющаяся, pT1bN0M0, Ia ст.» подтвердился. В настоящее время пациент находится под наблюдением врача-онколога с определением дальнейшей тактики ведения. Терапия препаратом Апремиласт временно отменена, по псориазическому процессу рецидива не отмечается. Данный клинический случай представляет интерес для практикующих клиницистов ввиду необходимости понимания междисциплинарного подхода к ведению и определенной настороженности при наблюдении пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА

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

Москва

Волкова С.Б., Герман А.О.

Введение. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона – редко встречающийся дерматоз, характеризующийся псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса в виде папилломатозных бородавчатых разрастаний, формирующихся на месте очагов хронических дерматозов или рубцов. Впервые данный дерматоз описал в 1932 г. немецкий дерматолог Heinrich Adolf Gottron как самостоятельное заболевание. H.A. Gottron назвал это состояние «папилломатоз кожи». В 1950 г. W. Nikolowski и E. Eisenlohr описали другого пациента с аналогичными клиническими и гистологическими изменениями, добавили к названию заболевания термин «карциноидный» ввиду внешнего сходства дерматоза с плоскоклеточной карциномой. Дерматозом болеют в основном мужчины 40–85 лет. Этиология и патогенез остаются до конца не изучены. Заболевание развивается на фоне хронических воспалительных дерматозов, лимфостазов, нарушенного кровообращения и варикозного симптомокомплекса, посттравматических рубцов. Клиническая картина карциноидного папилломатоза кожи Готтрона представлена опухолевидными очагами на нижних конечностях, достигающими размеров ладони, с вегетациями, тестоватой консистенции светло-розового цвета. На поверхности наблюдается густое отделяемое с неприятным запахом, ссыхающееся в корки желтовато-серого цвета. При мацерации могут появляться эрозии или поверхностные изъязвления. Течение заболевания длительное, с возможной трансформацией в плоскоклеточный рак. Гистологически определяется резко выраженная псевдоэпителиоматозная гиперплазия эпидермиса с разрастанием всех слоев эпидермиса и образованием причудливых эпителиальных тяжей, глубоко проникающих в кожу. Данное заболевание необходимо дифференцировать с хромомикозом, хронической вегетирующей пиодермией Аллопо, бородавчатым туберкулезом кожи, лимфостатическим папилломатозом кожи, плоскоклеточным раком. Цель: демонстрация клинических особенностей редкого дерматоза для своевременной диагностики.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, доплерография, гистологическое исследование.

Результаты. Больной М., 67 лет, обратился в филиал «Останкинский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, без субъективных ощущений. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ожирение, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хроническая венозная недостаточность вен нижних конечностей, лимфостаз. Считает себя больным с 1997 года, когда впервые отметил появление высыпаний на коже стоп. С течением времени процесс распространился на кожу голеней. Врач-дерматовенеролог установил диагноз: Хроническая пигментная пурпура. Экзематозный тип. Пациент длительное время наблюдается и получает лечение у эндокринолога, флеболога и ревматолога, к врачу-дерматове-

нерологу обращался эпизодически. Локальный статус: кожный процесс представлен на коже бедер петехиальными пятнами диаметром от 1 до 3 см, без четких границ, исчезающими при надавливании; на коже голеней на буровато-красном фоне множественные опухолевидные разрастания плотноватой консистенции, полушаровидной и конусовидной формы, диаметром от 0,2 до 0,5 см, выступающие над поверхностью кожи, покрытые корко-чешуйками грязно-желтого цвета. По периферии – венчик гиперемии с цианотичным оттенком. Кожа в очагах плотная на ощупь, не собирается в складку. Голеней отека, с явлениями лимфостаза. В общем анализе крови и мочи все показатели в пределах нормы. При ультразвуковой доплерографии – варикозная трансформация большой подкожной вены и притоков с двух сторон, лимфостаз голеней. Результаты диагностической биопсии – патологические изменения носят характер хронического дерматита с пролиферацией сосудов поверхностного сплетения на фоне отека и лимфостаза в дерме, наиболее всего соответствуют картине застойного дерматита (акрокератодерматита), признаков злокачественного опухолевого роста в пределах доставленного материала не обнаружено. По результатам клинической картины и обследования в консультативном отделении установлен диагноз: Папулы Готтрона. Другие васкулиты, ограниченные кожей. Хроническая пигментная пурпура, осложненная вторичной инфекцией. Рекомендовано: наружная терапия и уход, продолжить лечение у ревматолога, флеболога, эндокринолога, наблюдение у дерматовенеролога.

Заключение. Приведенное наблюдение подтверждает развитие заболевания на фоне сосудистой патологии нижних конечностей. Интерес данного клинического наблюдения состоит в редкости представленного дерматоза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКОЙ

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск

Зейб А.В., Винник Ю.Ю., Ковалева Ж.В.

Норвежская (корковая, крустовая) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом и т.п. Под нашим наблюдением находилась больная Ю., 1970 г.р., проживающая на постоянной основе в одном из социально-медицинских учреждений края с 1992 года с диагнозом: умственная отсталость тяжелая без нарушений поведения, обусловленная синдромом Дауна. Сопутствующий диагноз: вульгарный ихтиоз. Со слов медицинского персонала социально медицинского учреждения, у пациентки ихтиоз в анамнезе, есть сезонность заболевания, выраженная сухость и шелушение в зимний период времени. Продуктивному контакту недоступна. С августа 2021 г. стали появляться очаги ороговения на всех кожных покровах, глубокие трещины, болезненность, подъем температуры тела до 38°C. Консультирована местным дерматовенерологом в ЦРБ 16.09.2021, диагноз: вульгарный ихтиоз, распространенная форма. Было назначено лечение: салициловая мазь 3% + мазь бетаметазона дипропионата 2 раза в день на 30 дней. На фоне лечения состояние без улучшения, площадь ороговения увеличилась, появился зловонный запах. В середине октября 2021 года дистанционно проведен расширенный консилиум с участием врачей Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера и сотрудников кафедры дерматовенерологии Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Объективно: психика при поступлении и во время пребывания в отделении: продуктивному контакту недоступна. Смотрит на собеседника, улыбается. Речь не развита. Эмоции недифференцированы. Память, интеллект не развиты. В отделении спокойна, время проводит среди больных, обслуживается медицинским персоналом. Локальный статус: кожный патологический процесс носит распространенный характер. Эритродермия занимает более 75% площади кожных покровов, локализуется на коже туловища, груди, шеи, спины, верхних и нижних конечностей, лица, волосистой части головы. На фоне эритемы – массивные серовато-желтые и бурно-черные корки до 4 см

толщиной, многоярусные, плотные в виде рогового «панциря», затрудняющие движения; глубокие трещины с серозно-гнойным отделяемым, с гнилостным запахом, диффузное шелушение. На коже кистей и стоп наблюдается множество чесоточных ходов, кровяные толстые корки с глубокими трещинами. Шейные, подчелюстные, околоушные лимфатические узлы увеличены до 1,5–2 см в диаметре. Эпидемиологический анамнез: больная контактировала с пациентами в палате. У большинства пациентов в отделении появились высыпания по телу, зуд в вечернее и ночное время. Всем пациентам была проведена обработка кожи 20% мазью бензилбензоата по стандартной схеме, полная дезинфекция отделения, обработка нательного и постельного белья методом прожарки. Лабораторная диагностика. В соскобах с эпидермиса микроскопически обнаружены чесоточные клещи, яйца, личинки. Проведена коррекция терапии следующими препаратами поочередно: доксициклина моногидрат 100 мг 2 раза в день 10 дней, затем раствор цефтриаксона по 1 грамму 2 раза в день 10 дней, таблетки хлорпирамин 75 мг в день 10 дней, мазь 20% мазь бензилбензоат по схеме, 3% салициловую мазь на массивные корки, фулорцин на трещины 4 раза в день 20 дней. Кроме того, пациентка получала инфузионную терапию (реамберин, натрий хлорид). На фоне назначенного лечения отмечалась положительная динамика: на кожных покровах туловища и конечностей наблюдалась незначительная эритема, мелко-пластинчатое шелушение, корки регрессировали, трещины эпителизировались. На основании вышеизложенного можно констатировать рост вариантов редких клинических форм чесотки, в частности норвежской чесотки, нуждающейся в ранней дифференциальной диагностике и лечении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОГРАНИЧЕННОЙ ЛИМФАНГИОМЫ

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» Красноярск

Березина А.С., Винник Ю.Ю., Ковалева Ж.В.

Ограниченная лимфангиома – редкая аномалия поверхностных лимфатических сосудов. Может быть врожденной или приобретенной. За последние 10 лет по данным PubMed в литературе описано чуть более 1500 случаев. Дебют заболевания приходится на детский возраст, чаще до двух лет. Патогенетически в ходе онтогенеза происходит рост аномальных лимфатических цистерн в толще гиподермы, и связаны они лишь с поверхностным лимфатическим руслом. В связи с чем при сокращении гладкой мускулатуры происходит сбрасывание лимфы в поверхностные лимфатические сосуды, которые из-за повышенного давления расширяются и выпячиваются в эпидермис. Клинически это проявляется сгруппированными полупрозрачными везикулами с серозно-геморрагическим содержимым. Травматизация элементов может привести к кровотечению и лимфоррее. Иногда могут наблюдаться изменения по типу гиперкератоза или веррукозных разрастаний. В литературе описываются случаи возникновения вторичных лимфангиом в местах хирургических вмешательств. При удалении лимфангиомы может потребоваться глубокий разрез, вплоть до мышечного слоя, так как патологические лимфатические цистерны могут располагаться на достаточной глубине. Удаление поверхностных образований может приводить к рецидивированию высыпаний.

Клинический случай. Пациент С., 10 лет, обратился на прием к дерматовенерологу КГБУЗ ККВД № 1 с жалобами на высыпания на коже спины. Из анамнеза: высыпания появились с 1 года жизни после оперативного вмешательства по поводу липомы спины. Спустя месяц после операции на месте рубца стали появляться высыпания. Субъективно не беспокоят. У дерматолога по месту жительства неоднократно получал лечение с диагнозом контактный дерматит, папилломы кожи спины. Проводили кюретаж образований, криодеструкцию. После криодеструкции высыпания увеличивались в размерах и имели более яркую окраску. После кюретажа появлялись вновь в этих же местах. При физикальном осмотре внутренние органы без патологии. При локальном осмотре: на коже спины в области послеоперационного рубца множество мелких (1–5 мм) микрокистозных везикул сгруппированных с серозно-геморрагическим содержимым. Выглядят как «лягушачья икра». При дерматоскопии в очагах расположение

геморрагического содержимого горизонтальное. На основании анамнеза, клинической картины и дерматоскопического осмотра установлен диагноз ограниченной лимфангиомы кожи спины.

Выводы. Данный клинический пример интересен ввиду редкой встречаемости. Так как в процесс могут вовлекаться и глубокие лимфатические цистерны, поверхностное их удаление часто приводит к рецидивированию высыпаний. Для того чтобы исключить необоснованные хирургические вмешательства, необходимо повышать квалификацию дерматовенерологов и знакомить их с различными редкими дерматозами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С ПСОРИАЗИФОРМНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЛИНЕЙНЫМ БОРОДАВЧАТЫМ НЕВУСОМ

Филиал «Тимирязевский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»

Москва

Глоба Е.И., Бохонович Д.В., Назарова Г.П., Замиратова Ю.Б., Пашкова Е.С.

Псориазиформный воспалительный линейный бородавчатый невус (синоним: воспалительный линейный бородавчатый невус, воспалительный эпидермальный невус) – относится к хроническим, доброкачественным заболеваниям кожи, чаще обнаруживается с рождения или детского возраста, редко во взрослом возрасте. Относится к группе кератинизированных эпидермальных невусов. Характерными признаками являются линейные гиперкератотические элементы в сочетании с воспалительными изменениями. Заболевание, при котором чаще отмечается поражение одной стороны тела (левая). Наиболее часто является спорадическим, у членов одной семьи встречается нечасто. Больная 32 лет, отмечает высыпания на коже левой верхней конечности в течение 8 лет, когда впервые появились высыпания на коже левой кисти. Постепенно высыпания распространялись на кожу левого предплечья и плеча. В 2018 году впервые обратилась в филиал «Тимирязевский», был установлен предварительный диагноз: «Псориаз», назначено лечение в виде десенсибилизирующих средств, антигистаминных препаратов, наружно ТГКС. На фоне проводимой терапии отмечала незначительное улучшение. С 2022 года отмечает ухудшение кожного процесса. При обращении в филиал «Тимирязевский» в апреле 2022 г. отмечает усиление высыпаний на коже левого плеча, усиление шелушения в течение последнего месяца, незначительный зуд. Патологический процесс носил подостровоспалительный, ограниченный характер, локализовался на коже левой верхней конечности в области разгибательной поверхности плеча, предплечья, тыльной поверхности кисти. Представлен папулезными элементами розово-красного цвета, плотной консистенции на фоне эритематозного, инфильтрованного основания, местами сливающимися в бляшки, расположенные линейно, на поверхности определяются серебристо-белые чешуйки. Псориазиформная триада не определялась. Был установлен предварительный диагноз: «Линейный лихен? Красный плоский лишай? Псориаз?». Консультирована в КПО ООСМП 05.05.2022 г., где был установлен предварительный диагноз: Псориазиформный воспалительный линейный бородавчатый невус? Линейный лихен? Рекомендовано проведение диагностической биопсии. Было проведено гистологическое исследование фрагмента кожи с участком подкожной жировой клетчатки. Гистологическая картина: выраженный акантоз эпидермиса без признаков атипии, с анастомозированием неравномерно удлиненных эпидермальных гребней, гипер- и паракератоз с обилием внутриочаговых микровезикул, содержащих коагулированную плазму и лейкоцитарный детрит. Субэпидермально – густой полиморфноклеточный инфильтрат с экзодермозом нейтрофильных гранулоцитов в эпидермальный пласт. Заключение: выявленные патологические изменения наиболее соответствуют псориазиформному бородавчатому невусу с признаками воспаления. Таким образом, описанный случай псориазиформного воспалительного линейного бородавчатого невуса относится к редко встречающимся дерматозам, требующим динамического наблюдения.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

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

Москва

Чернова Н.И., Чернова Т.В.

Склеротический лишай – распространенный, но недостаточно диагностируемый дерматоз, поражающий лиц обоего пола в разных возрастных группах. Отмечается недостаточная идентификация ГСАЛ врачами, в связи с чем период от появления симптомов до постановки диагноза может составлять от 5 до 15 лет. В то время как в последние десятилетия достигнуты успехи в разработке новых методов лечения.

Цель. Продемонстрировать проблемы установления диагноза и ведения пациентки с САЛ вульвы.

Материалы и методы. Амбулаторная карта, оценка анамнестических данных, клинических проявлений, данных гистологического исследования. Пациентка С., 83 года, обратилась в центр с жалобами на мучительный зуд и жжение вульвы, дискомфорт при мочеиспускании. Считает себя больной с 2010 г., когда впервые появились перечисленные жалобы. В течение нескольких лет лечилась у гинекологов с диагнозом «кандидоз», получала местную и системную противогрибковую терапию без положительного эффекта, симптомы усиливались. Последние три года пациентка самостоятельно использовала супрастин, тГКС на зону поражения, на фоне которых симптомы уменьшались. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, гипертония. Локальный статус: патологический кожный процесс носит хронический, воспалительный характер. Локализуется на коже аногенитальной области. При гинекологическом осмотре наблюдается атрофия по типу папиросной бумаги, белые пятна и бляшки на внутренней поверхности больших половых губ, участки инфильтрации, петехии, экхимозы, резорбция малых половых губ и клитора, облитерация уретры, стеноз входа во влагалище, поражение кожи промежности, ануса по типу «восемьки», на основании жалоб и данных клинического осмотра дерматовенерологом был установлен диагноз: Склеротический лишай вульвы. Учитывая наличие экхимозов пациентке была выполнена биопсия вульвы. Результаты лабораторных исследований. При микроскопическом исследовании мазков отделяемого вульвы окрашенных метиленовым синим обнаружен мицелий грибов *Candida*, обильная грамм-вариабельная коккобациллярная флора. Результаты гистологического исследования: 2 препарата. Небольшие фрагменты кожи, покрытые эпидермисом с участками атрофии, зоны акантоза, папилломатоза, гипергранулеза, гиперкератоза, очагами вакуольной дегенерации кератиноцитов, с субэпителиальной полосовидной зоной гиалинизированной соединительной ткани с телеангиоэктазиями и очагами экстравазации эритроцитов, лихеноидной лимфоцитарной инфильтрацией с зоной лейкоцитов в пределах гомогенизированной зоны. Заключение: Склеротический лишай вульвы, буллезная форма. Лечение: Мометазона фураат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом в форме крема 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее клобетазола пропионат 0,05% в форме мази 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом: экстракты трав календулы, красного клевера, шишек хмеля в форме геля, через 40 мин после тГКС 1 р в сутки 10 дней, далее 2-3 р в неделю 3 месяца, бактериофаги в форме геля для местного применения Фагогин 1 доза 3 р в день курсом 10 дней 1 р в месяц 4 курса. На контрольном осмотре через 1 месяц после начала пациентка впервые за 12 лет отмечала улучшение состояния в области наружных половых органов, купирование зуда, жжения, улучшение сна и настроения. При осмотре констатирована положительная динамика объективных симптомов. На повторном визите после окончания базового курса зуд и жжение отсутствовали, инфильтрация, петехии, экхимозы разрешились. Пациентке была рекомендована профилактическая поддерживающая терапия с применением 0,05% мази клобетазола пропионата или 0,1% мази мометазона фуората, два раза в неделю, эмоленды, топические бактериофаги. Диспансерное наблюдение у дерматовенеролога 1 раз в 6-12 месяцев и внеплановая консультация в случае появления длительно незаживающей эрозий или гиперкератоза.

Обсуждение. Несмотря на классическую и, казалось бы, выраженную клиническую картину склеротического лишая вульвы у пациентки

при наблюдении гинекологами в течение 12 лет заболевание не было идентифицировано, лечение не назначено, что привело к значительному прогрессированию процесса и снижению качества жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШНИЦЛЕРА

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

Мамлина Н.К., Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

Синдром Шницлера (СШ) – аутовоспалительное заболевание, характеризующееся рецидивирующими уртикарными высыпаниями на коже в сочетании с признаками системного воспаления (периодическая лихорадка, боли в костях и суставах, потеря веса, недомогание, утомляемость, лимфоаденопатия). СШ является очень редким заболеванием, на сегодняшний день в мире описано всего около 150 больных. Большинство из них – жители Западной Европы, лишь несколько пациентов зарегистрированы в США. Заболевание возникает в возрасте старше 50 лет, что предполагает его приобретенный характер. Патогенез СШ не ясен. Одна из гипотез заключается в отложении парапротеина IgM, приводящего к образованию иммунных комплексов и активации каскада комплемента, что лежит в основе кожных проявлений СШ. Другие механизмы, возможно, связаны с неконтролируемой активацией интерлейкина IL-1α, поскольку в серии случаев сообщается об успешном лечении СШ анти-IL-1 терапией. Наше наблюдение – женщина 57 лет, обратилась к аллергологу с жалобами на зудящие волдырные высыпания по всему кожному покрову, отеки в области глаз и лица, которые стали появляться более 2 месяцев назад. За время болезни пациентка получала наружные средства и антигистаминные препараты. В связи с множественными высыпаниями и отеком лица была вызвана бригада СМП, после введения преднизолона 60 мг и эпинефрина состояние стабилизировалось, однако спустя несколько дней волдыри и отеки вновь появились. После повторного введения системных ГКС пролонгированного действия и увеличения дозировки антигистаминных препаратов 2-го поколения в 4 раза улучшения не наступало. Установлено, что появление высыпаний всегда сопровождалось повышением температуры тела до 38°C. В последнее время у пациентки также появились боль и отечность правого коленного сустава. При проведении комплексного лабораторного обследования выявлено повышение СРБ до 25 мг/л (норма 0–10). По заключению ревматолога был диагностирован СШ. Пациентке рекомендован ряд специфических обследований для подтверждения этого заболевания. Описанный случай СШ редко встречается во врачебной практике. СШ представляет несомненный клинический интерес для врачей различных специальностей, что связано с трудностями распознавания болезни и необходимостью ее дифференцировать с рядом заболеваний, включая хроническую крапивницу. При ведении пациентов с хроническими уртикарными высыпаниями целесообразно взаимодействовать с врачами различных специальностей, в частности с аллергологами и ревматологами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ И ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

Чернова Н.И., Проскурина М.И., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С.

Введение. Морфея и склеротический лишай (СЛ) представляют собой два различных иммуноопосредованных заболевания с доминирующим проявлением кожного фиброза и склероза. Эти два заболевания имеют некоторые сходные клинические и гистологические особенности. Отяго-

ценный семейный анамнез чаще встречается при СЛ, чем при морфее, но у лиц с очаговой склеродермией более высокая частота сопутствующих и семейных аутоиммунных заболеваний. Являются ли эти два состояния разными заболеваниями или частью одного, длительное время было предметом споров. Virginie Lutz, Camille Francès в своем исследовании выяснили, что среди 76 пациентов очаговая склеродермия в 45% была ассоциирована со склероатрофическим лихеном аногенитальной области. В большинстве случаев СЛ остается не замечен специалистами и поздно диагностируется, что влияет на неточность статистических данных.

Цель: продемонстрировать проблемы поздней диагностики СЛ у пациентки с очаговой склеродермией и ведения пациентки с СЛ вульвы.

Материалы и методы. Амбулаторная карта пациента, оценка анамnestических данных, клинических проявлений. Пациентка М, 50 лет, с 14 лет отмечала высыпания на коже нижних конечностей, обращалась к дерматологу по м/ж, был выставлен диагноз: очаговая склеродермия, получала стационарное лечение (пенициллинолечение) в г. Элиста с положительным эффектом. Далее высыпания не беспокоили, сохранялись в виде овальных атрофических бляшек на коже нижних конечностей. На диспансерном учете не состояла. Около 7 лет назад впервые отметила зуд, болезненность в области вульвы. В течение последних 3 лет наблюдалась у гинеколога по месту жительства с диагнозом крауроз вульвы, получала наружное лечение метилурациловой мазью. В июне 2022 г. обратилась в МНПЦДК филиал «Юго-Западный» с жалобами на зуд и высыпания на коже гениталий и в области нижних конечностей. St. localis: Кожный процесс носит хронический характер. На коже левой голени патологический очаг представлен овальными атрофическими пятнами светлого-коричневого цвета различных размеров и очертаний. При гинекологическом осмотре наблюдается атрофия по типу папиросной бумаги, белые пятна и бляшки на внутренней поверхности больших половых губ до 3 см, петехии, резорбция малых половых губ и клитора. При микроскопическом исследовании мазков отделяемого вульвы обнаружена кокко-бациллярная флора, умеренное количество. Обследование на ИППП: Chlamidia trachomatis, mycoplasma genitalis, neisseria gonorrhoeae, trichomonas vaginalis, HPV, CMV – не обнаружено. На основании клинической картины и анамnestических данных был выставлен диагноз: Очаговая склеродермия. Склероатрофический лихен вульвы. Лечение: с целью терапии локализованной склеродермии планируется лечение в условиях суточного стационара. Наружно на кожу гениталий: крем мометазона фураат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее крем клобетазола пропионат 0,05%, 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом: экстракты трав календулы, красного клевера, шишек хмеля в форме геля, через 40 мин после ТКК 1 р в сутки 10 дней, далее 2-3 р в неделю 3 месяца. Также рекомендована консультация гинеколога с целью назначения курса интравагинального эстриола (Овестин) в форме крема или суппозиторий на постоянной основе. Обсуждение. Полное физикальное обследование, включающее осмотр аногенитальной области, должно быть обязательным для пациентов с очаговой склеродермией, поскольку требует обязательного длительного лечения мощными топическими стероидами и увлажняющими, смягчающими средствами. Несмотря на правильно установленный диагноз гинекологом, в течение 3 лет пациентка получала некорректное, неэффективное лечение, что привело к значительному прогрессированию процесса, нарушению анатомии вульвы, снижению качества жизни. Необходимо оптимизировать «обратную связь» между дерматовенерологами и смежными специалистами, в первую очередь – гинекологами и урологами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ Фолликулярной окклюзии (суппуративный гидраденит)

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Москва

Ильин Л.А., Романова И.В.

Введение. Синдром фолликулярной окклюзии включает в себя четыре нозологии: суппуративный гидраденит, конглобатные акне, пилонидальную

кисту, абсцедирующий и подрывающий перифолликулит. Velpeau в 1839 году впервые описал пациента с рецидивирующими болезненными абсцессами в подмышечной впадине и в паху. В 1954 году Верней предложил назвать данное заболевание суппуративным гидраденитом. В 1989 году Plewig и Steger предложили заменить суппуративный гидраденит термином «аспе inversa». Суппуративный гидраденит (син. гнойный гидраденит, инверсные акне) чаще встречается у женщин, принимающих пероральные контрацептивы, у больных с эндокринными заболеваниями и ожирением, у курильщиков. В патогенезе заболевания первично происходит развитие фолликулярного гиперкератоза, приводящего к окклюзии, дилатации и воспалению образующейся кистозной полости. В результате воспаления происходит разрыв стенок фолликула и выход содержимого в дерму, что приводит к усилению воспаления. Формирующиеся подкожные узлы изначально являются асептическими. Сообщается о семейных случаях заболевания с выявлением мутации генов γ -секретазы – протеолитического фермента, который расщепляет внутримембранные рецепторы и регулирует кератинизацию.

Цель. Рассмотреть клинический случай пациента с заболеванием, относящимся к синдрому фолликулярной окклюзии.

Задача. Охарактеризовать данные больного с суппуративным гидраденитом. Материалы и методы. Объектом исследования явились клинические данные пациента с суппуративным гидраденитом, наблюдавшегося в филиале МНПЦДК ДЗМ.

Результаты. На прием обратился мужчина 58 лет с жалобами на высыпания на коже левой ягодичной области, болезненность, отделяемое с неприятным запахом. Со слов пациента впервые высыпания в области левой ягодицы появились в 1980 году. Получал лечение у хирургов. Рецидив заболевания в 2018 году, когда без видимой причины вновь стали появляться болезненные инфильтраты в области ягодицы и правого бедра. Высыпания имели тенденцию к самопроизвольному вскрытию с гнойным отделяемым и разрешением с формированием рубцов. Последнее обострение в ноябре 2021 году. Пациент получал лечение в ГКБ им. В.П. Демидова. Проведено патоморфологическое исследование материала, заключение: хронический абсцесс кожи. В препаратах признаков роста актиномицетов не выявлено. У пациента сопутствующий сахарный диабет 1 типа, диабетическая дистальная симметричная полинейропатия, периферическая ангиопатия, гипертоническая болезнь. В анамнезе рецидивирующие гнойно-воспалительные заболевания у отца, двух братьев и племянницы. При осмотре патологический процесс несимметричный, локализуется на коже левой ягодицы, правого бедра. На коже левой ягодицы, в нижних квадрантах представлен послеоперационным рубцом длиной до 9 см, в центре свищевые ходы до 0,5 см с отделяемым молочного цвета при нажатии. В проекции рубца инфильтрация, гиперемия по периферии. На коже правого бедра рубцовый дефект 2 см, свищевой ход с отделяемым при нажатии. Больному проведено двукратное исследование отделяемого свища методом микроскопии и бактериологическое исследование на условно-патогенную флору из очага. В результатах – элементы патогенных грибов не обнаружены, лейкоциты все поле зрения. Рост микрофлоры отсутствовал. Пациенту выставлен предварительный диагноз: идиопатический лобулярный панникулит (панникулит Вебера-Крисчена) и выдано направление на консультацию к главному специалисту дерматовенерологу, косметологу ДЗМ профессору Н.Н. Потеев. Заключение: «В настоящее время на основании клинико-анамnestических данных поражение кожи соответствует диагнозу «Синдром фолликулярной окклюзии (суппуративный гидраденит)». Пациенту рекомендован курс системного изотретиноина до набора кумулятивной дозы, антибиотик из группы оксазолидинонов, топический комбинированный кортикостероид, топический антимикробный препарат. На фоне лечения через 2 месяца пациент отмечает положительную динамику. Исчезновение выделений из очага на коже левой ягодицы, снижение болевого синдрома. Терапия продолжается.

Выводы. Описан клинический случай пациента с суппуративным гидраденитом. Который является частью синдрома фолликулярной окклюзии. Несмотря на редкость данного заболевания, необходимо всегда помнить о суппуративном гидрадените при длительно существующих, рецидивирующих гнойно-воспалительных очагах на коже. Успешное лечение суппуративного гидраденита по-прежнему остается трудноразрешимой задачей и является актуальной проблемой научной медицины и практического здравоохранения.



КОМБИНИРОВАННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва

Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко В.Н., Денисова Е.В.,
Оленич И.В., Игнатова Е.В., Тупиченков Н.И., Аветикян С.С.

Лечение очаговой склеродермии – длительное, на каждом этапе необходимо учитывать расположение очагов, вовлечение подлежащих тканей, стадию процесса, соотношение риска и пользы для пациента. После разрешения эритемы в большинстве случаев сохраняются индуративные очаги разной степени залегания, иногда сопровождающиеся явлениями атрофии. В настоящее время разработаны многообразные физиотерапевтические методы, показанные на этом этапе.

Целью нашего исследования была оценка эффективности и безопасности комбинированного метода лечения очаговой склеродермии с использованием ультразвуковой терапии и низкоинтенсивного лазерного облучения кожи. Под нашим наблюдением в условиях дневного стационара находилось 23 пациента с очаговой склеродермией: в том числе 18 – с бляшечной формой (многоочаговой), 3 – с линейной, 2 – с буллезной формой (в стадии эпителизации). Среди пациентов было 22 женщины, 1 мужчина. Давность заболевания составляла от 1 до 18 месяцев. До этого все больные получили в условиях суточного стационара курсы лечения с применением пенициллина, вазодилататоров, витаминных препаратов. В дневном стационаре пациентам назначали ультразвуковое воздействие на очаги поражения с частотой колебаний 880 кГц (1 МГц), интенсивностью 0,05–0,8 Вт/см², экспозицией 5–10 мин. Курс лечения составлял 10 процедур. Следующий курс включал низкоинтенсивное лазерное облучение кожи по дистанционной стабильной методике и экспозицией 5–8 мин на поле. Курс лечения также составлял 10 процедур. Все пациенты назначенную терапию переносили хорошо, побочных эффектов и нежелательных реакций отмечено не было. В результате проведенного комбинированного лечения у всех пациентов было достигнуто улучшение состояния. Последующее динамическое наблюдение позволило определить дальнейшую тактику лечения. При необходимости через 3–4 месяца комбинированную терапию повторяли. Таким образом, наше наблюдение подтвердило целесообразность использования ультразвукового воздействия и низкоинтенсивного лазерного облучения кожи в терапии очаговой склеродермии.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии
Тверь

Муравьева Е.С., Александрова О.А.

Цель исследования. Оценка эффективности фотодинамической терапии в комплексном лечении псориатической ониходистрофии кистей и стоп. Материалы и методы: под наблюдением находились 10 больных, в возрасте 20–25 лет, из них 6 женщин и 4 мужчин, с давностью заболевания от 1 до 2 лет. Всем больным поставлен диагноз: вульгарный псориаз с поражением кистей и стоп (клинически). В основную группу вошли 5 больных с вульгарным псориазом, которые получали метотрексат системно (по 10 мг 1 раз в неделю внутримышечно в течение 3 месяцев), наружное лечение сильными топическими ГКС и фотодинамическую терапию (ФДТ). В группе сравнения – 5 пациентов, им назначен метотрексат системно и наружно – топические ГКС. Всем пациентам проводили аппаратную обработку ногтей пластин стоп и кистей в подологическом кабинете. Для технологии фотодинамической терапии применяли гель-фотосенсибилизатор на основе хлорина Е6. С целью активации фотодинамической реакции использовали излучение красным светом с длиной волны 660 нм. Экспозиция геля на ногтевой пластине со-

ставляла 15–20 минут, мощность эксимерного воздействия 150–180 Дж/см². Процедуры проводились 1 раз в неделю (курс лечения – 10 процедур). При оценке состояния ногтей пластин учитывали: наличие дистрофических изменений и физиологическое отрастание. Для оценки отрастания ногтей пластин у пациентов обеих групп проводилась оценка размеров ногтевой пластины с помощью сантиметровой линейки до начала исследования, на 8-й и 12-й неделях лечения. Эффективность терапии оценивалась по данным физикального обследования и ежемесячной дерматоскопии ногтей пластин. Результаты: после 10 процедур ФДТ у 3 больных уменьшились явления гиперкератоза и изменился оттенок ногтевой пластины, у 2 пациентов сохранялся гиперкератоз, уменьшились явления дистрофии. В группе сравнения: у 4 больных незначительно уменьшились гиперкератоз и масляные пятна ногтей пластин, дистрофия сохранялась, у 1 пациента сохранялся гиперкератоз и масляное пятно на ногтях пластин. После проведенного курса лечения в основной группе на 8-й и 12-й неделе отрастание ногтей было в 2 раза выше, чем у больных в группе сравнения.

Вывод. Комплексное лечение псориатической ониходистрофии с применением фотодинамической терапии кистей и стоп повышает эффективность лечения, сокращает сроки, улучшает морфологию ногтей пластин и ускоряет их физиологическое отрастание.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

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

Валитова И.В., Бурчик К.А., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.,
Катунина О.Р.

Заболеваемость красной волчанкой (КВ) составляет примерно 1 случай на 25 тысяч населения, что определяет ее орфанность. Возникает эта болезнь преимущественно в возрасте 20–40 лет, женщины болеют в 6 раз чаще, чем мужчины, на долю детей приходится около 3% всех случаев. По данным МНПЦДК за 2019–2021 годы выявлено 7 случаев красной волчанки в детском возрасте. Встречается эта патология и у новорожденных. Ее коварство связано с возможностью развития врожденной блокады сердца, выявляемой во внутриутробном периоде, очень опасного для жизни пациента состояния. Клиническая картина КВ столь вариабельна, что ее называют «болезнью с тысячей лиц». Природа этой аутоиммунной болезни соединительной ткани остается до конца не раскрытой. Отдается предпочтение теории аномального развития иммунного ответа на провокацию различных факторов окружающей среды, с доминирующей ролью солнца и его ультрафиолетового воздействия. При этом под влиянием антиядерных антител происходят распад нейтрофильных лейкоцитов и развитие воспалительной реакции. Под влиянием сложных процессов развиваются патоморфологические биохимические взаимодействия, клинически выражающиеся значительными изменениями в органах и системах организма. Подострая форма ПКВ – кожная форма, характеризующаяся типичными нерубцующимися эритематозными очагами, подвергающимися воздействию солнца. Первые проявления клинически наблюдаются на открытых участках тела, преимущественно на лице и руках. Нозологически они выражаются дискоидной красной волчанкой (ДКВ) и системной красной волчанкой (СКВ). Первые две клинические разновидности могут существовать сами по себе. Но в зависимости от продолжительности болезни может развиваться СКВ, при которой ДКВ и ПКВ могут быть кожными симптомами висцеральной патологии (СКВ). В связи с этим важную роль играет ранняя диагностика предшествующих форм и их адекватное лечение. Заслуживает представления случай клинического наблюдения двух девочек 9 и 5 лет. Первая из них заболела весной прошлого года, когда вначале на коже правой руки появились одиночные высыпания. Процесс к осени распространился на лицо и на ушные раковины. Дебют заболевания у второй девочки 5 лет возник около года назад в июле месяце, когда эритематозные пятна без субъективных ощущений появились на лице. В дальнейшем высыпания увеличились в количестве на лице. В обоих случаях были исключены микозы кожи (посев на грибы, осмотр в свете лампы Вуда), отрицательные результаты исследования. Попытка лечения девочек ТГКС была безуспешной. Предполагались диагнозы: кольцевидная гранулема или ДКВ. После диагно-



числе изучаемые нами ферменты гидролазной и оксидоредуктазной природы, белковые цитокины (в том числе рекомбинантные), лектины, полисахариды, экзополимерные соединения, в зависимости от состава питательных сред. ВПМ проявляют свойства метаболомбиотиков, отличающиеся от метабактериотиков, но кофункционирующих с последними (в том числе как надстроеными). Цель. На основании собственных публикаций (2020–2022 гг.) акцентировать перспективы ВПМ в дерматологии и косметологии. ВПМ проявляют себя как иммуномодуляторы, противовоспалительные агенты, протекторы антиинфекционной направленности, стабилизаторы метаболических осей (МО), связывающих кишечник с другими органами, тканями и биотопами. Действуют системно, синергично и каскадно. Проявляют себя как вспомогательные поддерживающие нормальный статус биотопов агенты, используются в сочетании с лекарствами, другими известными и традиционными эффекторами. Функционируют как защитные факторы в направлениях МО, соединяющих мукозальные биотопы с кожей и открытыми слизистыми и действующих в рамках единого про/пост- и сим/синбиотического компартмента. Через МО потенцируют и пролонгируют действие лекарств, поддерживают статус здоровья. ВПМ кофункционируют с популяциями клеток защитного ряда (пробиотическими, симбиотическими, лейкоцитами), метаболитами крови, участвующими в коммуникациях врожденного иммунитета. Установлен спектр болезней, патологий и инфекций, ассоциированных с кожей и открытыми слизистыми, на которые влияют с результирующим позитивным действием постбиотики. Профилактическое и поддерживающее терапевтическое действие постбиотиков зарегистрировано против опухолей, дерматитов, для очищения кожи, а также в связи с COVID-19, герпесными и другими инфекционными болезнями. К новому направлению исследования и применения постбиотиков относится изучение распознающих и связывающих гликоконъюгаты ВПМ с профилактическим и терапевтическим потенциалом. Такого рода распознающие ВПМ относятся к новому классу системных физиологически активных агентов, перспективных в сочетании с фитопрепаратами, белковыми гормонами, системой комплемента и другими защитными системами организма. ВПМ являются важными для выявления новых факторов здоровья индивидуумов, пациентов и групп населения. Защитный вклад МО «Кишечник–Кожа», эффективность ее преимущественной направленности и диагностико-прогностическое значение возможно маркировать и оценивать с учетом системных ВПМ. Пробиотические микроорганизмы, а также имитирующие их некоторые ключевые функции пробиотические лектины, являются перспективными источниками новых синергистических метаболитно-клеточных (син/симбиотических) наборов ВПМ против групп сходных по симптоматике инфекций, патологий и болезней. Перспективны сочетанные системы функционально сцепленных между собой ВПМ, в том числе их комбинации, совместимые с лекарствами. Отмечены направления и тенденции современных исследований ВПМ, связанных с медицинской биотехнологией, предусматривающих полезность ВПМ и в связи с вопросами вакцинации. Перспективны теоретические и технологические разработки систем ВПМ и их применение как вспомогательных средств борьбы с системными и хроническими болезнями.

Выводы. Предпожили, что ВПМ позитивно влияют на динамику изменений кожи, в зависимости от состояния и статуса действующих МО. Приведенные данные указывают на актуальность использования ВПМ в профилактике и терапии патологий и болезней кожи и слизистых, что имеет важное значение и для косметологии.

МЕТОТРЕКСАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва

Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.,
Радионова Е.Е., Ковалева М.Н., Донченко И.Ю., Голубева Ю.М.,
Мурашева Ю.А.

При тяжелом течении очаговой склеродермии показана системная терапия. При неэффективности обычных методов лечения, прогрессирующем течении, распространении процесса на подлежащие ткани применяются глюкокортикостероиды и цитостатики.

Целью нашего исследования была оценка эффективности и безопасности монотерапии метотрексатом в лечении очаговой склеродермии. Под нашим наблюдением в условиях стационара находилось 18 пациентов с очаговой склеродермией: в том числе 16 – с бляшечной формой (многоочаговой), 2 – с линейной формой. Среди пациентов было 16 женщин, 2 мужчин. Давность заболевания составляла от 2 до 17 месяцев. До этого все больные получили курсы лечения с применением пенициллина, вазодилаторов, лидазы либо бов-гиалуронидазы, витаминных препаратов, физиотерапевтические методы лечения. При отсутствии противопоказаний метотрексат назначали по 10–30 мг подкожно 1 раз в неделю. В условиях стационара пациенты получали 3–4 инъекции, в дальнейшем терапию продолжали в условиях дневного стационара либо амбулаторно. Общий курс лечения составлял 6–10 месяцев в зависимости от тяжести симптомов. Необходимо отметить, что все пациенты терапию переносили хорошо, без побочных эффектов и нежелательных реакций. Таким образом, наше наблюдение подтвердило целесообразность использования метотрексата в терапии тяжелых форм очаговой склеродермии.

МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКНЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова
Москва

Жукова О.В., Корняк М.С., Дубов Н.В., Негашева Е.С.,
Заторская Н.Ф.

Акне – одно из самых распространенных кожных заболеваний. В первую очередь угревой болезни подвержены люди подросткового и юношеского возраста. По данным литературы, заболеваемость акне в возрастной группе от 12 до 25 лет достигает 85%. Ряд исследователей отмечает связь метаболических нарушений, а также влияния западной диеты на развитие патологического процесса.

Цель: изучение морфофизиологических особенностей как факторов риска развития акне у юношей и девушек в возрасте 16–25 лет.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты комплексного медико-антропологического обследования пациентов с установленным диагнозом акне, находящихся под динамическим наблюдением в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы. Было проведено антропометрическое обследование 23 юношей и 26 девушек в возрасте 16–25 лет. Программа исследования включала измерение 12 показателей телосложения: длина и масса тела, диаметры плеч и таза, диаметры локтя и колена, обхваты талии и бедер, жировые складки под лопаткой, на животе и на трицепсе. С помощью биоимпедансного анализатора «Медасс ABC-01» проведена оценка компонентного состава тела и некоторых физиологических показателей (уровень основного обмена веществ, удельный обмен веществ, величина фазового угла). Для сравнительного анализа были использованы морфофизиологические показатели в контрольных группах условно здоровых юношей и девушек того же возраста, что и обследованные пациенты с акне. Результаты. По морфофункциональным показателям в мужской группе с акне (по сравнению с двумя контрольными группами) были достоверно выше значения следующих признаков: масса тела, индекс центрального ожирения, ширина таза, обхват плеча, обхват бедер и жировая складка под лопаткой. Также для юношей с акне характерно достоверно более низкие показатели индекса обхвата талии к обхвату бедер и более низкое (без достоверных различий) значение индекса полового диморфизма по Таннеру, что, возможно, свидетельствует о тенденции к гинекоморфности юношей с акне. Фазовый угол, основной и удельный обмен были ниже у пациентов с акне (обоих полов) в сравнении с контрольными группами, но без достоверных различий. По морфофункциональным показателям в женских группах у пациенток с акне были достоверно выше индекс массы тела ($p < 0,05$), индекс центрального ожирения ($p < 0,05$) и ширина таза ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, при обследовании пациентов с акне (обоих полов) было выявлено, что для них характерно более тучное телосложение с повышенной массой тела, повышенным жиротложением. Также для пациентов с угревой болезнью были характерны следующие особенности телосложе-

ния: большие значения обхватов туловища, жировых складок на корпусе и конечностях, повышенное количество жировой массы в компонентном составе тела. У обследованных пациентов с акне (у обоих полов) установлена тенденция к более низким значениям показателей основного обмена веществ, удельного обмена веществ и фазового угла, что свидетельствует о снижении интенсивности обменных процессов в организме и ухудшении физического здоровья.

НЕИНВАЗИВНЫЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»

Москва

Бобров М.А., Катунина О.Р.

Вульгарная пузырчатка – аутоиммунное заболевание из группы пузырных дерматозов. Диагноз вульгарной пузырчатки устанавливается по совокупности данных клинического, патоморфологического и цитологического исследований. Патоморфологическое исследование биоптатов из очагов поражения позволяет выявить типичную картину пузырчатки примерно в 79,9%, что побуждает к проведению дополнительных методов исследования. Центральную роль в процессе лабораторной диагностики пузырчатки играет реакция прямой иммунофлюоресценции (ПИФ). Многолетнее клинико-морфологическое наблюдение продемонстрировало, что в алгоритме обследования больных пузырчаткой метод иммунофлюоресценции остается в настоящее время основным инструментом. Реакция иммунофлюоресценции осуществляется на замороженных образцах кожи, полученных вне зоны поражения, что требует проведения забора кожного биоптата. Главным морфологическим признаком вульгарной пузырчатки при проведении ПИФ является фиксация IgG в межклеточных промежутках в эпидермисе. Было показано, что фиксация IgG при вульгарной, листовидной и эритематозной пузырчатках наблюдается также и в межклеточных промежутках эпителиальной выстилки наружного корневого влагалища волосных фолликулов.

Целью исследования явилась оценка возможности проведения реакции иммунофлюоресценции на биообразцах, полученных неинвазивным способом. Материалом для исследования служили волосы в фазе анагена, полученные от пациентов, страдающих вульгарной, листовидной и эритематозной пузырчатками. Забор волос осуществлялся с кожи волосистой части головы. Постановку реакции прямой иммунофлюоресценции осуществляли по стандартной методике: образцы помещали на покровное стекло, инкубировали с антителами к IgG в рабочем разведении 1:100 в течение 60 минут, промывали раствором фосфатного буфера. После проведения реакции препараты заключали под покровное стекло, исследовали в микроскопе Leica DM1000, оснащенном флюоресцентной лампой. Результаты: при исследовании образцов отмечалась фиксация IgG в межклеточных промежутках эпителиальной выстилки наружного корневого влагалища волосных фолликулов. Таким образом показано, что реакция прямой иммунофлюоресценции может служить методом неинвазивной диагностики вульгарной пузырчатки.

ОДНА ИЗ ПРИЧИН СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ – ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки

Луганск

Радионова Д.В., Радионова В.Г., Провизион Л.Н.

Актуальность. Немаловажное значение в развитии серорезистентности (СР) принадлежит висцеропатиям и в первую очередь хроническим формам

вирусных гепатитов В и С, что сопровождается формированием вторичного иммунодефицитного состояния. Беспорядочные половые контакты во много раз повышают вероятность заражения вирусом гепатита С. Он встречается у 6% проституток, 4% пациентов страдающих ИППП и группы ЛГБТ.

Цель работы. Изучить коморбидность сифилитической инфекции и вирусных гепатитов у пациентов после лечения сифилиса.

Материалы и методы. Проанализированные в свое время ретроспективно (1996–2006 гг.) нами истории болезни и амбулаторные карты с изучением результатов лечения более чем у 15,5 тыс. больных сифилисом дюранными препаратами пенициллина свидетельствуют о том, что серологическая резистентность СР во всех группах больных развилась у более чем 1 тыс. человек, что составило 6,7%, а в некоторых группах пациентов СР доходила до 10% и более.

Результаты. Методом иммунохемилуминесцентного анализа нами до начала лечения исследовано более 250 образцов сыворотки крови пациентов с СР, у которых был выявлен 41 положительный результат, свидетельствующий о наличии вирусных гепатитов. Данная бессимптомная форма HCV-инфекции является наиболее (до 70% случаев) распространенной и при ней наблюдаются парадоксальные ситуации, когда ставится диагноз хронического гепатита на основании обнаружения только антител к Hepatitis C Virus (HCV), исследования на которые нашими специалистами, к сожалению, проводились по определенным причинам не регулярно. Это явилось для нас основанием разработки методики комплексного лечения пациентов с СР.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»

Москва

Чернова Н.И.

Склеротрофический лишай (САЛ) — воспалительный дерматоз с хроническим рецидивирующим течением, поражающий аногенитальную зону, потенциально приводящий к изменению архитектуры вульвы, сужению входа во влагалище, прямую кишку, уретру. Для предотвращения осложнений САЛ подчеркивается важность базовой и поддерживающей терапии топическими сверхмощными или мощными глюкокортикостероидными препаратами как у женщин, так и у девочек. Поскольку заболевание встречается спорадически, наблюдается высокий процент ошибок в диагностике и лечении, гормонофобия, в том числе у специалистов.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности мази 0,05% клобетазола пропионата и 0,1% мометазона фуората в сочетании с персиковым маслом и фагодермом в терапии САЛ вульвы у девочек.

Материалы. Под наблюдением находилось 11 девочек в возрасте от 5 до 16 лет с САЛ вульвы, с давностью заболевания от года до 3 лет. У всех пациенток диагноз САЛ был установлен на основании типичной клинической картины. При осмотре гениталий на коже больших половых губ, межлабиальных борозд, клитора, нижней спайки, промежности отмечались фарфорово-белые пятна, папулы, бляшки, петехии, экхимозы, телеангиоэктазии, синехии, изоморфная реакция Кебнера.

Методы. С целью купирования активности процесса всем девочкам назначали мазь 0,05% клобетазола пропионата по схеме 1 р в день 30 дней, затем через день 30 дней, далее через два дня 30 дней. Тонким слоем, строго на зону высыпаний. Через час после применения клобетазола наносили персиковое масло. Бактериофаги в форме дермального геля – Фагодерм, рекомендовали по 1 дозе 3 р в день 10 дней с перерывом 20 дней 3 раза. Интермиттирующая терапия проводилась 0,1% мометазона фуоратом в форме мази, тонким слоем, строго на зону поражений 1–2 р в неделю 9 месяцев, персиковое масло 3–4 р в неделю, Фагодерм при появлении клинических или лабораторных признаков вульвита. Период наблюдения составил 1 год. Результаты. Дисбиоз зарегистрирован в микробиоте кожи вульвы у всех девочек. Отмечали увеличение количества бактерий родов *Prevotella* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Porphyromonas* spp. и *Parvimonas* spp., *Escherichia coli*, *Bacillus cereus*, *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*. Через 3 месяца



применения мази клобетазола пропионата, фagodерма и персикового масла купирование объективных и субъективных симптомов отмечали у всех пациенток. Из 11 больных интермиттирующую терапию в полном объеме применяли 7 пациенток, 2 девочкам наносили только персиковое масло, в 2 случаях поддерживающую терапию не проводили. Через 9 месяцев ремиссия отмечалась у 7 девочек, получавших 0,1% мометазона фуората и персиковое масло Фагодерм, и у 2 детей, получавших только персиковое масло и Фагодерм. В 1 случае после отмены ТКС и эмолентов отмечали появление синехий в области малых половых губ, в 1 случае зарегистрированы жалобы на зуд, телеангиоэктазии, эритема, бактериальный налет.

Выводы. Использование 0,05% мази клобетазола пропионата и 0,1% мази мометазона фуората в сочетании с персиковым маслом и бактериофагами высокоэффективно, безопасно и может быть использовано для лечения САЛ у девочек. В рекомендуемом режиме мы не отмечали побочных эффектов, связанных с длительным применением кортикостероидов высокой и средней силы и вторичных по отношению к САЛ изменений архитектоники гениталий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ – НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ – В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»

Москва

Игнатова Е.В., Каткова К.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.

Атопический дерматит – широко распространенное, воспалительное заболевание кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Клинические проявления дерматоза на коже и сопровождающий их хронический мучительный зуд являются мощными факторами, отрицательно влияющими на качество жизни пациента. В лечении атопического дерматита в условиях суточного стационара разработаны комбинированные схемы лечения, включающие в себя физиотерапевтические методики. Ультразвуковая терапия – метод, при котором с лечебной целью используются механические колебания частотой более 20 кГц. Ультразвук оказывает на организм механическое, тепловое и физико-химическое действие. Механизм терапевтического действия ультразвука многообразен, складывается из местных и общих реакций, реализуемых нейрорефлекторными и гуморальными путями. При правильно подобранной дозировке ультразвук оказывает болеутоляющее, рассасывающее, противовоспалительное, спазмолитическое, фибринолитическое действие. Под его воздействием ускоряются генеративные и репаративные процессы, повышается возбудимость нервно-мышечного аппарата, усиливается проводимость импульсов по периферическому нервному волокну, активизируется передача нервных импульсов в симпатические ганглии, улучшается трофическая функция тканей. С лечебной целью так же применяется низкоинтенсивное лазерное излучение оптического диапазона, источником которого является лазер; особенностью такого светового потока является наличие одной фиксированной длины волны. Выбор параметров зависит от режима работы лазера и методики. Основными клиническими эффектами являются регенераторный, противовоспалительный, гипосенсибилизирующий, противоотечный, трофический и болеутоляющий. Главным механизмом действия является нормализация микроциркуляции, иммунологических и метаболических процессов в коже. Под нашим наблюдением в МНПЦДК филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» было 78 пациентов с атопическим дерматитом: 43 мужчин и 35 женщин, в возрасте 18 – 52 лет; 87% пациентов в стадии обострения с ограниченно-локализованной формой, среднетяжелое течение, 13% пациентов с диффузной формой, тяжелое течение. У 12% пациентов

в анамнезе имелась бронхиальная астма средней степени тяжести, 8% поллиноз и аллергический ринит. Основное медикаментозное лечение больные получали в условиях стационара. В качестве физиотерапевтического лечения использовались следующие методики: с противозудным, рефлексогенным действием воздействие ультразвуковыми колебаниями паравертебрально, на шейный и пояснично-крестцовый сегменты, на аппарате «Soporus-492», 0,4 Вт/см², контактно, лабильно, 4 поля по 2 минуты, ежедневно, № 4–6; для улучшения и стимуляции репаративных и обменных процессов, иммунобиологической реактивности организма, с противовоспалительной, противоотечной, бактериостатической и десенсибилизирующей целью НИЛИ красного спектра – 635 нм, на аппарате «Лазмик» – надвиговое лазерное облучение крови, на область проекции кубитальной вены, 80 Гц, 5 мВт, 7–10 минут, ежедневно, № 8–10. Положительный эффект при комплексном подходе отмечался у 98% пролеченных больных. 2% отмечали головокружение, повышение артериального давления, в связи с чем процедуры были отменены. Предложенная схема терапии позволила сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, улучшила качество ремиссии и качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск

Федотова Д.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.

Туберозный склероз (ТС) – это генетически детерминированное заболевание из группы факоматозов, с широким спектром клинических проявлений, сопровождающееся развитием множественных доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах, включая головной мозг, глаза, кожу, сердце, почки, печень, легкие, желудочно-кишечный тракт, эндокринную и костную системы.

Клинический случай. Пациентка С. 2008 г.р. Рост 160 см, вес 48 кг. Подросток в сопровождении матери обратилась к врачу дерматовенерологу на амбулаторный прием в КГБУЗ КККВД № 1 с жалобами на высыпания в области лица, пятна на коже бедра и голени без субъективных ощущений. Ранее к дерматологу не обращалась. При опросе матери выяснено, что девочка родилась с белыми пятнами в области голени, высыпания на лице появились после полутора лет. Данные анамнеза: ребенок от 3 беременности, 3 срочных родов. Беременность протекала с токсикозом I-II половины, роды без патологии. Родилась в срок с оценкой по шкале Апгар 9 баллов, закричала сразу. Вес при рождении составлял 3360 г, рост – 51 см. Ребенок в течение первого года жизни находился на естественном вскармливании. Умственно и физически росла и развивалась нормально, не отставая от своих сверстников. Профилактические прививки в соответствии с возрастом. С рождения состояла на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом рабдомиома сердца, которая была диагностирована перинатально на 21-й неделе гестации. Опухоль спонтанно регрессировала в возрасте 1,5 лет. В три года выставлен диагноз бронхиальная астма, атопическая форма, средней степени тяжести. Аллергический риноконъюнктивит. Из инфекционных заболеваний перенесла ветряную оспу, ОРВИ до 4-5 раз в год. Семейный анамнез благоприятный: ребенок родился от здоровых родителей. Хронические заболевания родители отрицают. В семье имеются еще две девочки, обе здоровы. Наследственность неотягощена. Вес и рост ребенка соответствует возрастной норме. Речь грамотная, словарный запас богатый. Со слов матери, в учебном процессе за все годы обучения в начальной школе показала отличные знания по всем предметам. На момент консультации на коже лица в области щек были выявлены округлые мелкие папулы цвета нормальной кожи, в области крыльев носа мелкие узелки красно-розового цвета, с гладкой поверхностью, не склонные к слиянию. На коже сгибательной поверхности левой голени и бедра ахроматичные листовидные пятна от 1 до 3–5 см. По результатам обследования в КГБУЗ КККВД № 1: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи – в пределах нормы. Заключение УЗИ почек: диффузные изменения паренхимы обеих почек (кальцинаты). Заключение МРТ головного мозга: гипертрофия лимфо-

идной ткани задней стенки носоглотки, инфильтративные изменения слизистой оболочки обеих верхнечелюстных пазух и клеток решетчатой кости. Заключение невролога: туберозный склероз. Данных за поражение нервной системы на момент осмотра не выявлено. Рекомендовано: заочная консультация невролога «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России. Освобождение от уроков физкультуры. МРТ головного мозга через 6 мес. Контроль ОАК, БАК 1 раз в 3–6 мес. Наблюдение педиатра, невролога, кардиолога, дерматолога, пульмонолога. Заключение генетика: туберозный склероз. Рекомендовано: наблюдение невролога, дерматолога, окулиста. МРТ головного мозга в динамике. Осмотр генетика 1 раз в год. Молекулярно-генетическое исследование не проводилось. Заключение окулиста: миопия I степени. Заключение пульмонолога: бронхиальная астма, атопическая форма, средней степени тяжести, в стадии ремиссии. Таким образом, критерии одного первичного признака – ангиофибромы лица, в сочетании с вторичным – в анамнезе рабдомиома сердца и третичными признаками – гипопигментированные пятна на коже и патология почек по данным УЗИ, свидетельствуют о несомненном диагнозе туберозного склероза с поражением кожи и внутренних органов. На момент обследования с благоприятным течением заболевания. Выводы. Данный клинический случай иллюстрирует отсутствие ранней диагностики заболевания, при наличии типичных клинических проявлений. Учитывая, что изменения кожи и ее производных встречаются в 100% случаев, должна быть настороженность у врачей дерматологов и косметологов по поводу туберозного склероза у детей.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Приволжский исследовательский медицинский университет
Нижний Новгород

Дмитриева А.А., Николаева А.Ю.

Введение. В текущий период наблюдается повышенный интерес к явлению постковидной алопеции как последствия пандемии коронавирусной инфекции 2019 года. Организм реагирует на инфекцию SARS-CoV-2, создает провоспалительное состояние, которое провоцирует алопецию через системный воспалительный ответ с активацией свободнорадикального окисления. Окислительный стресс возникает в результате дисбаланса оксидантного статуса и антиоксидантной системы защиты.

Цель исследования: провести анализ уровней продуктов свободнорадикального окисления сыворотки крови постковидных больных с алопециями. **Материалы и методы.** Объект исследования – сыворотка периферической венозной крови от группы пациентов с постковидными алопециями. Группа больных составила 22 человека, в группе контроля 12 человек. Лабораторные исследования проводились на кафедре Клинической лабораторной диагностики ФДПО ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ. Анализ сыворотки крови включал: определение параметров биохимилуминесценции (S, Z, tg-альфа); содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (первичных ДК, ТК, конечных ОШ и соотношения ОШ/ДК+ТК); содержание оксида азота (NO); определение окислительно-модифицированных белков (ОМБ) при соответствующих длинах волн 356, 363, 370, 430 и 530 нм. Статистическую обработку результатов провели в операционной системе Windows 10 с использованием программ STATISTICA 12 и Microsoft Office Excel 2010. В результате проведенного исследования показано, что у пациентов с алопецией после перенесенной коронавирусной инфекции уровень оксида азота повышен в четыре раза по сравнению с группой контроля. В группе больных более чем в два раза увеличено количество окислительно-модифицированных белков по всем исследуемым параметрам. Также в группе больных статистически значимо повышен показатель ПОЛ – ОШ/ДК+ТК. Таким образом, можно сделать вывод, что в патогенезе развития алопеций у больных с постковидным синдромом важное значение имеет активация свободнорадикального окисления липидов и белков, которая приводит к повреждению клеточных мембран.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМОЛЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

Москва

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

Цель исследования: изучить клиническую эффективность применения наружных средств из группы эмолентов при лечении различных форм псориаза в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. Изучение клинической эффективности эмолентов провели у 27 больных различными формами псориаза. В исследовании принимали участие 16 пациентов мужского пола возраста от 23 до 68 лет и 11 пациентов женского пола возраста от 23 до 62 лет. Пациенты предъявляли жалобы на высыпания, сухость кожи, чувство стянутости и зуд в области высыпаний. Локализация высыпаний: на коже туловища, верхних и нижних конечностей, с инфильтрацией и шелушением на поверхности. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование: клинический, биохимический (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, триглицериды, глюкоза, мочевины) анализы крови, общий анализ мочи. Отмечались незначительные отклонения показателей. Всем больным была назначена наружная терапия: ТГКС 2 раза в день 9 дней ежедневно, эмоленты 2 раза в день 9 дней ежедневно. Эффективность терапии оценивали по динамике дерматологического индекса PASI.

Результаты и обсуждение. В процессе лечения была отмечена положительная динамика величины дерматологического индекса PASI. Во время проведения комплексной терапии (ТГКС+эмоленты) по истечении 9 дней наблюдения у больных различными формами псориаза индекс PASI составил 7–11. На момент госпитализации индекс PASI составлял 10–13. Все больные отмечали хорошую переносимость эмолентов. Данных о побочных эффектах не выявлено.

Выводы. На основании полученных результатов в терапии различных форм псориаза можно рекомендовать применение эмолентов. Наружная терапия различных форм псориаза не ограничивается использованием топических глюкокортикостероидов. Лечение псориаза комплексное, в которое также включено применение наружных увлажняющих средств из группы эмолентов. Благодаря своему действию, эмоленты улучшают проникновение топического стероида в кожу, способствуют снижению зуда и увлажняют кожу.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ АКНЕ

Кафедра кожных болезней и косметологии, Факультет дополнительного профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Москва

Демина О.М.

Введение. Механизм формирования воспалительной реакции при акне до конца не известен. При этом известно, что *Cutibacterium acnes* (C. acnes), участвуют в развитии воспалительных высыпаний при акне путем распознавания толл-подобными рецепторами (TLR) 2 и 4 с последующей стимуляцией провоспалительных факторов посредством активации MAPK-киназ (MAPKs) и ядерного фактора каппа-В (NF-κB). Транскрипционный фактор NF-κB обеспечивает регуляцию экспрессии генов иммунного ответа, апоптоза и клеточного цикла. Регуляция NF-κB осуществляется рядом генов, включая IKKβ и SHARPIN. Ген IKKβ кодирует фермент IKK2, который контролирует развитие и активацию лейкоцитов путем регулирования передачи сигналов



NF- κ B. Ген SHARPIN участвует в сборке линейного сборочного комплекса убиквитинирования (LUBAC), регулирующего путь активации NF- κ B.

Цель: проанализировать патогенетическую роль полиморфизма генов транскрипционных факторов при тяжелой степени акне.

Материалы и методы. Проведено молекулярно-генетическое исследование у пациентов с акне для определения однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) генов NF- κ B.

Результаты. Проведенные исследования выявили у пациентов с акне тяжелой степени тяжести SNPs гена IKKB в интроне (rs9785118) и в области 3'UTR (rs1057741) ($p < 0,05$) и гена SHARPIN в экзоне rs112552278 ($p < 0,05$). В результате активированный NF- κ B транслируется в ядро и стимулирует экспрессию генов, регулирующих воспалительный ответ. В последующем развитие воспалительной реакции при акне реализуется за счет выброса провоспалительных цитокинов, факторов роста, молекул адгезии и молекул, регулирующих клеточный цикл.

Вывод. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достоверной ассоциации выявленных SNPs генов IKKB и SHARPIN NF- κ B с тяжелым течением акне.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПАЦИЕНТОВ 65+ С БЕССИМПТОМНЫМ COVID-19

Московский Институт эпидемиологии и микробиологии

им. Г.Н. Габричевского

Москва

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю.,
Комбарова С.Ю.

Цель. Провести анализ патологий кожи, слизистой и других макросистем у пациентов 65+ в связи с волнами COVID-19, используя данные собственных публикаций в 2020–2022 гг.

Материалы и методы. Наблюдение пациентов с ноября 2019 г. по июнь 2022 г., в том числе до и после вакцинации от COVID-19 (декабрь 2019 г. – январь 2020 г.) и ревакцинации (ноябрь 2021 г.) от COVID-19, с бессимптомным течением COVID-19.

Результаты. Обобщена динамика патологий макросистем пациентов 65+ в связи с 5 волнами пандемии COVID-19. Наблюдались: *модулирующее влияние волн: устраняющее имеющиеся патологии (редко регистрируемое), инициирующее и усиливающее патологии (в подавляющем числе случаев); *импульсивная динамика развития имеющихся патологий (варьирующая по амплитуде, в том числе повторяющаяся), соответствующая периодам волн; *развитие первичных/ранних патологических изменений как множественных (кожа, глаза, слуховой аппарат, легкие); *периодическая гиперчувствительность макросистем (кожа, глаза, слуховой аппарат); *прогресс одних, консервация других, проявление добавочных преемственных патологий; *ускорение старения (выпадение волос, гиперпигментированные пятна). Наблюдались взаимодополняющие персонифицированные ряды патологий, ранжированные в порядке их регистрации: *У ПАЦИЕНТА-1: кожа (первичные и вторичные картины мозаичного поражения); глаза (набор признаков, в том числе периодическое [влияние волн] усиление красноты и слезоотделения на протяжении всего периода наблюдений (в июне 2022 г. – устойчивость красноты, слабые рецидивы конъюнктивита и резей); глаз [на фоне детской травмы] с имеющейся близорукостью внезапно осложнилась в быстро прогрессирующую [менее двух недель в мае 2021 г.] катаракту, затем удаленную); слуховой аппарат (прогресс тугоухости, совпадающий с периодом пандемии); легкие (соответствующее волнам обострение хронического бронхита; в январе 2022 г. – сходные с действиями штамма «омикрон» (5-й волны) и ОРВИ першение в горле 2 дня на фоне «горячей кожи» с переходом в заложенность носа – следующие 3 дня, спустя 2 месяца после ревакцинации от COVID-19); *У ПАЦИЕНТА-2: кожа (первичные кратковременные, а также пролонгированные на другие периоды волн [в том числе на фоне применения косметических масок] пятна красного цвета, преимущественно на лобных срединных пазухах; к концу рассматриваемого периода смещение в верхнюю область лобных пазух); глаза (повторяющиеся покраснения оболочек, усиливающиеся аллергические рези, визуализация сети сосудов, временно устойчивое [совпадает

с периодом волны пандемии] повышение внутриглазного давления); легкие (возникший в 1-ю волну постковидный фиброз нижней части легких, постоянный в периоды волн сухой глубокий кашель на фоне хронического фарингита, в том числе в периоды после вакцинации и ревакцинации от COVID-19; появление и устойчивое воспроизведение в феврале-мае 2022 г. горлового кашля, характерного для «омикрона»). Динамика изменений у пациентов наблюдалась в каждой макросистеме. В случаях патологий кожи и слизистых у пациентов 65+ с бессимптомным течением COVID-19 наблюдалось раннее проявление синдрома на фоне последующего отставания от проявлений в других органах, в зависимости от волн пандемии. На основании наблюдений предложен подход к классификации субсиндромов контактирующих макросистем у пациентов 65+ в виде персонифицированных ранжированных (по времени проявления, выраженности и доминированию, степени и виду консервации) рядов патологий.

Выводы. Описанная динамика патологий у пациентов в связи с COVID-19, подходы к классификации постковидных синдромов и субсиндромов имеют диагностическое (ранние патологии) и прогностическое значение (выбор режима углубленной диспансеризации и тактики лечения).

ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИЯМ ПОСТКОВИДНЫХ СИНДРОМОВ ПАЦИЕНТОВ 65+, СВЯЗАННЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ И ДРУГИХ КОНТАКТИРУЮЩИХ МАКРОСИСТЕМ

Московский Институт эпидемиологии и микробиологии

им. Г.Н. Габричевского

Москва

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.

Цель. Провести анализ постковидных синдромов (ПС) с учетом патологий кожи, распространенных у пациентов 65+, и предложить подходы к их классификации.

Материалы и методы. Наблюдение патологий контактирующих с внешней средой макросистем (кожи, глаз, легких и слухового аппарата) у пациентов с ноября 2019 по август 2022 г., в том числе до и после вакцинации от COVID-19 (декабрь 2019 – январь 2020) и ревакцинации (ноябрь 2021) от COVID-19. Использование данных собственных публикаций в 2020–2022 гг. Результаты. А. Обобщена динамика патологий ПС у пациентов 65+, в зависимости от всех 5 волн пандемии COVID-19 в 2019–2022 гг. Наблюдались: *развитие уже имеющихся давних и недавно приобретенных патологий (варьирующая по амплитуде, в том числе амплитуду повторяющаяся), соответствующая очередным волнам; *модулирующее влияние волн: инициирующее и усиливающее патологии, частично их устраняющее; *затухающее (в отношении отдельно взятой патологии) влияние волн (от 1-й к 5-й; по амплитуде на фоне снижения широты проявления патологии); *импульсивное с кратковременным но периодическим проявлением гиперчувствительности макро-системы/систем (кожа, глаза, слуховой аппарат); *прогресс ранних (множественных, «веерных») [в градиентном распространении во времени и в отношении территории от исходной точки проявления поражения] в случае (кожи) патологических изменений; *изменения вширь (мультиотропность действия на типы тканей и органы, разнообразие поражений кожи) и вглубь (изменения патологий каждого типа с их расширением в направлении от тканей к органам [кожа как индикатор глубоких повреждений]); *развитие одновременных нарушений в контактирующих макросистемах в периоды волн; *прогресс одних, консервация достигнутого уровня патологий у других; *проявление и/или появление «дополнительных» патологий как преемственных в развитии системы прежних; *ускорение у пациентов процессов старения в связи с COVID-19 (урегуливание массива волос, появление асимметричных [левая-правая щека] мозаик темных пятен 3–5 мм диаметром и бугристости [загрубление кожи на лице], витилиго кожи [белые пятна 3–6 мм диаметром вдоль всей ранее сломанной руки], увеличение редко разбросанных бородавок вдоль левой или правой части тела). Наблюдаются редкие (преимущественно ранние) случаи устраняющего патологии или направленного против них действия в условиях ПС (полное без остаточных признаков быстрое [в пределах одной волны] устранение многолетней паховой подкожной сосудистой мультигранной небольшой [3х4х5 мм неправильной с гранями формы] атеромы/сливных 2-3-х атером по ускоренному/сжатому мультиступенчатому

механизму). Б. Классификации ПС характеризуются широтой подходов и включают персонализированные (как уникальные сетевые и каскадные) и групповые (с общими признаками проявления групповых патологий, сходных при рассмотрении на углубленных уровнях сравнения), моно/мультиканальные и органные (фено- и генотипические; например, с переходом единократного поражения эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов в многообразие на мультиканальном и органном уровнях), модулирующие [в том числе с системным прогрессом признаков] и импульсивные [с повторяющимися сериями амплитудных ответов в проявлении патологических признаков], комбинированные.

Выводы. Результаты и подходы к классификациям ПС помогут при упорядочивании клинических данных в отношении ПС. Данные о ранних, последовательных, преемственных и сочетанных патологиях, особенно в случаях изменений кожи, имеют диагностическое и прогностическое значение, важное для выбора адекватных стратегии и тактики углубленной диспансеризации и лечения.

ПОЗДНИЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА С СИМПТОМАМИ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»

Москва

Жуковский Р.О., Лосева О.К., Фриго Н.В.

Цель исследования. Проследить динамику регистрации поздних форм сифилиса в Московском регионе за период с 2001 по 2020 гг. Проанализировать локализацию поздних проявлений сифилиса с симптомами.

Результаты. Анализ статистических данных по заболеваемости сифилисом за исследуемый период указывает на снижение числа больных всеми формами сифилиса в 3,2 раза, при одновременном возрастании числа пациентов с поздними формами в 46,5 раза. В начале исследуемого срока (2001 г.) доля поздних форм с симптомами среди всех поздних составляла 33% и была представлена только поздним нейросифилисом (15 пациентов из 45). В 2018 г. эта доля составила лишь 11,6% (238 пациентов из 2052), но была представлена не только нейросифилисом (167 больных), но и поздним кардиоваскулярным (67 человек), сифилитическим гепатитом (4) и полиорганным висцеральным поражением (1 пациентка). Не исключено, что снижение втрое доли поздних форм с симптомами связано с недооценкой висцеральных форм заболевания. Однако позитивным является расширение диагностики поздней висцеральной патологии. В частности, специфическое поражение сердечно-сосудистой системы (поздний кардиоваскулярный сифилис) было впервые диагностировано в 2003 г., в последующие годы эти случаи были единичными. С 2012 г. их число стало увеличиваться и в 2018 г. достигло 67. За рассматриваемый период регистрация случаев КВС выросла в 20 раз. Регистрация случаев нейросифилиса выросла за тот же период в 11,1 раза. В разные годы отмечалась регистрация единичных случаев (от 1 до 4) другой специфической висцеральной патологии, в частности поздних сифилитических гепатитов. В ходе данной работы был описан также 1 случай полиорганной висцеральной специфической патологии. Под нашим наблюдением находились 24 пациента с поздними формами сифилиса с симптомами: у 12 был диагностирован поздний кардиоваскулярный сифилис, у 9 – нейросифилис (у 2 пациентов было сочетание кардиоваскулярного и нейросифилиса), в 4 случаях – поздний сифилитический гепатит и в одном – полиорганный специфический висцеральный патология. В 13 из 24 случаев пациенты в прошлом лечились по поводу сифилиса (первичного – 2, раннего скрытого – 8, скрытого неуточненного как ранний или поздний – 2, позднего (гепатита) – 1). Представляет интерес сопоставление локализации симптоматики позднего сифилиса, выявляемой сегодня, с данными старых авторов. Так, частота специфического поражения ЦНС, по данным А. Fournier (1879–1905 гг.), составляла 33% от всех поздних форм с симптомами. В наше время его значимость еще возросла, и пациенты с этой патологией составляют 85% больных поздними формами с симптомами. Поражения сердечно-сосудистой системы во времена А. Fournier диагностировались крайне редко – в 1% случаев, что было результатом ограниченных диагностических возможностей, а с их внедрением в практику частота выявления этой патологии зна-

чительно возросла (по М.В.Миличу, (1954–1977 гг.) – до 35,5%). В наши дни она пока не достигает этого уровня и составляет всего 14,5% (Р.О. Жуковский, 2001–2018 гг.).

Выводы. 1. Анализ заболеваемости поздними формами сифилиса за последние 18 лет показал рост доли поздних форм, с одновременным снижением доли поздних форм с симптомами. 2. За рассматриваемые годы расширился диапазон диагностируемых поздних висцеральных поражений за счет роста выявления кардиоваскулярного сифилиса, выявления специфических гепатитов и полиорганной висцеральной патологии. 3. Учитывая многообразие симптоматики поздних форм сифилиса, необходимо проводить тщательное обследование серопозитивных пациентов как дерматовенерологам, так и врачам смежных специальностей, поскольку есть основания предполагать неполноту выявления поздних форм сифилиса с симптомами.

ПРЕДНИЗОЛОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Москва

Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маларенко Е.Н., Денисова Е.В., Шалагинова А.В., Плиева К.Т., Каткова К.В.

Системная терапия показана при тяжелом течении очаговой склеродермии. В настоящее время широко используются цитостатические препараты. Назначение глюкокортикостероидов ограничено нередко сопутствующими очаговой склеродермии сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы и другой патологией.

Целью нашего исследования была оценка эффективности и безопасности применения преднизолона в лечении тяжелых форм очаговой склеродермии. Под нашим наблюдением в условиях стационара находилось 19 мужчин с очаговой склеродермией: в том числе 17 – с бляшечной формой (многоочаговой), 2 – с линейной формой. Давность заболевания составляла от 1,5 до 15 месяцев. До этого все больные получили курсы лечения с применением пенициллина, вазодилаторов, лидазы либо бов-гиалуронидазы, витаминных препаратов, физиотерапевтические методы лечения. Во всех случаях была отмечена недостаточная эффективность лечения. При отсутствии противопоказаний преднизолон по 20–40 мг перорально ежедневно на фоне «терапии сопровождения» (препараты калия, кальция, блокаторы протонной помпы, диета с ограничением углеводов, поваренной соли). По достижении видимой стабилизации патологического процесса начинали постепенное медленное снижение суточной дозы преднизолона. Необходимо отметить, что все пациенты терапию переносили хорошо, без побочных эффектов и нежелательных реакций. Таким образом, наше наблюдение подтвердило целесообразность использования преднизолона в терапии тяжелых форм очаговой склеродермии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ ВЕТАМЕТАСОНИ+САЛЦИПРОТРИОЛИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д3

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии

Санкт-Петербург

Кукушкина К.С., Корнишева В.Г., Карякина Л.А.

Витамин Д обладает выраженной иммуномодулирующей активностью, было высказано предположение о его участии в патогенезе гнездного облысения: при снижении концентрации 25(OH)D ниже 30 ng/ml в эксперименте увеличивалась частота развития болезни (Ли и др., 2018).

Цель работы: анализ эффективности применения мази Betamethasoni + Calcipotrioli в лечении гнездной алопеции (ГА) у больных с недостаточностью витамина Д3.



Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 58 пациентов с диагнозом гнездная алопеция, очаговая и многоочаговая формы в прогрессирующей стадии (мужчин – 20, женщин – 38), в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст 34±0,5 года). Всем пациентам определялась концентрация активной формы витамина Д (25(OH)D) с помощью метода хемилюминесцентного иммуноанализа на микроцистидах. Показатели нормального содержания витамина Д от 30 до 100 нг/мл. Средняя концентрация витамина Д3 у пациентов составила 23±1,5 нг/мл. Пациенты с низким уровнем кальцидиола (n=48) были разделены на группы: первая группа (n=27) получала 1 раз в день вечером под окклюзию мазь Betamethasoni + Calcipotrioli. В лечении другой группы (n=21) использовали стандартную терапию (0,1% крем Mometasone под окклюзию 1 раз в день вечером). Курс – 3 месяца. Результаты проводимой терапии оценивались клинически и с помощью трихоскопии: отсутствие эффекта, ухудшение (увеличение размеров обрабатываемых очагов облысения), улучшение (прекращение выпадения волос, начало роста vellusных волос, отсутствие патогномичных трихоскопических признаков ГА), выздоровление (отрастание терминальных волос и отсутствие патогномичных трихоскопических признаков ГА).

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности терапии проводилась через месяц и в конце лечения. Через месяц после начала применения мази Betamethasoni + Calcipotrioli из 27 пациентов первой группы отсутствие эффекта лечения выявлено у 11%, улучшение у 63%, выздоровление достигнуто у 26%. В группе сравнения, получавших 0,1% крем Mometasone, ухудшение выявлено у 14%, отсутствие эффекта терапии у 48%, улучшение у 24% и выздоровление у 14% (p<0,05). Через 3 месяца лечения ухудшение в виде увеличения очагов облысения было зарегистрировано у 14% больных группы сравнения. Отсутствие эффекта от терапии выявлено у 11% первой группы и у 29% контрольной группы. (p<0,05). Улучшение диагностировано у 37% пациентов первой группы и у 33% группы сравнения (p>0,05). Выздоровление выявлено у 52% пациентов, получавших мазь Betamethasoni + Calcipotrioli и 24% контрольной группы, получавших 0,1% крем Mometasone (p<0,05).

Выводы. 1. На фоне недостаточности витамина Д3 (23±1,5 нг/мл) у больных с гнездной алопецией применение мази Betamethasoni + Calcipotrioli в течение месяца привело к улучшению у 63%, выздоровлению у 26%. Через 3 месяца лечения выздоровление было получено у 52% пациентов (p<0,05). С длительностью применения мази увеличивалась эффективность терапии. 2. При сравнении мази Betamethasoni + Calcipotrioli с 0,1% кремом Mometasone показано, что эффективность мази Betamethasoni + Calcipotrioli была достоверно выше 0,1% крема Mometasone при местном лечении очагов облысения гнездной алопеции с недостаточностью витамина Д3.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИИ: АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ

Филиал «Тимирязевский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Россия
Москва

Глоба Е.И., Бохонович Д.В.

Артифициальный дерматит (патомимия, искусственный дерматит, патологическая симуляция) – собирательное понятие, характеризующее совокупность различных психических нарушений, проявляющихся в виде осознанных и неосознанных самоповреждений кожи. Этим понятием объединяется вся группа искусственных повреждений кожи и ее придатков, наносимых самим больным вследствие имеющегося у него психического расстройства. Эпидемиологическое значение сочетания дерматологической и психической патологии составляет в среднем около 30–40%. Взаимодействие дерматологов и психиатров затруднено, так как отсутствует единый комплексный подход к оценке коморбидности состояний.

Целью данной работы является демонстрация клинического случая, подтверждающего сложность в верификации диагноза у данной группы пациентов: Больная 20 лет, отмечает жалобы на постепенное появление высыпаний на коже молочных желез, лобка, бедер, голеней сопровождающиеся зудом и носящие периодический характер в течение 5 лет (с 15-летнего возраста).

Причину связала с резкой потерей массы тела. В течение 1 месяца похудела на 26 кг (первоначальный вес 70 кг, на момент похудения 44 кг). В сентябре 2019 г., впервые обратился к врачу дерматовенерологу, в результате рекомендованного обследования были обнаружены лямблии (выявление в крови антител к возбудителям глистных заболеваний методом ИФА). Больная получала лечение в виде антибактериального препарата Амоксиклав, наружно получала лечение в виде крема Акридерм ГК с положительным эффектом. В начале 2021 г. обращалась к врачу эндокринологу в связи с нарушением сна, состоянием бессилия, что связывала с длительным стрессом, в результате проведенного обследования (исследование уровня гормонов щитовидной железы, анализ крови на глюкозу) патологии не выявлено. Со слов больной, занимается с психологом по проблеме нарушение пищевого поведения. В филиал «Тимирязевский» впервые обратилась в сентябре 2021 г. с жалобами на высыпания на коже молочных желез, лобка, бедер, голеней, зуд периодического характера в течение нескольких месяцев. На момент осмотра патологический процесс носил подостровоспалительный, распространенный характер. Был локализован на коже молочных желез, в области ареол, живота, лобка, паховых складок, передней и задней поверхности бедер и голеней и представлен мелкопапулезными элементами красного цвета, геморрагическими корочками, эскориациями на фоне очагов пигментации. Дермографизм красный. Соскоб на чесотку был отрицательным. Больная была направлена на консультацию в консультативное отделение ООСМП МНПЦДК для уточнения диагноза, где был установлен предварительный диагноз: Красный плоский лишай? Хроническая пиодермия? – и рекомендовано проведение диагностической биопсии. В условиях дневного стационара филиала «Тимирязевский» выполнена биопсия кожи внутренней поверхности правого бедра (2 фрагмента). По результатам патоморфологического исследования: фрагменты кожи с небольшим участком подкожной жировой клетчатки. Умеренный акантоз эпидермиса с неравномерным удлинением межсосочковых эпидермальных гребней. Гиперкератоз, очаговый гипергранулез. Вокруг сосудов дермы слабые лимфогистиоцитарные инфильтраты. Коллагеновые волокна дермы без признаков структурных изменений, в сетчатом слое дермы присутствуют фрагменты придатковых структур обычного гистологического строения. Заключение: патологические изменения носят характер гиперпролиферации эпидермиса без признаков экссудации в сочетании со слабо выраженным воспалением, наиболее соответствуют заболеваниям из групп т.н. зудящих дерматозов (нейродермит, пруригинозная экзема и др.). Учитывая отсутствие корреляции между клинической картиной и результатом патоморфологического исследования, а также посещение психолога, больная была направлена на консультацию к психиатру. Заключение психиатра: Артифициальный дерматит. Пограничное расстройство личности. Больная получает курс психотерапии в ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Дальнейшее наблюдение в филиал «Тимирязевский» не осуществлялось. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует необходимость взаимодействия дерматологической и психиатрической служб в лечении коморбидных пациентов.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС, ИММУННЫЙ ОТВЕТ И ТЕЧЕНИЕ АКНЕ

Медицинский институт непрерывного образования «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств»
Москва

Белякова Г.Л., Масюкова С.А., Сорокина Е.В., Сходова С.А.

Акне – хроническое воспалительное заболевание сально-волосных фолликулов, характеризующееся мультифакторным патогенезом, в котором психоэмоциональный стресс играет важную роль триггера. Многочисленные научные работы подтверждают взаимосвязь между функцией нервной системы и активностью сальных желез.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между уровнем стресса, иммунным ответом и тяжестью течения акне, динамикой показателей в результате комбинированной терапии. Материалы и методы. На базе ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова и ООО «Лекарь» в период с сентября 2021 по апрель 2022 года обследованы 32 пациента с акне обоих полов в возрасте от 14 до 22 лет (средний возраст 18,1±2,8). Пациенты были разделены на две

группы по 16 человек с возрастным распределением $18,13 \pm 2,75$ и $18 \pm 2,94$ соответственно. Пациенты первой группы получали комбинированную терапию с применением системного антибиотика из группы тетрациклинов – миноциклин в дозировке 50 мг в день 6 недель, во второй группе пациенты получали топическую терапию. Пациентам проведено тестирование с применением опросника стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, опросника индекса оценки психологического и социального эффекта воздействия акне APSEA до и через 14 дней после лечения. Всем пациентам также было проведено исследование иммунного статуса до терапии и через 14 дней после терапии. Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови определяли методом проточной цитометрии (FACSCalibur, Becton Dickinson, США) с использованием мАТ к CD3, CD4, CD8, CD16, CD21, CD23, CD72, CD25, HLA-DR (Beckman Coulter). Статистическую обработку результатов проводили в рамках параметрической и непараметрической базовой статистики, применяя стандартный пакет статистических программ Windows7 (StatSoft 7.0), Excel и WinMdi. Различия рассматривались как значимые при $p \leq 0,05$. Результаты: в каждой исследуемой группе наблюдались пациенты средней (37,5%) и тяжелой (62,5%) степени тяжести, ДИА фиксировался и составил в первой группе $11,00 \pm 2,75$ и $6,5 \pm 2,25$ ($p < 0,5$), во второй $10,75 \pm 2,53$ и $7,75 \pm 2,05$ ($p < 0,5$) до и после лечения соответственно. По результатам оценки опросника Холмса и Раге, включающего от 39 до 43 вопросов, были выявлены следующие наиболее частые стрессовые события. После 18 лет стресс был вызван изменением индивидуальных привычек (50%), режима сна (50%), нарушением питания (50%), смертью близкого родственника (40%). У несовершеннолетних – более частое отсутствие родителей дома (66,6%), личные достижения (50%), изменение принятия себя сверстниками (50%). Исходя из набранных баллов, соответствующих каждому жизненному событию, оценивалась степень сопротивляемости к стрессу. Большая степень соответствовала 0–149, высокая 150–199, пороговая 200–299 и низкая 300 и более баллов. Процентное соотношение в обеих группах следующее: 25% большая, 18,75% высокая, 12,5% пороговая, 43,75% низкая степень сопротивляемости, средний балл $256,5 \pm 178,4$. При этом низкая сопротивляемость у пациентов с тяжелой формой акне определяется в 60%, при среднетяжелой форме в 16%. Индекс APSEA оценивался путем подсчета баллов за 15 вопросов, от 0 до 144. Чем больше было набрано баллов, тем сильнее оказывался негативный эффект заболевания. В 1 группе $58,93 \pm 16,1$ до, $45,93 \pm 14,08$ после, в контрольной $55,0 \pm 10,9$ до, $49,75 \pm 9,8$ после лечения. В группе с минолексин при тяжелых формах акне APSEA составил $64,4 \pm 15,15$ и $52,1 \pm 11,69$, при среднетяжелых формах регистрировался более низкий индекс $49,8 \pm 14,3$ и $34,1 \pm 12,09$ до и после лечения соответственно. В ходе проведенной комбинированной терапии в иммунном статусе отмечалось снижение абсолютных значений лимфоцитов (с 1875 кл/мкл, до 1570 кл/мкл, $p=0,0278$), снижение абсолютных значений CD3+ лимфоцитов (с $1557,5$ до $1165,8$ кл/мкл, $p=0,0601$), незначительное снижение содержания В-лимфоцитов (CD19+) (с $280,3$ кл/мкл до $222,2$ кл/мкл, $p=0,034$) и NK-клеток (CD16+CD56+) (до $11,1\%$, $p=0,208$). Выводы. Степень тяжести акне влияет на стрессовую нагрузку и качество жизни пациента. Низкая сопротивляемость к стрессу является звеном в реализации нейрогенного воспаления. Применение системной антибиотикотерапии с использованием препарата минолексин способствует снижению степени тяжести акне, что сопровождается значительным снижением индексов APSEA и ДИА в первой группе. При комбинированной терапии с применением минолексина отмечена тенденция к снижению содержания субпопуляций лимфоцитов CD3+, CD19+ и NK-клеток.

ПСОРИАЗ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Российский университет дружбы народов; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» Москва

Мунинова М.С.

Актуальность. Псориаз связан со многими сопутствующими заболеваниями, однако большинство из них часто упускаются из виду или диагностируются поздно. Пациенты с тяжелой формой псориаза и те, у кого псориаз дебютирует в молодом возрасте, подвергаются более высокому риску сопутствующих кардиометаболических заболеваний. Согласно некоторым исследованиям, риск артериовенозных заболеваний у пациентов с псориазом в два раза

более высокий, чем в общей популяции. Он не зависит от обычных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и чаще встречается при тяжелых формах заболевания у пациентов в возрасте до 50 лет.

Целью данной работы является выявление тяжести и особенностей течения псориаза у больных на фоне гипертонической болезни (ГБ).

Задачи. Выявить связь индекса PASI с наличием сопутствующей ГБ у псориазистических больных.

Материалы и методы. Для исследования была отобрана группа пациентов из 60 человек, страдающих псориазом с сопутствующей ГБ, находившихся на стационарном лечении в Дерматовенерологическом отделении № 1 «Филиала Короленко» МНПЦДК с апреля по июль 2022 года. Был проведен анализ медицинской документации, разделение пациентов на группы по возрасту и степени тяжести ГБ, соотношение клинической картины и особенностей течения псориаза в соответствующих группах.

Результаты. Из 60 больных псориазом и ГБ 40 человек были трудоспособного возраста от 25 до 55 лет и 20 человек в возрасте от 56 до 81 года. 59 больным был выставлен диагноз «I11.9 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности» и 1 больному «I10 гипертоническая болезнь (эссенциальная)». Из группы больных трудоспособного возраста у 9 человек отмечено легкое течение ГБ на 1 стадии. Количество больных на 2 стадии 1 степени тяжести составило 3 человека, на 2 стадии 2 степени тяжести – 11 человек, на 2 стадии 3 степени тяжести – 13 человек, на 3 стадии 1 степени тяжести – 1 человек, на 3 стадии 3 степени тяжести – 3 человека. Из 20 человек в группе больных от 56 до 81 года 15 больных были на 2 стадии ГБ 3 степени тяжести, 3 человека на 2 стадии ГБ 2 степени тяжести и 2 человека на 3 стадии ГБ 3 степени тяжести. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в группах больных ГБ 1-2 стадии колебался от 3 до 4, тогда как у всех больных на 3 стадии ГБ отмечается риск ССО 4. Среднее количество койко-дней у больных на 1 стадии ГБ составило 12, на 2-3 стадиях – 13–14, у пациентов от 56 до 81 года – 13 дней. Отмечено, что вне зависимости от стадии и степени тяжести гипертонической болезни течение псориаза было от среднетяжелой до тяжелой степени, экссудативной формы, прогрессирующей стадии с поражением головы, туловища, верхних и нижних конечностей, а у 26 человек – и с поражением лица. Индекс PASI варьируется от 15 до 30.

Выводы. По итогам изучения 60 историй болезни был сделан вывод, что гипертоническая болезнь приводит к утяжелению течения псориаза, повышая индекс PASI: вне зависимости от тяжести гипертонической болезни и возрастной группы больных отмечается распространенная форма заболевания, экссудация, шелушение. Также отмечено, что гипертоническая болезнь тяжелой степени значительно сокращает возможности лечения больных псориазом, являясь ограничивающим фактором для назначения физиотерапии. Одновременное наличие псориаза и гипертонической болезни значительно ухудшает качество жизни больных и продлевает сроки временной нетрудоспособности.

ПСОРИАЗ И ПАРАПСОРИАЗ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», «Юго-Западный филиал»

Москва

Бурчик К.А., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

Несколько лет назад было высказано предположение, что «Парапсориаз (ППС) – не псориаз (ПС), а лишь приближение к нему». А сейчас отношения между этими дерматозами смотрятся несколько иначе: это разные заболевания. ППС Брока стал известен более 100 лет назад, а ПС описан Авлом Корнелием Цельсом в 30–10 г. н. э. ППС имеет внешнее сходство с псориазом, красным плоским и розовым лишаем. Ближе всего к ППС стоит каплевидная форма ПС. Их объединяют также семантические корни. Чтобы не ошибиться, важно учитывать не только клиническое сходство и различия каплевидного ПС и острого ППС Габермана–Муха, особенно при первичном распознавании дерматоза. ППС при дебюте характеризуют многочисленные мономорфные псориазиформные дискретные папулы диаметром 3–4 мм,



округлых очертаний, уплощенные или полусферические, розово-красного цвета, без субъективных ощущений и при удовлетворительном общем состоянии. Располагаются они обычно на конечностях и туловище. Очень часто сыпи предшествует кратковременный эпизод недомогания с повышением температуры тела до 37–38% (ОРЗ, фарингит, ангина). Для ПС провоцирующим фактором чаще выступают психоэмоциональные моменты. При этом пятнисто-папулезные элементы покрыты мелкими чешуйками и имеют венечный эритематозный ободок. Высыпания увеличиваясь в размере, образуют бляшки, что не происходит при ППС. Локализация может быть разнообразной, включая скальп. Существенную роль в диагностике играет псориазная триада – феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. При ППС поскабливание скамозных папул вызывает отрубевидное шелушение и сплошные чешуйки (симптом облатки), что имеет патогномоничное значение. Лихеноидный ППС в практике дерматолога встречается примерно в 10 раз реже, чем ПС. У него также вариативность клинических форм, в основном их две – лихеноидная вариолиформная острая (болезнь Габбармана–Муха) и лихеноидная хроническая (болезнь Юлиусберга), а при ПС клинических вариантов около 15. Основным элементом сыпи в клинической картине ПС и ППС являются эритематозно-скамозные, пятнисто-папулезные и корковые поражения; бляшки наблюдаются при ПС. Отличительные черты ППС – симптомы облатки, пурпуры, скрытого шелушения. Интенсивность клинических проявлений меньше чем при ПС. При этом чаще имеет место спонтанное регрессирование сыпи, но чаще наблюдается поствоспалительная гипопигментация.

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОДИСТРОФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

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

Аль-Хаватми А.А.-Х.М., Жукова О.В., Касихина Е.И.

Псориаз – хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание с преимущественным поражением кожи, ногтей и суставов, развивающееся как у взрослых, так и у детей. В современной клинической классификации псориаза учитывается распространенность и локализация высыпаний, которая определяет в том числе тяжесть течения процесса. Следует отметить, что появление высыпаний в области «трудных локализаций» (кожи волосистой части головы, ладоней, подошв, ногтей и области гениталий) вызывают у пациентов серьезные проблемы с качеством жизни, несмотря на меньшую площадь поверхности. Вовлечение в патологический процесс структур ногтевого аппарата при псориазе приводит к социальной дезадаптации в любом возрасте. Изменения ногтей являются не только косметическим дефектом: они могут отрицательно влиять на повседневную деятельность, включая интеграцию в коллектив, снижать работоспособность и ухудшать качество жизни. Пациенты с псориазной ониходистрофией могут испытывать более выраженные ощущения различной интенсивности, чувства беспокойства, одиночества и депрессии. При различных клинических формах псориаза частота изменений ногтевых пластинок регистрируется у 41–80% пациентов.

Цель исследования – изучить распространенность и особенности клинического течения псориазной ониходистрофии у пациентов с легкой и средней степенью тяжести кожного процесса.

Материалы и методы. Для анализа использовались сведения из медицинской документации и данные динамического наблюдения пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» в период с января 2020 по декабрь 2021 гг. Для оценки клинических особенностей псориазной ониходистрофии были использованы данные 115 взрослых пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 56 лет. В исследование

включались пациенты старше 18 лет, у которых давность поражения ногтей составляла не менее года. Длительность заболевания составила $11 \pm 9,8$ лет. Результаты и обсуждение. При анализе распространенности псориазной ониходистрофии в ходе клинического исследования среди 166 обследованных амбулаторно пациентов с псориазом псориазная ониходистрофия ногтей была выявлена у 115 (69,3%) больных. Мужчин было 81 человек (70,4%), женщин – 34 (29,6%). Среди самых частых симптомов выявлялись продольные гребни – у 101 (87,8%) пациента и точечные вдавления – у 78 (67,8%). Следует отметить, что почти каждый третий пациент – 35 (30,4%) – не акцентировал внимания на данных симптомах. Симптом «наперстка» (точечных вдавлений) традиционно относился к самому распространенному признаку псориазной ониходистрофии ногтей пластины. То же самое можно отнести к лейкокониям, которые были характерны для пациентов в возрасте до 30 лет. На амбулаторном приеме такие признаки как линии Бо, онихорексис и красные пятна в лунке нами выявлены не были. Наиболее часто у пациентов выявлялись следующие признаки изменений ногтей: точечные вдавления (67,8%), продольные гребни (87,8%) и онихолизис (26,1%). Подногтевой гиперкератоз был выявлен у 14,8%, онихомадезис – у 0,9%. Несмотря на то что онихолизис оказался в числе распространенных симптомов по нашему исследованию, его встречаемость в российской практике оказывается ниже описанной в литературе. Данную особенность можно объяснить тем, что большинство обследованных пациентов имело несколько симптомов псориазной ониходистрофии, а сочетание проявлений поражения ногтей иногда не позволяет в полной мере выделить все имеющиеся симптомы из-за их сливания друг с другом, камуфлирования одного симптома другим. Тем не менее, по результатам разных исследований, точечные вдавления и онихолизис можно определить наиболее характерными признаками псориажной ониходистрофии у пациентов при наличии классических псориазных бляшек на коже может подтверждать псориазную этиологию поражения ногтей у данных больных, а также облегчать постановку диагноза при изолированном поражении ногтей, с учетом наличия отрицательного результата после микологического обследования пациентов.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПАЦИЕНТОВ 65+ В СВЯЗИ С COVID-19

Московский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского
Москва

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.

Цель – провести анализ динамики ревматических патологий у пациентов 65+ на фоне нарушений кожи и слизистой, контактирующей с внешней средой, в связи с волнами пандемии COVID-19 (2019–2022 гг.).

Статус пациентов. Возраст 68–72 года, диагноз с дошкольного возраста – ревматизм сердца, периодические ревматические атаки (лихорадка, температура, боли в мышцах и костях); протрузии дисков позвонков шеи и позвоночника спины, остеохондрозы шеи и поясницы с 70-х годов; многолетние ревматические боли (послеударные) в коленном и локтевых суставах; периодическая продолжительная ломота суставов пальцев рук. Привиты вакцинами от гриппа и пневмококка (ноябрь 2019), вакциной от гриппа (ноябрь 2020), от COVID-19 (январь 2021, ревакцинация – ноябрь 2021). Группы крови: All+ (экспонирование GalNac), Bll+ (доступность Gal). У больного отмечался повышенный гемоглобин и сниженные тромбоциты. У больной по данным КТ подтверждены диагнозы предугловых агломератов в щитовидной железе [декабрь 2020] и постковидный фиброз [март 2021], отмечались повышенные тромбоциты.

Результаты. Параллельный по времени анализ патологий выявил закономерности. Ревматические боли: Ревматические нарушения усиливались в периоды волн. Наблюдалось появление и пролонгирование хронических болей в «послеударных» коленном и локтевом суставах (2-я волна), ломоты суставов пальцев руки. Максимальное проявление в период волн – длительные (дни) боли костно-мышечной системы тела. Одновременно выявлялось влияние волн на слизистую глаза, кожу, слуховой аппарат и дыхательные пути, глаза. Появление в периоды первых волн и затем устойчивое покраснение

(5-я и 6-я волны в 2022 г.) глазной оболочки на фоне конъюнктивита (первые волны) и рези в глазах, усиливающихся после посещений мест скопления людей. Регистрировались красный зрачок в связи с волнами 1–3 и быстрое (менее 2-х недель) в период 2-й волны ухудшение зрения с признаками катаракты в 5 раз (хрусталик заменен). На коже отмечены ранние признаки ковидного синдрома: быстро проходящие красные пятна диаметром до 2 см на бедрах у больного, щеках и затем на лбу у больной в виде градиентов обратимой сыпи. Во 2-ю и 3-ю волны – более пролонгированные сыпи, в том числе мелкие, смешанные с двумя плоскими эллипсоидными (1х2 см) «фунгулезными» асимметричные (в аспекте левой и правой частей тела) сыпи. Наблюдалась преемственность паттернов: пятна округлой формы диаметром 1–2 см трансформировались в мелкие папулы, частично с волдырями, с краевым шелушением, сопровождающиеся зудом и болью (на этапе полного выздоровления отмечено появление рубцов в период 5-й волны). Слуховой аппарат: снижение чувствительности и нарушение частот восприятия звука. Дыхательные пути: Появление устойчивого регулярного многократного чихания и обострение бронхита верхних дыхательных путей в периоды волн у больной, устойчиво сильный сухой легочный кашель с периодичностью температуры у больной; в 2022 г. добавляются (влияние штамма «омикрон»): першение, переходящее в насморк; сухость и боли в горле с заложенностью носа с затрудненным дыханием, характерный громкий сухой кашель, лихорадка с субфебрильной слабо повышенной температурой. Выводы. Ревматические патологии и патологии кожи и слизистых, а также других макросистем, модулируются волнами COVID-19 в варьирующей и не совпадающей по времени степени. Патологии кожи и слизистых можно рассматривать в качестве прогностически значимых для возможных ревматических нарушений в условиях развития постковидных синдромов у пациентов 60+ и 65+.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИДЕНТИФИКАЦИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. КРАСНОЯРСКЕ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В ПЕРИОД 2018–2021 Г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» Красноярск

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Емельянова С.В.

Актуальность. Верификация диагноза гонококковой инфекции не потеряла своей актуальности в период пандемии COVID-19, но при этом были внесены свои коррективы в плановые посещения и обследование больных на ИППП в амбулаторно-поликлиническом отделении КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1». Целью исследования послужило выявление региональных особенностей заболеваемости и идентификации гонореи среди мужчин и женщин в 2018–2021 гг. в г. Красноярске.

Материалы и методы. Оценка результатов исследований на гонококковую инфекцию отделяемого уrogenитального тракта методом микроскопии окрашенных препаратов.

Результаты. В 2018 г. было проведено обнаружение гонококка из отделяемого уrogenитального тракта методом микроскопии окрашенных препаратов среди 8333 мужчин и 3104 женщин. В 2019 г., с началом пандемии, стало наблюдаться постепенное снижение числа проведенных исследований. В этот период было выполнено 5996 анализов среди мужчин и 2454 среди женщин, т.е. снижение количества исследований от уровня 2018 г. составило 28% и 21% соответственно. В 2020 г., в разгар пандемии по сравнению с 2019 г., также отмечено прогрессивное снижение количества проведенных исследований, всего было выполнено 4495 проб среди мужчин и 1448 среди женщин, т.е. снижение от уровня 2019 г. количества анализов составило 25% и 41% соответственно. В 2021 г. произошло некоторое увеличение количества исследований по сравнению с 2020 г., было протестировано 4609 проб мужчин и 1880 женщин, т.е. увеличение составило 2,5% и 30% соответственно. Сравнительный анализ положительных проб среди мужчин и женщин дал следующие результаты: в 2018 г. количество зарегистрированных положительных результатов идентификации возбудителя среди мужчин составило 132 случая, среди

женщин 21 случай. В 2019 г. зарегистрировано 136 положительных проб среди мужчин и 20 среди женщин. Похожие цифры отмечены и в 2020 г., всего положительные результаты отмечены у 134 мужчин и 21 женщины. В 2021 г. наблюдался незначительный рост выявления гонококковой инфекции среди мужчин по сравнению с предыдущими периодами – 183 случая, при этом роста количества положительных результатов среди женщин (19 случаев) не отмечено. При проведении анализа процентного соотношения числа положительных результатов проб среди мужчин и женщин к числу проведенных исследований в анализируемые периоды выявлен диапазон колебаний, который составил 1,6–4% и 0,7–1,5% соответственно. Таким образом, соотношение доли положительных результатов исследований на гонококковую инфекцию среди мужчин и женщин выглядит как 2:1. Выводы. На фоне пандемии и введения ограничительных мероприятий прогнозируемо снизилось количество пациентов, обратившихся для обследования на ИППП с целью идентификации возбудителей, в том числе гонококковой инфекции, при этом удельный вес положительных результатов на гонококковую инфекцию в окрашенных препаратах значительно не менялся и не имел связи с количеством проведенных исследований в период 2018–2021 гг. В сомнительных случаях микроскопического исследования и с целью повышения качества идентификации возбудителя в биологическом материале нами рекомендуется отдать предпочтение молекулярно-биологическим методам.

РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА У ПАЦИЕНТА В ПЕРВОЙ ДЕКАДЕ ЖИЗНИ

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

Исаева В.Л., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Бурчик К.А.

Кожные болезни встречаются у людей в любом возрасте. Мы наблюдаем ребенка 8 лет, у которого без какой-либо явной причины на коже головы, шеи, заушной области, груди, спины появились ярко-красные высыпания без субъективных ощущений. Педиатр поставила диагноз аллергического дерматита и рекомендовала лечение супрастином, тридермом и циндолем, но оно не оказывало положительного эффекта. Дополнение дерматологом лечения деситином, лактофильтрумом, банеоцином способствовало дальнейшему прогрессированию процесса, и больной был направлен на стационарное лечение. При поступлении островоспалительный патологический процесс захватывал весь кожный покров головы, шеи, лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Эфлюоресценции были представлены множественными пятнами, папулами розового цвета, местами сливающимися в четко очерченные очаги размером около 2 см в диаметре с мелкопластинчатым шелушением. Дермографизм розовый. Феномен псориазической триады не определялся. Пациент без семейного отягощения по псориазу. При клинико-лабораторном обследовании, в том числе биохимическом анализе крови, патологических изменений не было, исключая клинический анализ крови. Отмечены эозинофилия (9%) и повышение АСЛО (783 МЕ/мл). В анализе кала яйца гельминтов и простейшие не обнаружены. При консультации педиатра острая соматическая патология не выявлена. При дифференциальной диагностике предполагали распространенный обычный псориаз или раздраженный розовый лишай Жибера, учитывая выраженную экзакербацию процесса после мытья, когда сыпь стала множественной. При диагностическом патоморфологическом исследовании – эпидермис с очаговым паракератозом, единичными нейтрофилами в роговом слое, участками агранулеза, акантозом с истончением надсосочковых участков. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Результаты гистологического заключения не исключают диагноз розового лишая Жибера. Проведено комплексное лечение преднизолоном по 15 мг/сут. (2 недели) с постепенным снижением дозы в течение 4 недель, глюконат кальция 10% – 4 мл № 10, хлоропирамин, наружно: 1% метиленового синего, 2% нафталановая паста, 1% салициловый крем на кожу головы, физиотерапия – средневолновое светолечение с ½ биологической дозы № 6. Больной выписан с положительной динамикой на амбулаторное долечивание.



РОЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В РАЗВИТИИ СТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ РУК

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института
Москва

Костецкая А.В., Острецова М.Н.

Согласно данным современных исследований, экзема представляет собой аллергический, мультиэтиологический дерматоз, возникающий на фоне генетической предрасположенности, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, иммунной и нервной систем. Актуальность проблемы экзематозного поражения кистей рук обусловлена его широкой распространенностью, хроническим рецидивирующим течением и сложностями выбора эффективных схем лечения. У 60% пациентов процесс приобретает торпидный характер с формированием резистентности к стандартной терапии глюкокортикостероидными (ГКС) препаратами. Формирование феномена стероид-резистентности связывают с полиэтиологичностью заболевания и присоединением бактериальной и/или микотической инфекции. Особого внимания заслуживает тот факт, что в развитии стероид-резистентности важную роль играют стафилококковые энтеротоксины SEA-D, особенно энтеротоксин SEB. Они проникают через кожный барьер и вызывают хроническое воспаление с помощью различных механизмов, в том числе стимулируют антигенпрезентирующие клетки и кератиноциты к высвобождению провоспалительных цитокинов, тем самым увеличивая инфильтрацию Т-клетками, ингибируют дексаметазон-индуцированную ядерную транслокацию глюкокортикоидных рецепторов в кератиноцитах, а также активируют образование IgE-антител, что приводит к деградации тучных клеток и высвобождению биологически активных веществ. Этот вариант патогенетического механизма подтверждается целым рядом клинических случаев, когда у пациентов с экземой кистей, не реагирующих на наружную терапию глюкокортикостероидами, с очагов поражения был выделен *Staphylococcus aureus*. Уровень бактериальной обсемененности у таких пациентов составлял более 20 КОЕ, при норме до 20 КОЕ на чашку. На основании полученных данных об уровне обсемененности пациентам с избыточной обсемененностью *Staphylococcus aureus* назначали комбинированные препараты, состав которых оказывал влияние на несколько «болевых точек» упорного экзематозного процесса: топические ГКС, антимикробные и противогрибковые компоненты. В ходе наблюдения эффективность терапии оценивалась на основании динамики значений дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Результаты исследования показали, что выраженность симптомов экземы кистей у пациентов статистически значимо ($p=0,02$) снижалась в среднем уже через 7,1±1,2 суток после начала лечения. Таким образом, комбинированные наружные препараты стоит рассматривать в качестве средства выбора для начального этапа пролонгированной терапии стероид-резистентной хронической экземы кистей.

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

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

Чернова Н.И., Проскурина М.И., Заторская Н.Ф.

Актуальность. Склероатрофический лихен (СЛ) — хроническое воспалительное заболевание, поражающее кожу и слизистые оболочки половых органов как мужчин, так и женщин; заболевание носит хронический, рецидивирующий характер. В большинстве случаев (83–98% случаев) СЛ поражает генитальную и перианальную зону, реже исключительно экстрагенитальные области (шею, плечи, туловище и спину, ягодицы, молочные железы, плечи, подмышечные впадины, пупочную область, запястья, соски,

лицо, вокруг лодыжек, ладоней и подошв, в некоторых случаях отмечается сочетанная патология).

Цель: изучение данных о новых маркерах и механизмах патогенеза склероатрофического лихена.

Материалы и методы. Полнотекстовые статьи из баз данных Pubmed, Scopus и WoS за период 2010–2021 гг. Этиология СЛ остается неизвестной. К настоящему времени показано, что оксидативный стресс (ОС), играет важную роль в поддержании и прогрессировании воспаления, в том числе при аутоиммунных заболеваниях. Sander et al. (2004) обнаружили, что в образцах ткани пораженных СЛ продукты перекисного окисления липидов присутствуют в высокой концентрации в кератиноцитах базальных слоев эпидермиса, окислительное повреждение ДНК во всех слоях кожи или слизистой, окислительное повреждение белков в зонах склероза дермы, кроме того, выявлены низкие концентрации антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы марганца (MnSOD), являющегося частью эндогенной системы антиоксидантной защиты. Li et al. (2014) также в опытах *in vitro* продемонстрировали наличие ОС у пациентов с СЛ, сделав акцент на высокие уровни малонового диальдегида (маркер перекисного окисления липидов), связанные с низкими уровнями эндогенного антиоксиданта СОД. Кроме того, было доказано, что усиление окислительного повреждения ДНК связано со снижением экспрессии p161 INK4 (белок, кодируемый геном CDKN2A/циклин ингибиторзависимой киназы 2A) и p27 Kip1 (белок, кодируемый геном CDKN1B/ингибитором циклинзависимой киназы 1B). Эти два белка, p161 INK4 и p27 Kip1, являются частью системы ингибиторов циклинзависимой киназы, которая необходима для контроля клеточного цикла; p161 INK4 и p27 Kip1 действуют как негативные регуляторы клеточного цикла (фаза G1) и считаются супрессорами опухолей. Также было показано, что уровни 8-гидроксидезоксигуанозина (8-OHdG), биомаркера окислительного повреждения ДНК, прогрессивно увеличиваются по мере перехода от нераковых поражений кожи, как при СЛ, к случаям интраэпителиальной неоплазии вульвы, и, наконец, инвазивным карциномам вульвы. Обсуждение. Показано, что окислительный стресс (ОС) играет роль в патогенезе СЛ, вызывая повреждение ДНК и перекисное окисление липидов, а также способствует возможной злокачественной трансформации СЛ, так как увеличение окислительного повреждения ДНК связано с мутациями в генах-супрессорах опухолей. Необходимы исследования для оценки эффективности антиоксидантов при лечении больных с СЛ, поскольку эти средства снижают окислительное повреждение ДНК, являющееся фактором прогрессирования СЛ и злокачественной трансформации. Стратегии с применением в комплексной терапии СЛ антиоксидантов будут полезными в плане удлинения ремиссии, профилактики прогрессирования заболевания.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ФОРМ МАСТОЦИТОЗА

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

Богдель А.М., Жукова О.В., Касихина Е.И.

Мастоцитоз — гетерогенное заболевание, характеризующееся клональной экспансией и накоплением тучных клеток (ТК) в различных органах и тканях. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), выделяют 7 различных подтипов мастоцитоза: кожный мастоцитоз; индолентный (вялотекущий) системный мастоцитоз (ИСМ); тлеющий системный мастоцитоз (ТСМ); системный мастоцитоз с ассоциированным гематологическим заболеванием не тучных клеток (СМ-АГЗ); агрессивный системный мастоцитоз (АСМ); лейкемия тучных клеток (ЛТК) и саркома тучных клеток (СТК). Кожный мастоцитоз подразделяется на пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ППКМ), или пигментную крапивницу; диффузный кожный мастоцитоз и мастоцитому кожи. В свою очередь ППКМ делится на мономорфный и полиморфный варианты. Более 80% пациентов с системными формами мастоцитоза имеют мутацию KIT D816V. Однако

мутация KIT D816V является слабым онкогеном и, по-видимому, поздним событием в патогенезе мастоцитоза. Хотя ингибиторы KIT проявляют хорошие ингибирующие эффекты в отношении тучных клеток *in vitro*, лечение только ингибиторами KIT в большинстве опубликованных клинических испытаний мастоцитоза было разочаровывающим. Ряд различных медиаторов и цитокинов продуцируются тучными клетками и участвуют в клинических симптомах и патологических особенностях, которые могут быть зарегистрированы у пациентов с мастоцитозом. Гистамин считается одним из наиболее важных медиаторов, высвобождаемых из активированных тучных клеток у пациентов с мастоцитозом. Однако тучные клетки также продуцируют и другие клинически значимые медиаторы, такие как простагландин D₂, лейкотриены, гепарин и триптазы. Кроме того, активированные тучные клетки могут продуцировать и высвобождать ряд функциональных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли (ФНО), онкостатин М (ОСМ) или интерлейкин-6 (ИЛ-6). Большинство этих цитокинов можно измерить в сыворотке пациентов с системным мастоцитозом, и в некоторых случаях уровни цитокинов коррелируют с вариантом заболевания и с прогнозом. Например, показана четкая корреляция между вариантом системного мастоцитоза и уровнями ИЛ-6. Кроме того, при системном мастоцитозе повышенный уровень ИЛ-6 считается индикатором неблагоприятного прогноза. В последние годы ИЛ-6 обсуждался как потенциальная терапевтическая мишень при неопластических заболеваниях. Есть предположения, что KIT D816V-зависимый сигнальный механизм (PI3K, AKT, TOR или JAK2-STAT5) запускает продукцию ИЛ-6 в опухолевых тучных клетках. Стоит отметить, что эти сигнальные молекулы также представляют собой лекарственные терапевтические мишени. Повышенный уровень воспалительных цитокинов в плазме, таких как ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО α и в меньшей степени ИЛ-10, но не ИЛ-12, ИЛ-13 и TGF β , является отличительной чертой системного мастоцитоза (от индолентного до агрессивного).

СИГНАЛЬНЫЕ ПУТИ ЭФФЕКТОВ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ

Кафедра кожных болезней и косметологии, Факультет дополнительного профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Демина О.М., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И., Хатаева Д.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н., Ильин Л.А.

В последнее время формирование комедонов при акне связывают с развитием субклинической воспалительной реакции в зоне сальной железы. При этом повышенный уровень ИЛ-1 может инициировать синтез других факторов роста фибробластами, которые вызывают гиперпролиферацию и патологическую дифференцировку кератиноцитов в устье сально-волосяного фолликула. Повышение передачи сигналов фактора транскрипции происходит после связывания цитокинов с их рецепторами, белком-активатором-1 (activator protein-1AP-1) и ядерным фактором карра-б (nuclear factor kappa-b, NF-kb), тем самым активируя сигнальные пути. Ретиноиды обеспечивают нормализацию дифференцировки эпидермиса, себогенеза и ингибируют воспалительные пути, управляемые AP-1. При этом активность ретиноидов в первую очередь опосредована ядерными рецепторами, которые работают как селективные лиганд-активированные факторы транскрипции.

За последние несколько лет были определены структура и функция ядерных рецепторов. Основываясь на сходстве между последовательностями, стало возможным классифицировать суперсемейства рецепторов. Эндокринные рецепторы включают рецепторы ретиноевой кислоты (retinoic acid receptors, RARs) и рецепторы гормонов щитовидной железы, а также дополнительные редкие рецепторы, включая ретиноидные X-рецепторы (retinoid X receptors, RXRs). Плейотропные эффекты ретиноидов обусловлены существованием множества изоформ RAR и в результате различных комбинаций гетеродимеров RAR-RXR. RAR и RXR в основном действуют как гетеродимеры при связывании с RAREs. RARs могут быть активированы путем связывания

полностью транс-ретиноевой кислоты (полностью транс-РК) или 9-цис-РК; однако из различных ретиноидов RXRs может быть активирован только 9-цис-РК. RXR преобладают в коже человека, особенно RXR альфа.

Важно помнить, что эффекты ретиноевой кислоты (РК) *in vitro* могут полностью отличаться от эффектов *in vivo*. РК индуцирует дифференцировку себоцитов, однако *in vivo* происходит обратное. Также установлено, что влияние РК на процесс дифференцировки кератиноцитов *in vitro* и *in vivo* противоречиво. Отмечено повышение эпидермальной транскламиназы и инволюкина вместе с увеличением К6, как маркера пролиферирующего эпидермиса. При этом дифференцировка кератиновых маркеров (K1 и K10) *in vivo* не ингибируется, а кератин K13 индуцируется *in vivo*. Кроме того, филаггрин и лорикрин увеличиваются при более длительном (4 месяца) применении РК. Имеются данные, что РК через активность лецитин-ретинола-ацилтрансферазы (lecithin-retinol acyltransferase, LRAT) может регулировать собственный уровень, контролируя доступность ретинола, необходимого для метаболизма РК.

Предполагается, что основным в механизмах действия изотретиноина является ингибирование активности сальных желез, роста *C. acnes*, воспаления и нормализация дифференцировки фолликулярного эпителия. Также показано, что изотретиноин конкурентно ингибирует окисление 3-альфа-гидроксистероидов ретинолдегидрогеназой, что приводит к снижению образования дигидротестостерона и, таким образом, к снижению себогенеза. Однако изотретиноин не связывается с ретиноидными рецепторами. Сообщается, что ретиноиды увеличивают экспрессию трансформирующего фактора роста (TGF b 1-3) и ингибируют пролиферацию кератиноцитов. Таким образом, терапевтический потенциал ретиноидов основан на их ключевой роли в регуляции дифференцировки, роста и апоптоза клеток. При этом у ряда пациентов с акне эффект ретиноидов является недостаточным и/или не полным, что обуславливает актуальность поиска биомаркеров, которые могут указывать на возможную резистентность к ретиноидам у конкретного пациента.

СИНДРОМ ДЛИННОГО COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ 65+, СВЯЗАННЫЙ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ, СЛИЗИСТОЙ И ДРУГИХ СЕНСОРНЫХ МАКРОСИСТЕМ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ СИНДРОМОВ

Московский Институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского
Москва

Лактин В.М., Лактин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю., Комбаров С.Ю.

Цель. В связи с исследованием постковидного синдрома (ПС) провести анализ синдрома длинного COVID-19 (СДК) у пациентов 65+ (Пц) с учетом патологий кожи вместе с другими реагирующими на внешнюю среду сенсорными макросистемами с ноября 2019 г. по август 2022 г. Материалы и методы. Параллельное и одновременное наблюдение патологий макросистем (кожи, глаз, легких и слухового аппарата) у Пц с ноября 2019 по август 2022 г., в том числе до и после вакцинации от COVID-19 (декабрь 2019 – январь 2020) и ревакцинации (ноябрь 2021) от COVID-19. Результаты. В течение исследуемого длительного периода у Пц наблюдались полная и частичная, ранняя и отсроченная реабилитация патологий кожи, коррелирующих с волнами COVID-19, а также стабильная остаточная симптоматика СДК на момент августа 2022 г. (6-й волны COVID-19). 1. Полная реабилитация патологий кожи. А. Ранняя реабилитация. Пц1 и Пц2: диагностически значимое раннее появление (1-2 волны) и быстрое исчезновение (10-14 суток) небольших серий (3-7) варьирующей локализации близко расположенных друг к другу эритем диаметром 1-2 см, в том числе со сливанием эритематозных участков с общим диаметром до 2,5 см. Редкий зафиксированный случай быстрой самоэлиминации через набухание, выпячивание и рассасывание (последние 2 стадии – дни) небольшой хронической подкожной жировой атеромы (1-я волна). Б. Поздняя реабилитация. Пц1: фурункулезно-подобные (без гнойного содержимого) красные плоские, примыкающие друг к другу 2 эллиптических образования на переходе шея-плечо с общим диаметром



3 см (1-2 волны – максимальный вред, в том числе из-за непредсказуемости направления дальнейших негативных событий). Полный цикл включает: а) сформированные первичные образования с отдельными центрами боли (эллипс к плечу) и расчеса (преимущественный эллипс к шее); б) плотный вторичный по времени рост сети мелких папул (на фоне локализованной вне образований веерной сети папул на плече и примыкающей груди со стороны сердца) в виде локализованных градиентов в области обоих образований с сохранением центров боли и расчеса; в) длительная консервация образовавшейся смешанной сыпи; г) 1-я фаза инволюции образований (градиентное сужение красного поля в образовании до внутреннего асимметричного поля с максимальным диаметром до 1 см, с частичными уменьшением числа и размера папул, с сохранением центров боли и расчеса); д) превращение обоих образований в «нейроноподобную» форму (с несколькими извилистыми коричневыми ответвлениями до 1 см длиной в кожных складках); е) сужение образований до небольших рубцов со слабо выраженным центром расчеса (конец 5-й волны). Пц2: устранился хронический цистит с частым самопроизвольным мочеиспусканием (6-я волна). 2. Остаточные патологии СДК (на момент 6-й волны). А. Прогрессирующие: ставшее устойчивым (необратимым) сильное покраснение оболочки глаз, усиление расчесов волосистой части головы. Б. Новые: варианты распределения асимметрии (левая-правая части тела) редко расположенных папул одного (каждого) типа. В. Прежние: сильный сухой кашель или серийное чихание, заложенность носа, головная боль; боли в нижней части спины, мышцах ног и области тазобедренных суставов; ослабление слуха.

Выводы. 1. Кожа может служить индикатором глубоких вторичных постковидных повреждений, еще одним симптомом ПС и СДК. 2. При СДК патологии могут сохраняться в течение многих месяцев после первичного заражения COVID-19. 3. Данные о ранних, последовательных, преемственных и сочетанных патологиях, вплоть до их полной реабилитации, особенно в случаях кожи, имеют как раннее диагностическое, так и отдаленное прогностическое значение, важные для глубокого профилактического и терапевтического мониторинга СДК у пациентов 60+ и 65+, в том числе в связи с косметологией. 4. Результаты расширяют имеющиеся подходы к классификации ПС.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕИ ЖИРНОЙ И СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский Государственный медицинский университет» Минздрава России
Ростов-на-Дону

Гребенников В.А., Гребенникова С.В.

Цели и задачи. Себорея жирная (СЖ) – заболевание с усиленным салообразованием и изменением химического состава кожного сала, тесно связано с себорейным дерматитом (СД) и угревой сыпью (УС) с характерной локализацией на участках кожи с повышенным содержанием сальных желез. Целью исследования являлась оценка эффективности применения при СЖ (сочетающейся с СД либо слабо выраженной УС) малых доз Изотретиноина (И) и наружных средств, отработка методики лечения (дозы, сроки). Материал и методы. Мы наблюдали в амбулаторных условиях 30 пациентов с СЖ, среди которых определялись СД – у 10 человек и легко выраженная УС (1-й степени) у 20 пациентов. Лиц мужского пола было 13 и женского 17 в возрасте от 12 до 68 лет (в среднем 31,2±3,2 года).

Результаты. Мы полагаем обоснованным выделение СЖ, сухой и смешанной, а при СЖ – густой и жидкой форм. В патогенезе СД отмечают повышение уровня экскреции кожного сала, аномальный состав сального секрета, значение липофильных дрожжеподобных грибов *Malassezia*, повышенный уровень андрогенов в крови. Из средств общего лечения СЖ – антиандрогенные – противозачаточное «Диане» (для женщин), витамины А, С, Е, группы В, а при СД лечением первого выбора расцениваются противогрибковые средства – Итраконазол, Флуконазол. Такая рекомендация обоснована признанием значимости дрожжевого гриба *Malassezia*. Однако наиболее существенным фактором патогенеза при СД в настоящий период рассматривается повышенный уровень экскреции кожного сала и его аномальный состав. Что касается эффективности при СД системного применения Итраконазола, Кетоконазола, Тербинафина – это не доказывает причинную

взаимосвязь между *Malassezia* и СД, так как для названных препаратов характерно действие противовоспалительное и ингибирующее на синтез липидов клеточной стенки. Среди средств системной терапии при СЖ, СД препаратом первого выбора должно быть, по-видимому, средство, активно влияющее на деятельность сальных желез, а не противогрибковые. В литературе приводится сообщение G. Plewig и T. Jansen [2012] о системном использовании при СД Изотретиноина (13-цис-ретиноевой кислоты) – низкие дозы препарата ежедневно в течение нескольких месяцев, во многих случаях наблюдали ремиссию торпидного СД. Действие Изотретиноина характеризуется восстановлением нормального процесса дифференцировки клеток сальных желез с выраженным уменьшением их размеров и подавлением активности, торможением образования роговой пробки в области воронки устья сально-волосного фолликула, а также противовоспалительное. Мы начинали лечение с дозы в 10–20 мг в сутки (0,13–0,27 мг/кг/сут) вечером после еды в сочетании с солнцезащитными средствами, для женщин детородного возраста – с предупреждением беременности. У 18% пациентов после 3-недельного лечения возникла необходимость повышения дозы в 1,5–2 раза. Использовали средства наружного лечения Исеак-3-регул, кремы Тридерм, Клензит-С, Низорал, Такролимус, шампунь нафталановый Лостерин. В общей группе больных через месяц лечения регресс кожных высыпаний составил 46%, через 2 мес – 88% и через 3 мес и более – 92%. Частота мытья головы до лечения была повышена у 21 человека, показатель составил 5,4±0,3 раза в неделю. После месячного лечения – 2,7±0,006 раз в неделю (урегуливание достоверное, $P < 0,01$). Через более продолжительный период лечения у всех оцененных (5 человек) частота мытья головы соответствовала показателю здоровых. При сочетании СЖ и СД (10 пациентов) общее лечение – как в общей группе, а наружно на очаги кожного поражения назначали кремы Тридерм, Низорал, шампунь нафталановый Лостерин. Регресс высыпаний за месяц лечения составил в среднем 60%, а частота мытья головы отмечалась до лечения в среднем 5 раз в неделю, после месячной терапии показатель снизился до 2,5 раз в неделю.

Выводы. Продолжительность лечения СЖ и СД с назначением малых доз Изотретиноина целесообразна 2-3 месяца. СЖ жидкая почти всегда сочеталась с угревой сыпью, чаще слабо выраженной, либо с СД. Установлена высокая эффективность при СЖ, в том числе при сочетании с СД и УС слабо выраженной низких доз Изотретиноина (10–20 мг/сут). И заслуживает оценки при СЖ, СД как средства первого выбора, а не противогрибковые препараты. Он должен быть включен, по результатам наших исследований, в Федеральные клинические рекомендации по дерматовенерологии при СЖ и СД. Наши наблюдения предварительные, необходимы дополнительные исследования.

ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБП У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ И РЕДКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

АТЕ клиника
Москва

Зянгиров Р.Р.

Псориатический артрит – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и связок, которое может наблюдаться у больных с псориазом. Пациенты с псориатическим артритом часто имеют коморбидность. Цель работы – описание 3 клинических случаев, эффективного применения ГИБП у пациентов с псориатическим артритом и тяжелым псориазом и редкой коморбидностью. В первом случае пациентка 56 лет, страдающая псориазом с 1988 года. Лечилась глюкокортикостероидами, метотрексатом и НПВС. В 1996 году установлен псориатический артрит, далее проведено эндопротезирование обоих тазобедренных суставов в 2003 и 2004 гг. С 2016 г. отмечает усиление болей в спине, суставах и нарастание кожного синдрома и впервые в ОАК развивает тромбоцитопению до 50 тыс. клеток, метотрексат был отменен, метипред 16 мг в сутки, проходит полное обследование у гематологов, включая трепанобиопсию – вторичные изменения, далее в 2017 г. впервые в жизни – рвота алой кровью, на гастроскопии – варикоз вен пищевода, устанавливается цирроз печени лекарственного генеза. Проходит лечение у гастроэнтеролога, продолжена терапия метипред 12 мг в сутки, далее нарастают боли в спине и в суставах и увеличивается

кожный псориаз. В феврале 2018 г. состояние больной значительно ухудшилось: боль по ВАШ – 90 мм, СОЭ 66 мм/час, СРБ 26,4 мг/л, гемоглобин 114 г/л, тромбоциты 85 тыс., ЧБС 4 ЧПС 2, BASDAI 8.7 ASDAS3.5, BASMI56 MASESO, PASI37.2. Начата терапия устекинумабом 45, далее 90 мг по схеме с добавлением к терапии лефлуномида 20 мг в сутки и снижением дозы метипреда, с хорошей переносимостью. В декабре 2018 г. (спустя 10 месяцев терапии ГИБП) состояние пациентки значительно улучшилось и расценено как низкая степень активности: боль по ВАШ 0 мм, СОЭ 10 мм/час, СРБ 2,4 мг/л, гемоглобин 115 г/л, тромбоциты 60 тыс., ЧБС 0 ЧПС 0 BASDAI 1.4 ASDAS1.5 BASMI56 MASESO PASI7.3. К июлю 2020 года (через 1,5 года терапии ГИБП): боль по ВАШ 10 мм, СОЭ 10 мм/час, СРБ 0,7 мг/л, гемоглобин 100 г/л тромбоциты 66 тыс ЧБС 0 ЧПС 0 BASDAI 1.0 ASDAS1.0 BASMI 56 MASESO PASI 1.1. Второй случай: Пациент мужчина 57 лет, дебют заболевания с июня 2017 г., после стресса отмечает появление кожного псориаза, в 2018 г. развивается ХПН, наблюдается у нефролога, впервые консультация ревматолога в сентябре 2019 г. – установлен псориатический артрит. Начата терапия лефлуномидом 20 мг в сутки и парацетамолом 500 мг в сутки. Однако к февралю 2020 г. состояние пациента ухудшилось: боль по ВАШ 90 мм, СОЭ 36 мм/час, СРБ 14 мг/л, креатинин 120 мкмоль/л, ЧБС 6 ЧПС 6 BASDAI 9.8 ASDAS3.9 BASMI46 MASESO PASI 27.2. К терапии добавлен секукинумаб по схеме, через 4,5 месяца отмечается существенная положительная динамика: боль по ВАШ 10 мм, СОЭ 13 мм/час, СРБ 2,7 мг/л, креатинин 119 мкмоль/л, ЧБС 0 ЧПС 0 BASDAI 1.2 ASDAS1.2 BASMI46 MASESO PASI 6.4. К декабрю 2020 г. достигнута низкая активность заболевания без ухудшения функции почек: боль по ВАШ 10 мм, СОЭ 10 мм/час, СРБ 1,6 мг/л, креатинин 115 мкмоль/л, ЧБС 0 ЧПС 0 BASDAI 1.0 ASDAS1.0 BASMI46 MASESO PASI 0. Третий случай: Пациент мужчина 43 лет, кожный псориаз с октября 2016 г. Далее наряду с кожным псориазом с 2018 г. отмечает нарастание мышечной слабости, появление субфебрилитета максимально до 37,7°C и тромбоцитопении в анализах – устанавливается ВИЧ-инфекция, получает терапию. С начала 2020 г. ухудшение состояния пациента в виде болей в суставах, в спине, нарастание кожного синдрома. В марте 2020 г. первая консультация ревматологом, установлен псориатический артрит. Начата терапия: сульфасалазин – непереносимость, парацетамол и далее лефлуномид 20 мг в сутки с хорошей переносимостью, но к июню 2020 г. самочувствие ухудшается и на старте терапии ГИБП-секукинумаб по схеме: боль по ВАШ 90 мм, СОЭ 44 мм/час, СРБ 16,4 мг/л, тромбоциты 140 тыс., ЧБС 6 ЧПС 4 BASDAI 8.8 ASDAS3.7 BASMI46 MASESO PASI 23.4. Через 4 месяца достигнута частичная низкая активность и через 12 месяцев терапии низкая степень активности заболевания – к июню 2021 г.: боль по ВАШ 10 мм, СОЭ 10 мм/час, СРБ 0,4 мг/л, тромбоциты 138 тыс., ЧБС 0 ЧПС 0 BASDAI 1.0 ASDAS1.0 BASMI46 MASESO PASI 0.

Выводы. Данные случаи иллюстрируют, с одной стороны, сложность терапии псориатического артрита с тяжелым псориазом и редкой коморбидностью пациентов, но с другой стороны показывают, что появление ГИБП приводит к низкой степени активности, не только улучшают качество жизни, но и не усугубляют коморбидность. Конфликта интересов нет.

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В ОЖГОВОМ СТАЦИОНАРЕ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва

Кисель О.В., Брыгин П.А., Медведев А.О., Сачков А.В., Жиркова Е.А.

В дерматологической практике имеются заболевания, которые относятся к неотложным состояниям, когда на фоне патологии кожи и слизистых развивается тяжелый интоксикационный воспалительный синдром с рисками системного поражения и летального исхода. Наиболее опасными из них являются: буллезная многоформная экссудативная эритема, токсический эпидермальный некролиз, тяжелые формы вульгарной пузырчатки. При данных заболеваниях происходит массивная отслойка эпидермиса, соответствующая глубине термического ожога II степени. Больные тяжелыми формами буллезных дерматозов, токсико-аллергических реакций госпитализируются в токсикологические, аллергологические отделения, реанимационные отделения общесоматических или ожоговых центров.

Цель исследования: проанализировать особенности течения и лечения больных тяжелыми формами буллезных дерматозов в условиях ожогового стационара.

Материалы и методы. За 2020–2021 г. в нашем ожоговом центре были пролечены 3 пациента с тяжелыми буллезными дерматозами: больная Т., 26 лет, с тяжелой формой вульгарной пузырчатки (исходная площадь поражения более 70% п.т.); больной П., 25 лет, с синдромом Лайелла (исходная площадь поражения более 50% п.т.), больной Л., 47 лет, с приобретенным эпидермолизом, синдромом стафилококковой ожоженной кожи (исходная площадь поражения более 70% п.т.). Пациенты были переведены из других стационаров в разные сроки от начала острого процесса. Проводилась иммуносупрессивная, инфузионная, антикоагулянтная, гастропротективная, антибактериальная, антимикотическая терапия, трансфузии альбумина, коррекция водно-электролитных нарушений, респираторная, нутритивная поддержка, обезболивание, перевязки, размещение на флюидизирующей кровати.

Результаты. Больная Т. переведена из дерматологического стационара на 7-е сутки после госпитализации в связи с отрицательной динамикой раневого процесса и общего состояния. Течение заболевания осложнилось развитием транзиторной бактериемии, пневмонии, тромбоза глубоких вен нижних конечностей (установлен кава-фильтр), ТЭЛА, инфаркт-пневмония. На фоне проводимого лечения кожный покров был восстановлен, больная выписана на 55 сутки. Больной П., переведен из отделения общей реанимации другой больницы на 21-е сутки в связи с ухудшением общего состояния на фоне развития пневмонии и острой дыхательной недостаточности, потребовавшей ИВЛ с 1-х суток поступления в ожоговый центр. На момент перевода у больного оставалось поражение кожи на площади 3% п.т. Течение заболевания осложнилось периферической нейропатией и кератопатией. Выписан из стационара через 35 дней с полностью восстановленным кожным покровом. Больной Л., переведен из отделения общей реанимации на 26-е сутки в связи с отрицательной динамикой раневого процесса (появление свежих эрозий и вторичной пиодермии) и ухудшением общего состояния (гипертермия до 39°C, спутанность сознания, олигурия). При поступлении пациент находился на ИВЛ, площадь поражения кожи составляла 30% п.т. На фоне лечения отмечена положительная динамика местного процесса – сокращение площади ран до 3% п.т. Однако у пациента развилась абсцедирующая пневмония, кератопатия с язвой роговицы, ТЭЛА, бактериемия, вирусемия и кандидемия. Несмотря на проводимое лечение, на 37-е сутки пациент скончался. При патанатомическом исследовании: двусторонняя гнойно-фибринозная плевропневмония с абсцедированием, тромбоз правых камер сердца, острые эрозии желудочно-кишечного тракта. Заключение. Тяжелые формы буллезных дерматозов нуждаются в интенсивной терапии, системной иммуносупрессии, что увеличивает риски инфекционных осложнений. Системный воспалительный ответ, кортикостероиды и некоторые цитостатики провоцируют коагуляционные нарушения, которые нужно своевременно выявлять и корректировать. Очевидно, что лечение пациентов с тяжелыми формами буллезных дерматозов должно проводиться в условиях многопрофильного стационара с привлечением разных специалистов (дерматолога, комбустиолога, реаниматолога, офтальмолога, токсиколога, гематолога, аллерголога и др.), размещением на флюидизирующей кровати с возможностью гигиенического ухода, атрауматических перевязок, обезболивания, ежедневного контроля и обеспечения витальных функций, применением методов детоксикации, трансфузий, гемосорбции и др. Важна госпитализация в реанимационное отделение на ранних сроках болезни. Необходима разработка законодательной базы для маршрутизации больных с ТЭН и тяжелыми формами других буллезных дерматозов.

ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ПСОРИАЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

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

Плиева К.Т., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.

В настоящее время псориаз определяется как хронический дерматоз мультифакториальной природы, который характеризуется гиперпролиферацией



эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, а также изменениями в различных органах и системах. Заболевание характеризуется многообразием факторов, оказывающих влияние на его развитие и возникновение обострений: стресс, инфекции, алкоголизация, курение, а также частым наличием коморбидных состояний. В настоящее время большое внимание врачей и исследователей уделяется проблеме высокой коморбидности псориаза с рядом заболеваний внутренних органов, в том числе печени. Например, наблюдается ассоциация псориаза с аутоиммунными заболеваниями печени, такими как нейтрофильный холангит, первичный билиарный цирроз. Кроме того, некоторые системные методы лечения псориаза, в частности метотрексатом и циклоспорином, связаны с потенциальной гепатотоксичностью, вызванной прямым повреждением печени, иммуносупрессией либо сочетанием этих двух факторов. Имеются данные в научной литературе о случаях идиопатических нарушений биохимических показателей функции печени у больных псориазом. Лекарственное поражение печени – одна из важных проблем при терапии тяжелых форм псориаза. Проявления подобного поражения варьируются от бессимптомного повышения активности печеночных ферментов до развития острой печеночной недостаточности. Повышение активности печеночных ферментов у больных псориазом, как правило, обусловлено потреблением гепатотоксических веществ (57% случаев). Не менее важная причина – развитие неалкогольного жирового гепатоза (22% случаев). Достаточно часто повышение активности печеночных ферментов в крови больных псориазом вызвано приемом системных препаратов, таких как метотрексат и ацитретин. В большинстве случаев данный показатель увеличивается незначительно и не отражает истинную тяжесть патологического процесса. Выявлена высокая частота сочетания псориаза с сопутствующей патологией, особенно с поражением гепатобилиарной системы. Это значительно отягощает течение псориаза, ухудшает ответ на терапию, в ряде случаев, в связи с имеющимися противопоказаниями, снижает возможность назначения полноценного антипсориазного лечения. Под нашим наблюдением с января по июнь 2022 г. находилось 455 пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 93 лет. Из них у 37 пациентов на момент поступления имелась установленная амбулаторно та или иная гепатобилиарная патология. По результатам клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования у 215 пациентов были обнаружены изменения основных биохимических показателей крови, позволяющих оценить функцию печени (АЛТ, АСТ, билирубин общий), а также эхографические признаки изменения гепатобилиарной системы, по данным УЗИ. Всем пациентам была назначена комплексная терапия, включавшая курс гепатопротекторов. Принимая во внимание данные наблюдения, важно найти золотую середину и определить, в какой степени медицинскую помощь могут оказывать врачи-дерматологи, способные в рамках лечения дерматологической патологии решать широкий спектр проблем, а в какой – широкий круг специалистов, осуществляющих совместное ведение больных псориазом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРУРИГО В Г. МОСКВА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «ЦГМА»
Москва

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Бобко С.И.

Введение. Пруриго – это хроническое заболевание кожи, сопровождающееся выраженным зудом и экскориациями в течение длительного времени. Пруриго характеризуется наличием симметрично расположенных пруригинозных папул, узлов или бляшек. В соответствии с преобладанием типа высыпаний подтип пруриго классифицируется как узловатое (prurigo nodularis), папулезное, бляшечное, линейное или умбиликальное пруриго. В дополнение к клиническому типу, клиническая картина также различается по числу и локализации элементов сыпи. Степень тяжести процесса и выраженность зуда может быть идентифицирована по наличию экскориаций на поверхности пруригинозных элементов. Порочный круг зуд-расчесы значительно снижает качество жизни таких пациентов. Эпидемиологиче-

ские данные в отношении заболеваемости и распространенности пруриго базируются на проспективных исследованиях. Пациенты всех возрастных групп страдают от пруриго, даже дети. Пожилые пациенты наиболее часто страдают от пруриго. Некоторые наблюдения показывают, что у афроамериканцев с атопическим дерматитом развивается больше пруригинозных высыпаний, чем в других расах. Распространенность пруриго в США за последнее время оценивается как 72 на 100 000 человек в возрасте 18–64 лет, имеющих медицинскую страховку. Оценка обращений в отделение по оказанию неотложной помощи в США показала, что возраст пациентов с пруриго чаще находится в диапазоне 40–59 (50,3% пациентов с пруриго) и 60–79 (31,1% пациентов с пруриго). В дальнейшем исследование уровня госпитализаций в США продемонстрировало, что пруриго поражает минимально выходцев из Азии, афроамериканцев и латиноамериканцев. Недавнее европейское исследование немецкой популяции продемонстрировало распространенность пруриго 0,1 %. Наряду с данными, полученными в исследованиях в США, было показано, что пруриго диагностируется у пациентов старшей возрастной группы, средний возраст при диагностировании пруриго составляет 58,28 лет.

Целью исследования явилось изучение заболеваемости пруриго среди населения города Москвы (с 2017 по 2021 гг.) среди различных возрастных категорий населения (дети, подростки, взрослые, пенсионеры – женщины с 56 лет, мужчины с 61 года).

Материалы и методы. При изучении заболеваемости пруриго в городе Москве использованы данные годовых отчетов МНПЦДК.

Результаты. При анализе заболеваемости пруриго в г. Москве с 2017 г по 2021 год установлена тенденция к снижению числа больных в абсолютных числах: 1 377 случаев (0,32% среди общей патологии кожи) в 2017 г., в 2018 г. – 1 132 случая (0,26% среди общей патологии кожи), в 2019 г. – 1 176 случаев (2,68% среди общей патологии кожи), 2020 г. – 872 случая (0,24% среди общей патологии кожи), на 17.12.2021 г. – 452 (0,11% среди общей патологии кожи). Наибольший процент среди больных пруриго в 2021 г. составили взрослые лица (от 18 лет и старше) – 89,1% от числа всех больных пруриго и 88,5% от числа впервые выявленных лиц. Лица пенсионного возраста составили 39,8% от числа всех больных пруриго и 38,5% от числа впервые выявленных. Уровень распространенности и заболеваемости пруриго среди детей и подростков был значительно ниже. Заключение. В рамках изучения заболеваемости пруриго среди населения города Москвы (с 2017 по 2021 гг.) среди различных возрастных категорий населения (дети, подростки, взрослые, пенсионеры) установлена тенденция к снижению уровня заболеваемости пруриго с 2017 по 2021 гг. Отмечено, что наибольший процент среди больных пруриго составляют взрослые лица (от 18 лет и старше) – 89,1% от числа всех больных пруриго и 88,5% от числа впервые выявленных лиц. Уровень заболеваемости среди детей и подростков является незначительным.

ЭФФЕКТИВНАЯ И БЕЗОПАСНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина»

Барнаул

Карпова О.А.

Согласно клиническим рекомендациям РОДВК, при легкой и средней степени акне назначается только наружная терапия. Наличие пленочного роста *C. acnes* и доля 86–95% в клинике всех акне легкой-средней степени тяжести делают актуальным применение для лечебного ухода при угревой болезни спрея и крем-геля, содержащих Цинк РСА, Дикалий глицирризинат, действующих этиопатогенетически, оказывающих керато-себорегулирующее, противовоспалительное действие. Активными компонентами спрея являются: Цинк РСА, Дикалий глицирризинат, Tetranyl U, Декспантенол. Цинк РСА (цинковая соль пиридонкарбоновой кислоты) – натуральный компонент, который ингибирует 5-альфа-редуктазу, снижает уровень активного тестостерона в волосных фолликулах, а также повышает эластичность стенок в волосных фолликулах, облегчая выделение кожного сала. Дикалий глицирризинат получен из солодки и обладает выраженной противовоспалительной активностью, сравнимой по силе с эффективностью кортизола. Tetranyl U обладает противомикробной и противогрибковой

активностью, потенцирует противовоспалительное действие Дикалия глицирризината. Декспантенол способствует быстрой регенерации кожи. В состав крем-геля, помимо Цинка РСА и Дикалия глицирризината, входят Витамины А и Е, которые снижают секрецию сальных желез, уменьшают ороговение устьев волосных фолликул, облегчают отток кожного сала и оказывают антиоксидантное действие.

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность спрея с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-геля с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е в лечении комедональных и папуло-пустулезных акне легкой и средней степени тяжести. Материалы и методы. В клиническом исследовании на базе поликлинического отделения № 1 ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул участвовали 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 20 до 38 лет (29,8±8,4 года) с длительностью течения акне от 3 до 24 лет. Жалобы на жирную кожу и расширенные поры до начала лечения спреем с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-гелем с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е предъявляли 30 человек (100%). У 8 (26,7%) пациентов отмечено от 5 до 10 открытых и закрытых комедонов, у всех от 5 до 13 папул, у 20 (66,7%) до 10 пустул, у 23 (76,7%) пациентов наблюдались от 0 до 10 пятен вторичной гиперпигментации. На момент начала исследования пациенты никакой терапии не получали. Все пациенты применяли спрей с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом 3 раза в день и крем-гель с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е 2 раза в день в течение 4 недель для лечения и 2 недель по 2 раза в день для профилактики.

Результаты. Через 14 дней терапии акне лица спреем с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-гелем с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е у 18 (60%) пациентов отмечалось улучшение, а у 9 (30%) значительное улучшение. После 4 недель лечения у 7 (23,3%) пациентов наблюдались только единичные пятна вторичной гиперпигментации, у 19 (63,3%) – значительное улучшение, у 3 (10%) улучшение. Спустя 2 недели после окончания основного лечения, несмотря на уменьшение кратности применения препарата, ни один пациент не отметил рецидив или ухудшение состояния. Значительное улучшение наблюдалось у 27 (90%), улучшение у 3 (10%). Все пациенты 30 (100%), применявшие спрей с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-гель с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е, отмечали удобство применения и хорошие органолептические свойства – средства не раздражали кожу и глаза, не обладали неприятным запахом и могли использоваться под косметику.

Выводы. Спрей с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-гель с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е являются эффективными, безопасными и удобными в применении средствами терапии акне легкой и средней степени. Терапия в течение 4 недель и профилактическое использование в течение 2 недель после приводит к улучшению состояния кожи у всех пациентов, не вызывая побочных действий и осложнений. Спрей с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, Tetranyl U, Декспантенолом и крем-гель с Цинк РСА, Дикалий глицирризинатом, витаминами А и Е можно рекомендовать в качестве наружной терапии и для ухода при угревой болезни, а также рекомендовано пациентам с любой степенью тяжести в комплексном лечении акне.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПОЛИ-L- МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии

Тверь

Дубенский В.В., Александрова О.А., Муравьева Е.С.

Цель исследования: оценить эффективность сочетанного применения фотодинамической терапии (ФДТ) и поли-L-молочной кислоты в лечении постакне.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 больных с проявлениями постакне после лечения системными ретиноидами, в возрасте 18–40 лет, из них 11 мужчин и 15 женщин с давностью заболевания от 1 года до 20 лет. Критерии включения в исследование: формирующиеся атрофические или нормотрофические рубцы, поствоспалительные дисхромии с локализацией на коже лица, груди, плеч; критерии исключения – аутоиммунные заболевания, патология системы гемостаза, опухолевый процесс, гипертрофические и келоидные рубцы. Для технологии ФДТ применяли гель на основе хлорина Е6, с целью активации фотодинамической реакции использовали красное лазерное излучение в диапазоне 660±2 нм. Экспозиция геля на поверхности кожи составляла 15 минут, мощность эксимерного воздействия – 180 Дж/см². Процедура проводилась 1 раз в неделю (базовый курс – 10 процедур). Для биорепаляции применяли препарат, содержащий поли-L-молочную кислоту, который вводили субдермально, используя линейно- ретроградную технику введения. Лиофилизат разводили в 18 мл стерильной воды для инъекций и 2 мл 2% раствора лидокаина, таким образом конечный объем суспензии составлял 20 мл. При введении препарата использовали иглы (размер 27G). Необходимый объем суспензии после обработки кожи антисептиками на водной основе равномерно распределяли по всей зоне коррекции: в среднем это 0,1–0,2 мл/см². После процедуры в области введения препарата проводился интенсивный массаж в течение 5 минут. Биорепаляция проводилась 1 раз в 9 месяцев, базовый курс – 2 процедуры.

Результаты и обсуждение. После трех процедур ФДТ и одной проведенной биорепаляции разрешение дисхромии отмечалось у 8 человек. При введении поли-L-молочной кислоты в области коррекции наблюдался эффект механического заполнения ткани. После 10 сеансов ФДТ и 2 процедур биорепаляции у 15 человек отмечалось эффективное восстановление текстуры и микрорельефа кожи, наблюдалась физиологическая ревитализация дермы, повысился тургор и тонус тканей. При оценке эффективности через 20 месяцев у всех пациентов отмечалось полное сглаживание поверхности, гидратация, исчезновение полихромии кожи. Полученные результаты сохранялись в течение 24 месяцев наблюдения. Выводы. Фотодинамическая терапия и биорепаляция препаратом поли-L-молочной кислоты при сочетанном применении являются высокоэффективными методами лечения постакне.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

■ ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕВУС

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

Бровов М.А., Катунина О.Р.

В 1978 г. американский дерматопатолог У. Кларк описал синдром, характеризующийся наличием множественных меланоцитарных невусов с особыми гистологическими и клиническими характеристиками у пациентов с наследственной меланомой. Кларк назвал данные невусы "B-K mole" (по именам двух молодых пациентов, имевших семь первичных меланом). Кларком были описаны наблюдения за 58 пациентами из 6 семей с наследственной меланомой. "B-K moles" наблюдались у 15 из 17 пациентов с меланомой и у 22 из 41 пациентов без меланомы в анамнезе. Синдром назван Кларком "B-K mole syndrome". Кларк отметил трансформацию B-K mole в злокачественную меланому у двух пациентов. Выводы были сделаны на основании фотографий в разные периоды времени невусов пациентов, впоследствии удаленных и гистологически диагностированных как злокачественная меланома. Были сделаны выводы о необходимости фотографирования B-K mole в динамике для раннего выявления меланомы. В то же время Кларк отметил стабильность большинства невусов. Кларк в своей работе ввел термин «меланоцитарная дисплазия». Упоминание Кларком о B-K mole (диспластическом невусе) как о возможном предшественнике меланомы с описанием двух случаев трансформации диспластического невуса в меланому внесло путаницу в интерпретации как биологического поведения диспластических невусов, так и в определении того, какую именно меланоцитарную опухоль можно называть «диспластическим невусом». В докладе обсуждаются исторические, морфологические и клинические аспекты терминов «диспластический невус» и «меланоцитарная дисплазия», рассматривается клиническое значение диспластического невуса, в том числе как предшественника меланомы.

■ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ташкентский Государственный стоматологический институт
Ташкент

Пягай Г.Б., Сыдилов А.А., Ибрагимова Н.С.

Ранняя диагностика предраковых заболеваний кожи и их адекватное лечение является одним из приоритетных направлений современной дерматологии и дерматоонкопатологии. Одним из наиболее распространенных предраковых заболеваний кожи является актинический кератоз (АК). Встречаются несколько клинических форм данного заболевания, имеющих различные клинические признаки, что, соответственно, следует учитывать в процессе диагностики. Обследованная нами выборка больных включала 90 пациентов с одним либо несколькими очагами АК. Возраст пациентов был в диапазоне 45–80 лет. Мужчин было 40, женщин – 50. Результаты клинического обследования показали, что наиболее часто встречалась эритематозная форма АК. В нашем наблюдении она отмечалась в 80 случаях (47%). Далее следовала кератотическая форма АК – в 60 случаях (35,3%). Пигментированная форма АК была диагностирована в 15 (8,8%) случаях, кожный рог был отмечен в 5 очагах АК (2,9%), атрофическая и лихеноидная форма также была отмечена в 5 очагах АК (2,9%). Таким образом, проведенное исследование подтверждает данные научной литературы, свидетельствующие о высоком удельном весе эритематозной формы АК и относительно редко встречающейся лихеноидном варианте,

который встречался в нашем обследовании одинаково часто с атрофической формой АК и кожным рогом.

■ НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Академия постдипломного образования Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России»
Москва

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.Н.

Введение. Базальноклеточный рак кожи (БКР) – самая распространенная злокачественная опухоль в структуре заболеваемости. Выделяют различные клинико-морфологические типы базалиом: поверхностную, узловую, микронодулярную, склеродермоподобную. Менеджмент пациентов с различными формами БКР имеет особенности в зависимости от глубины инвазии опухоли. Высококачественное ультразвуковое исследование является одним из неинвазивных количественных методов для визуализации и измерения глубины инвазии базалиом.

Цель: установление количественные ВЧ УЗ критерии инструментальной оценки глубины инвазии базалиом на частотах 22 и 75.

Материалы и методы. Для установления количественных ВЧ УЗ признаков базалиом и верификации результатов ВЧ УЗ измерений провели сравнительное исследование 34 базалиом методами ВЧ УЗ визуализации 22 и 75 МГц и гистоморфометрии.

Результаты. Описаны высококачественные ультразвуковые признаки основных клинико-морфологических форм базалиом: поверхностной, нодулярной, микронодулярной и склеродермоподобной. Средняя толщина всех базалиом составила 1710(944) мкм при измерении высокочастотным ультразвуком и 1507(861) мкм при гистоморфометрии. Средняя толщина базалиом, определенная методом гистоморфометрии, была незначительно меньше, но данные различия были недостоверны ($p > 0,05$). Установлена достоверная весьма высокая корреляция между результатами измерений толщины всех базалиом методом ВЧ УЗ визуализации и гистоморфометрическим методом, коэффициент корреляции Спирмена $R = 0,96$ ($p < 0,01$). Таким образом, установленная в настоящем исследовании высокая и весьма высокая корреляция между результатами ВЧ УЗ исследования и гистоморфометрии подтверждает точность количественных измерений размеров и глубины инвазии базалиом при помощи высокочастотного ультразвука. Данная диагностическая информация необходима для полного удаления опухоли при максимальном сохранении окружающих здоровых тканей, а также имеет определенное прогностическое значение при планировании лечения пациентов с базалиомами.

■ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ КОЖИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

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

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Квичидзе Л.Г.

Целью нашей работы явилось изучение частоты обращаемости населения по поводу папилломатозных пороков развития (ППР), трихоэпителиомы

(Т), невуся сальных желез (НСЖ). Основная задача – это оценка распространенности этих нозологий в популяции ОПЭПК (опухоли и пороки развития эпидермиса и придатков кожи).

Материалы и методы. Результаты анализа, полученные на основании целевых медицинских осмотров: изучались ОПЭПК среди населения современного мегаполиса – 272 случая выявления на 30501 обследованного.

Результаты. По частоте выявляемости на первом месте оказался ППР – 120 (44,1%), на втором месте Т – 92 (33,8%), на третьем НСЖ – 60 (22,1%) случаев обнаружения, что противоречило возникшим на основании данных обрабатываемости представлениям о взаимном соотношении распространенности этих новообразований. НСЖ считается редким эпителиальным образованием кожи ЭНОК. Мы же в свою очередь относим данное заболевание, наряду с ППР и Т, к числу наиболее часто встречающихся ОПЭПК (246 эпизодов наблюдения по данным обрабатываемости – 3 лет). Причем в 85 из 246 случаев (34,6%) клиническая картина заболевания характеризовалась атипизмом, что, на наш взгляд, является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении возможности малигнизации. Весьма показательно, что из 161 случая регистрации типичного НСЖ сам он как таковой являлся причиной лишь 68 (42,2%) обращений, а в остальных 93 (57,8%) случаях – случайной клинической находкой. На основании этих наблюдений у нас сложилось впечатление о несколько более высокой встречаемости НСЖ у женщин – 165 (67,1%) из 246 наблюдений, а также о том, что атипичная форма этого заболевания чаще наблюдается у мужчин – 58 (68,2%) из 85 подобных эпизодов. При этом ограниченная форма ППР встречается значительно чаще, чем диссеминированная. Так, по данным обращений, из 173 эпизодов регистрации 152 (87,9%) приходились на долю очагового ППР и лишь 21 (12,1%) – на долю диссеминированной формы. Необходимо отметить трудности, возникавшие при клинической диагностике как ограниченной, так и диссеминированной форм ППР. Достаточно сказать, что в 49 (32,2%) из 152 случаев при ограниченном и в 6 (28,6%) из 21 случаев при диссеминированном ППР окончательный диагноз был установлен только в результате гистологического исследования. Заболевание приходилось дифференцировать с вульгарными бородавками, папилломами, сенильным кератозом. Нами был изучен показатель шанса малигнизации НСЖ в популяции – 33/1000 – самый высокий среди ОПЭПК. Он также выше среднего для факультативных прекарцинозов кожи (ФПК) в целом. Обращает на себя внимание то, что при анализе перспектив малигнизации вероятность его злокачественной трансформации оценивалась лишь в 1,6%, что и заставило нас причислить НСЖ к ФПК низкой вероятности озлокачествления. В то же время по данным целевых медицинских осмотров вероятность малигнизации НСЖ составила 3,2%, что позволяет позиционировать эту опухоль как ФПК средней степени вероятности малигнизации. Эти данные подкрепляются чрезвычайно высокими шансами его малигнизации у лиц пожилого и преклонного возрастов (63/1000) и работников профессионально-вредных производств (143/1000). Следует заметить, что эти показатели являются наиболее высокими среди всех ФПК, за исключением актинического кератоза. Все пациенты, которые находились под нашим наблюдением, были пролечены высокоэнергетической лазеротерапией. По нашему мнению, оптимальным инструментом для лечения ОПЭПК является неодимовый лазер Aerolase NEO, обладающий селективностью и высокой проникающей способностью благодаря технологии 650 мсек импульса. Оценка эффективности проводилась по 5 критериям: установлено достоверное снижение частоты рецидивирования НСЖ ($p \geq 0,05$) после использования лазера по сравнению с прочими методами лечения; сокращение сроков эпителизации послеоперационных ран; сокращение частоты возникновения интраоперационных осложнений; снижение частоты возникновения ранних и поздних послеоперационных осложнений; увеличение частоты положительных оценок качества косметической реабилитации (отсутствие грубых рубцов). Таким образом, у всех больных получены положительные результаты после лазеротерапии. Ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение на начальных стадиях являются успешной основой профилактики онкологических заболеваний.

СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ НА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Министерства здравоохранения Амурской области «Амурская государственная медицинская академия»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» Благовещенск

Мельниченко Н.Е., Исаев Д.А., Корнеева Л.С., Очкурова М.М.

Рак кожи является достаточно распространенной формой злокачественного типа опухолей, при которой поражению подвергаются практически в равной мере и женщины, и мужчины, наиболее часто лица старше 50 лет. Наиболее часто встречаются базально-клеточный и плоскоклеточный типы рака кожи, преимущественно на открытых участках тела. По литературным данным РК чаще всего возникает в возрастном интервале 50–69 лет, однако в последние годы имеется тенденция к его омоложению. В Российской Федерации (как и во многих странах мира) базальноклеточный рак не учитывается отдельно от других немеланомных опухолей кожи, однако по некоторым данным на БКРК приходится до 80% всех случаев немеланомных опухолей кожи. В 2018 г. в Российской Федерации немеланомными опухолями кожи заболело 78 699 человек. В 2018 г. грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 53,6 на 100 000 населения. В структуре заболеваемости немеланомные опухоли кожи в 2018 г. составили 10,2% у мужчин и 14,6% у женщин. Средний возраст заболевших оказался равным 69,7 лет (оба пола), 68,3 года (мужчины), 70,5 лет (женщины).

Представляется интересным описание клинического случая развития рака кожи у молодого мужчины. Больной А., 23 года. Житель Узбекистана, работает на стройке с постоянным пребыванием на солнце. Обратился в поликлинику АОКВД с жалобами на высыпания на коже правой щеки, периодический зуд. Считает себя больным в течение 20 дней. Связывает с травмированием. Со слов больного, изначально отметил небольшое зудящее высыпание на коже правой щеки, затем после травматизации (выдавливание) наблюдал увеличение образования в размерах, появилось мокнутие, единичные корки по краям высыпания. Самостоятельно использовал фукоцин без положительной динамики. Процесс увеличился в размерах. Локальный статус: патологический процесс расположен в области правой щеки и представлен в виде корки до 2 см в диаметре, влажной по периферии, на эритематозном фоне. Остальной кожный покров без особенностей. Кожа смуглая. Дермографизм красный нестойкий. Волосы и ногти не изменены. Подчелюстные лимфоузлы справа увеличены до 1 см, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. Проведено обследование: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, кровь ИФА, РМП на сифилис – без особенностей. С предварительным диагнозом: С44.3 Сг мужч правой щеки? направлен на гистологическое исследование. В биоптате кожи щеки от 5.05.22: рост незрелой злокачественной опухоли. Для определения гистогенеза опухоли необходимо ИГХ исследование, для чего больной был отправлен в АООД с установлением окончательного диагноза, выбора тактики ведения и лечения пациента. Интерес данного случая заключается в быстром развитии опухоли кожи у молодого человека со смуглой кожей на фоне травматизации и длительного пребывания на солнце.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», «Юго-Западный филиал»

Москва

Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П.

Сосудистые образования кожи – довольно частая патология, которая встречается примерно у каждого десятого ребенка младшего возраста. Актуальность проблемы обусловлена тем, что 70–75% этих образований



локализуются в области головы и шеи, вызывая эстетическое обезображивание. Нередки и функциональные нарушения, в том числе жизнеугрожающие, которые могут быть при локализации в области век и орбиты глаза, носовой перегородки, слухового прохода, гортани. Наиболее ответственный этап при оказании помощи таким детям – правильная постановка диагноза, поскольку именно он определяет характер и тактику ведения пациентов и необходимость тех или иных медицинских вмешательств. При постановке диагноза важны тщательный сбор анамнеза, применение инструментальных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) и, самое главное, их верная интерпретация. Современная классификация сосудистых образований предполагает их разделение на две группы: сосудистые опухоли и сосудистые мальформации (врожденные пороки развития сосудов). Морфологические признаки сосудистых опухолей: гиперплазия эндотелия с включением тимидина, многослойная основная мембрана, что клинически проявляется быстрым ростом сосудов с последующей инволюцией. При сосудистых мальформациях нет морфологических признаков размножения эндотелиальных клеток (отсутствует тимидин), эндотелий плоский, основная мембрана однослойная, образование выявляется при рождении и растет пропорционально росту ребенка. Сосудистые опухоли подразделяются на доброкачественные (инфантильная гемангиома, пиогенная гранулема), пограничные с местнодеструктирующим ростом (капошиформная гемангиоэндотелиома, саркома Капоши), злокачественные (ангиосаркома, эпителиоидная гемангиоэндотелиома). Среди сосудистых мальформаций выделяют простые (капиллярные, венозные, артериовенозные, лимфатические), комбинированные и ряд генетических синдромов, ассоциированных с сосудистыми аномалиями. Для большинства сосудистых образований установление их вида возможно на догоспитальном этапе, на основании совокупности клинических и динамических характеристик, а также по данным инструментальных исследований. Результаты обязательно должны оцениваться в динамике, а при необходимости дополняться морфологическим исследованием. Тактику лечения определяет не внешний вид образования, а его морфологические и клинические аспекты. Младенческие (инфантильные) гемангиомы являются самыми распространенными сосудистыми опухолями, которые наиболее часто диагностируются у детей раннего возраста. Встречаются они, как правило, в первые недели после рождения, однако в некоторых случаях явление может развиваться в течение первых месяцев. В большинстве случаев патология локализуется в области лица и головы, однако может встречаться и на других частях тела и даже слизистых оболочках и внутренних органах малыша. Образования могут располагаться на поверхности, а могут и внутри кожи. Главной отличительной чертой младенческих гемангиом является то, как они видоизменяются в течение времени (рост и этапная инволюция), 90% опухолей регрессирует полностью к 4-5 годам. Тактика ведения пациента с сосудистой опухолью будет зависеть от величины, места расположения, количества новообразований и наличия осложнений. Регистрируется высокая распространенность сосудистых новообразований как среди детского населения, так и взрослых. По данным статистики за 2021 год и первую половину 2022 года дерматологами и онкологами Филиала «Юго-Западный» ГБУЗ «МНПЦДК Департамента здравоохранения Москвы» проконсультировано 212 пациентов с сосудистыми опухолями кожи (гемангиомы любой локализации, МКБ 10 – D18.0), 63% из них – пациенты детского возраста, большая часть из которых нуждаются в постоянном динамическом наблюдении и терапии. Лечение сосудистых образований зависит от их вида: лазерное и хирургическое лечение, эмболизация, склерозирование, медикаментозное лечение с применением бета-блокаторов системно (пропранолол) или местно в виде аппликаций (тимолол), таргетных препаратов. Выбор метода лечения во многом зависит от расположения, распространенности, морфологического строения опухолевого процесса. Выявление, наблюдение и лечение сосудистых опухолей кожи у детей должно проходить в тесном контакте врачей различных специальностей: дерматологов, онкологов, педиатров, детских хирургов, генетиков, морфологов – в этом залог успеха. Инфекции, передаваемые половым путем

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ФИЛИАЛОМ «ПЕРВОМАЙСКИЙ» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2019–2022 ГОДЫ)

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

Москва

Шульгина И.Г., Ягунова Ю.М.

Цель: проследить динамику развития сифилитической инфекции в современных условиях, изменения состава контингента больных сифилисом по половому признаку и ВИЧ-статусу.

Материалы и методы. Проанализированы данные отчетов о заболеваемости сифилитической инфекцией в районе обслуживания филиалом «Первомайский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за период с 2019 по конец первого полугодия 2022 года.

Результаты. В 2019 году было зарегистрировано всего 86 случаев сифилиса, 57 мужчин (66%), 29 женщин (34%), средний возраст 34 года, из них: ранние (острозаразные) формы 38 (44%) случаев, 31 мужчина (81%), 7 женщин (19%); поздние и неуточненные формы 48 случаев (56%), 26 мужчин (54%), 22 женщины (46%); имели ВИЧ-положительный статус 8 человек (9,3%), все мужчины с ранними формами сифилиса.

В 2020 году было зарегистрировано всего 83 случая сифилиса, 57 мужчин (68%), 26 женщин (32%), средний возраст 36 лет, из них: ранние (острозаразные) формы 52 (63%) случая, 42 мужчины (81%), 10 женщин (19%); поздние и неуточненные формы 31 случай (37%), 17 мужчин (55%), 14 женщин (45%); ВИЧ-положительный статус имели также 8 человек (9,6%), все мужчины с острозаразными формами сифилиса.

В 2021 году было зарегистрировано всего 90 случаев сифилиса, 70 мужчин (78%), 20 женщин (22%), средний возраст 36 лет, из них: ранние (острозаразные) формы 62 (69%) случаев, 58 мужчин (94%), 4 женщины (6%); поздние и неуточненные формы 28 случаев (31%), 12 мужчин (43%), 16 женщин (57%); ВИЧ-положительный статус имели 20 человек (23%), все мужчины, 95% из них имели острозаразные формы сифилиса.

В первом полугодии 2022 года было зарегистрировано всего 43 случая сифилиса, 36 мужчин (84%), 6 женщин (16%), средний возраст 36 лет, из них: ранние (острозаразные) формы 26 (60%) случаев, 26 мужчин (100%), женщин не зарегистрировано (0%); поздние и неуточненные формы 17 случаев (40%), 10 мужчин (59%), 7 женщин (60%); ВИЧ-положительный статус имели 14 человек (32%), все мужчины. Отмечено, что за весь период наблюдения 100% мужчин, имеющих ВИЧ-положительный статус, и большая часть мужчин с ранними формами сифилиса практиковали сексуальные отношения с мужчинами.

Выводы: 1. При относительно стабильной заболеваемости сифилисом с 2019 по 2022 год в 1,5 раза выросла доля острозаразных форм за счет мужчин, практикующих сексуальные отношения с мужчинами и имеющих ВИЧ-положительный статус. 2. Необходимо совершенствовать меры профилактики сифилитической инфекции в данной социальной группе, в том числе совместно с врачами-инфекционистами.

НЕЙРОСИФИЛИС. АКТУАЛЬНОСТЬ. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»

Москва

Кошелев Ю.А., Кудрявцева Л.Е., Магарышкина О.В.

Пациент Ж., 1988 г.р., направлен на консультацию в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» из филиала «Пролетарский». Сбор анамнеза затруднен в связи с когнитивными нарушениями. Со

слов матери: С 2020 года пациент стал апатичным, замкнутым, перестал покидать пределы квартиры. В дальнейшем присоединились шаткость ходьбы, тремор рук, снижение памяти, изменение речи. Проведено МРТ г/м с контрастом 06.12.2021: мелкоочаговые изменения белого вещества головного мозга, смешанная гидроцефалия. К 2022 году когнитивные нарушения достигли степени деменции, развилась грубая дизартрия. Неоднократно консультирован неврологами, нейрохирургами, проведено обследование – церулоплазмин, медь в крови и суточной моче в норме, ТТГ, Т4 в норме, печеночные ферменты в норме, Кольца Кайзера–Флейшера не обнаружены. Была запланирована госпитализация в неврологическое отделение, при обследовании перед госпитализацией впервые выявлены положительные серологические реакции на сифилис. При дообследовании в филиале «Пролетарский» 17.06.2022 РМП 4+1/16, РПГА 4+, ИФА сумм. АТ + 17,5, IgM не обнаружены, IgG + 10,2, РИФ 4+/4+, РИБТ 68%. Направлен в Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. На момент осмотра в референс-центре наружных проявлений сифилиса нет. Половые контакты с 2020 года отрицает. Осмотрен смежными специалистами референс-центра 30.06.2022 г. При осмотре терапевта установлено: энцефалопатия неуточненного генеза с генерализованным дистоническим гиперкинезом, акинетико-ригидным синдромом, дизартрией, атактическим синдромом, пирамидным синдромом. При осмотре невролога установлено: энцефалопатия неясного генеза; дизартрия; нижний вялый парализ; специфическая патология? Плановая ЛП в условиях стационара филиала «Клиника им. В.Г.Короленко» противопоказана. Осмотр ЛОР: искривление носовой перегородки без нарушения носового дыхания. Офтальмолог: специалист в отпуске. С 15.07.2022 по 26.07.2022 находился в УКБ № 3 Сеченовского университета с диагнозом поздний сифилис, прогрессивный паралич (синдром когнитивных нарушений, апраксия ходьбы, дизартрия), декомпенсация. МРТ г/м 21.07.2022: картина атрофического процесса головного мозга и гиппокампов. Ликворологическое обследование от 20.07.2022: цитоз 47 х 106/л, РПГА 4+, РИФЦ 4+. 22.07.2022 консультирован зав. ДВО УКБ № 2, согласно заключению которой начато лечение доксициклином по 0,1 г 2 р/д с 22.07.22 по 06.08.2022, с рекомендацией о дальнейшем переходе на бактерицидные антибиотики. Проведено ЭХО-КГ 27.07.2022: данных о специфической патологии нет. Направлен на консультацию в ГБУЗ ПКБ № 13 ДО № 2 04.08.2022: противопоказаний для нахождения в стационаре дерматовенерологического профиля не выявлено. Установлен окончательный диагноз: А52.1, прогрессивный паралич (синдром когнитивных нарушений, апраксия ходьбы, дизартрия). Исходя из данного клинического примера можно сделать вывод, что сифилис, а также его церебральные формы, остаются актуальной проблемой. Профессиональная настороженность к данному заболеванию в лечебных учреждениях зачастую снижена. Отсутствие своевременной диагностики и проведения специфического лечения может вести к серьезным последствиям.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ЛИЦ С ГОНОКОККОВОЙ, ХЛАМИДИЙНОЙ, ТРИХОМОНАДНОЙ И MYCOPLASMA GENITALIUM-ИНФЕКЦИЯМИ И ПРИВЛЕЧЕНИЕ К ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИППП В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ (2018–2020 ГОДЫ)

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

Анохина Л.С., Кисина В.И., Жукова О.В., Гушин А.Е.

Введение. В настоящее время в системе Российского здравоохранения сохраняется приоритет общественной и индивидуальной профилактики в сфере охраны здоровья населения, который, в том числе, обеспечивается путем обследования всех лиц, находящихся в половом контакте с больными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и проведения клинико-лабораторного контроля после завершения лечения.

Цель. Оценить количество привлеченных к обследованию половых партнеров лиц с гонококковой, хламидийной, трихомонадной и M. genitalium-инфекциями в Московском регионе в 2018–2020 годах и рассмотреть возможные варианты привлечения большего количества пациентов на контрольное обследование после лечения ИППП.

Задачи исследования: 1. Провести анализ частоты привлечения половых партнеров пациентов с ИППП. 2. Оценить количество лиц, обследованных после лечения ИППП.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования явились сведения, полученные из заполненных отчетных форм: форма № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» по г. Москве за 2018–2020 гг. и форма № 9 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» по г. Москве за 2018–2020 гг.

Результаты. Наиболее распространенными и клинически значимыми ИППП являются гонококковая, хламидийная, трихомонадная и Mycoplasma genitalium-инфекции. Учитывая общность путей передачи, пациент может одновременно инфицироваться несколькими возбудителями ИППП. В московском регионе с 2018 по 2020 гг. зарегистрировано 1405 больных гонококковой инфекцией, их них мужчин 1191 и женщин 214, при этом число половых партнеров, привлеченных к обследованию, составило всего 186 человек (13,4%); 4366 больных хламидийной инфекцией, из них мужчин 2174 и женщин 219 с числом обследованных половых партнеров – 505 (11,6%); 3516 больных урогенитальным трихомониазом, в том числе мужчин 80 и женщин 3436 с числом обследованных половых партнеров – 89 (2,6%). Статистический учет пациентов с M. genitalium-инфекцией осуществляется ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с 2014 года. За период 2018–2020 гг. выявлено 857 пациентов с M. genitalium-инфекцией, при этом обследование и лечение половых партнеров было проведено лишь у 10,2% мужчин и у 19,7% женщин, больных M. genitalium-инфекцией. В настоящее время отсутствуют официальные статистические данные о полноте проведения контроля эффективности лечения пациентов с выявленными ранее ИППП. Также ключевой проблемой в настоящее время является широкое распространение антибиотикорезистентности штаммов N. gonorrhoeae и M. genitalium к антимикробным препаратам различных фармакологических групп, включая цефалоспорины. Данное обстоятельство диктует необходимость обязательного проведения контрольного обследования пациентов после завершения терапии с целью предупреждения рецидива заболевания и профилактики дальнейшего распространения ИППП.

Выводы. Количество привлеченных к обследованию половых партнеров лиц с ИППП крайне низкое и составляет около 10% от числа выявленных случаев, а официальные статистические данные о полноте проведения контроля эффективности лечения пациентов с выявленными ранее ИППП отсутствуют, что свидетельствует о необходимости усиления эпидемиологического надзора и статистического учета, а также разработки комплекса профилактических мер, в том числе с целью уведомления половых партнеров и привлечения их к обследованию и лечению. Данная задача может быть реализована, в частности, путем внедрения инновационных методов получения биологического материала в сочетании с современными методами лабораторной диагностики ИППП, а также с помощью информационной поддержки пациента, что обеспечит более быструю и эффективную диагностику ИППП.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

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

Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Доля О.В., Марданлы С.Г., Жданович А.В., Махновская Т.С.

Актуальность. Сифилис представляет серьезную угрозу общественному здоровью из-за возможности вертикальной передачи заболевания от матери плоду и развития тяжелых поздних форм заболевания. Определяющая роль в выявлении сифилиса принадлежит лабораторной диагностике, тем

более что в настоящее время наиболее распространенными являются скрытые формы инфекции.

Цель – на основе анализа современной научной литературы выделить перспективные направления лабораторной диагностики сифилиса.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы в аспекте перспективных направлений в части, касающейся лабораторной диагностики сифилиса, медицинской базы данных PubMed (1066 источников), представленных в основном публикациями за 2017–2022 годы, по ключевым словам *laboratory diagnosis of syphilis*.

Результаты. Для прямой диагностики сифилиса в настоящее время применяются молекулярно-биологические методы, представленные различными вариантами ПЦР. Перспективными являются методы, основанные на применении петлевой изотермической амплификации, позволяющей с высокой чувствительностью определять ДНК бледной трепонемы в периферической крови.

Непрямая диагностика сифилиса по-прежнему проводится с использованием нетрепонемных и/или трепонемных тестов, основанных на принципах иммуноферментного, иммунохемилюминесцентного, иммунохроматографического анализа, иммуноблоттинга, иммунофлюоресценции.

Одним из перспективных направлений является разработка и совершенствование простых быстрых тестов, позволяющих в одном образце выявлять антитела к различным антигенам бледной трепонемы и/или к другим возбудителям (ВИЧ, малярия и др.) и осуществлять быструю диагностику сифилиса прежде всего в аспекте предотвращения передачи инфекции от матери плоду и развития врожденного сифилиса.

Перспективными являются методы многопараметрической диагностики сифилиса, осуществляемой с использованием методологии иммуночипов или xMAP-технологии с применением не только традиционных, но и новых «кандидатных» антигенов бледной трепонемы (например, Tr0277, Tr0319, Tr0453, Tr0684, Tr0965 и Tr1038).

Ряд авторов предлагает использовать неинвазивные тесты для определения трепонемных IgG в слюне с использованием простых быстрых тестов и «кандидатных» антигенов Tr (например, Tr0742, Tr0486, Tr0369, Tr0804) в моче больных сифилисом.

Разрабатываются технологии на основе латексной турбидиметрии и платформы AIX1000, позволяющие в автоматическом режиме выполнять нетрепонемные тесты.

Предлагается ряд новых технологий (ElecSys Syphilis Assay, Lumipulse anti-Treponema pallidum, DPP Syphilis Screen & Confirm Assay) с использованием в том числе электронного тестового микросчитывателя для одновременного выявления противотрепонемных антител и реактивов.

В научных исследованиях обсуждается возможность определения хемокинов в периферической крови и спинномозговой жидкости, которые рассматриваются как потенциальные биомаркеры нейросифилиса. Для диагностики нейросифилиса предлагается также определять в спинномозговой жидкости концентрации нейтрофилов – чувствительных маркеров разрыва аксонов.

Некоторые исследователи изучают аспекты использования микро РНК как возможных предикторов развития серорезистентности. В аспекте определения новых маркеров серорезистентности и трансформации этого состояния в кардиоваскулярный и нейросифилис рассматривается также возможность использования иммунохроматографических и иммунохемилюминесцентных тестов для выявления трепонемоспецифических и нетрепонемных IgM-антител.

Заключение. Таким образом, технологии диагностики сифилиса в настоящее время продолжают совершенствоваться в основном в части увеличения их производительности и скорости выполнения исследований, повышения чувствительности и специфичности, хотя приоритетными до сих пор остаются нетрепонемные и трепонемные тесты. Вместе с тем развиваются также новые научные направления, посвященные изучению патогенеза заболевания и совершенствованию диагностики нейросифилиса и серорезистентности.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

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

Кисина В.И., Анохина Л.С., Романова И.В., Гущин А.Е.

Введение. В мировой практике наравне со стандартными лабораторными методами диагностики ИППП успешно используется самостоятельное получение биологического материала – первой порции мочи у мужчин и биологического материала влагалища у женщин. Самостоятельный сбор биологического материала наиболее целесообразно использовать у пациентов с отсутствием субъективных симптомов. Образец первой порции мочи у мужчин может быть получен в любое время суток при условии, что с момента последнего мочеиспускания прошло более 20 минут. У женщин исследование образца первой порции мочи значительно менее чувствительно по сравнению с биологическим материалом влагалища. Собранные пациентами образцы влагалищного биологического материала равнозначны по чувствительности и специфичности образцам, полученным в условиях клиники, в связи с чем эта стратегия скрининга весьма приемлема среди женщин. Преимущество скрининга на ИППП с применением неинвазивных методик заключается в том, что это позволяет привлечь к обследованию большее количество пациентов с отсутствием субъективных симптомов. Данная методика может быть более экономически эффективной перед традиционным получением биологического материала, особенно при обследовании большого количества пациентов.

Цель. Изучить международные научные клинические исследования, посвященные оценке перспективы использования методики самостоятельного получения биологического материала для оптимизации результатов обследования на ИППП.

Материалы и методы. В рамках данной научной работы изучались 19 публикаций, в которых оценивалась эффективность стратегии самостоятельного получения биологического материала.

Результаты. Научные клинические исследования 2017 года, проведенные во Франции в группе сексуально активных молодых людей в возрасте 18–24 лет, установили более высокий охват тестирования на *C. trachomatis* с применением методики самостоятельного сбора биологического материала на дому (мочи у мужчин и отделяемого влагалища у женщин) по сравнению с обследованием пациентов в клинике (29,2% против 8,7%). В Великобритании научная работа 2014–2015 годов в возрастной группе пациентов 16–30 лет также констатировала несколько более высокий охват тестированием на *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (мочи у мужчин и отделяемого влагалища у женщин) при самостоятельном сборе биологического материала на дому по сравнению с обследованными в клинике (28,8% против 26,6%). В США также проведены исследования, доказывающие, что использование инновационных методов в качестве дополнения к традиционным методам диагностики на ИППП открывает перспективы для оптимизации детекции данных инфекций. При изучении тезисов докладов, представленных авторами Научного комитета BASHN в Оксфорде в 2016 году, выявлено, что в шести публикациях оценивается влияние самозабора биологического материала на приверженность к лечению. В пяти из шести научных работ, сравнивающих выборку обследованных на базе клиники по сравнению с обследованными на дому, была обнаружена меньшая доля адекватно пролеченных случаев хламидийной инфекции у пациентов, выбравших домашнее обследование. Также выявлено, что среди пациентов, выбравших метод самостоятельного получения биологического материала с целью обследования на ИППП до начала терапии проходило больше времени, чем у тех, кто обследовался в клинике. В одной публикации сообщается о более высокой доле получивших лечение пациентов, обследованных в клинике, по сравнению с лицами с самозабором биологического материала для обследования на ИППП (90% и 60% соответственно). В мировой практике метод самостоятельного получения биологического материала активно используется не только для выявления хламидийной, гонококковой и трихомонадной инфекций, но и для скрининга на ВПЧ. До настоящего времени в нашей стране научные

работы по оценке клинико-эпидемиологического и профилактического значения метода самостоятельного получения биологического материала для диагностики ИППП не проводились.

Выводы. Таким образом, изучение международных клинических исследований, посвященных оценке перспективы использования методики самостоятельного получения биологического материала, демонстрирует необходимость проведения в нашей стране научных исследований по изучению методики самостоятельного забора биологического материала у мужчин и женщин при контроле эффективности лечения ИППП в сравнении с традиционными рутинными технологиями обследования в условиях медицинского учреждения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ГЕНОТИПОВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8»

Санкт-Петербург

Касаткин Е.В., Лялина Л.В.

Введение. Современными научными исследованиями установлена ведущая роль онкогенных вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ) и значительная роль в развитии рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, кожи и других локализаций. Это послужило основой для разработки и применения вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Некоторыми исследователями РШМ рассматривается как проявление инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Цель нашего исследования – изучение распространенности различных высокоонкогенных генотипов ВПЧ в группе пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией других заболеваний.

Материалы и методы. В 2008–2021 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследован 8121 пациент при обращении в СПб ГБУЗ «КВД № 8». Использовали наборы, разрешенные к применению в РФ («Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 типы – 1 группа пациентов, и 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ – 2 группа пациентов). Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры и/или цервикального канала.

Результаты. Среди обследованных были больные венерическими заболеваниями (гонорея, аногенитальные бородавки), другими инфекциями, передаваемыми половым путем, воспалительными заболеваниями нижних отделов мочеполового тракта, а также обследованные с профилактической целью. Среди обследованных было 3897 (48,0%) мужчин и 4224 (52,0%) женщины в возрасте от 13 до 67 лет. Наибольшее количество обследованных – в возрастной группе 20–29 лет (42,1%). ВПЧ ВКР обнаружены у 2050 пациентов, из них 1050 мужчин (51,2%) и 1000 женщин (48,8%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила 25,2±5,1%, у мужчин – 26,9±5,3, у женщин – 23,7±7,7%. В группе 20–29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ (32,2±11,2%), в возрастных группах 30–39 лет и 40 лет и старше (24,0±8,1% и 21,9±5,1% на 100 обследованных соответственно). Окогенные ВПЧ обнаружены даже у детей в возрасте до 14 лет (только у девочек 0–14 лет) в 3,0±5,2% случаев. Пациенты 1 группы составили 70,7% (1449 человек), среди них было 769 мужчин (53,1%) и 680 женщин (46,9%), пациенты 2 группы составили 29,3% (601 человек), среди них были 281 мужчина (46,8%) и 320 женщин (53,2%). Инфицированность онкогенными ВПЧ почти в равной степени мужчин и женщин свидетельствует об одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Вместе с тем известно, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у мужчин существенно ниже, чем у женщин. Значение ПВИ в канцерогенезе у мужчин нуждается в дальнейшем изучении.

Заключение. Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов дерматовенерологического профиля, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Высокая

распространенность ПВИ среди контингента репродуктивного возраста может иметь значительные социальные последствия. Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, что в перспективе будет способствовать более раннему выявлению РШМ и, как следствие, снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.

СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТА С ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

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

Бохонович Д.В., Глоба Е.И.

Введение. Сифилитический гепатит был впервые описан Р.Д. Харном в 1943 году. Среди всех проявлений сифилиса гепатит считается редкой патологией. Во-первых, это обусловлено тем, что имеет место статистический недоучет данной патологии, заболевание не имеет собственного шифра по МКБ-10, а во-вторых, при ведении пациентов с ранними формами сифилиса далеко не всегда проводят биохимические исследования, что не позволяет вовремя диагностировать данную патологию. В 2004 году К.Дж. Маллик в своей публикации предложил критерии диагностики сифилитического гепатита, которые включают: повышение уровня ферментов печени и их снижение после специфической терапии; положительные серологические реакции на сифилис; отсутствие других причин поражения печени. Клинические проявления сифилитического гепатита у взрослых не имеют патогномоничных симптомов, могут сопровождаться желтухой, увеличением печени и болезненностью в области правого подреберья. Гистологические особенности сифилитического гепатита могут включать воспалительную инфильтрацию желчных протоков. Специфичность изменений подтверждает лимфоцитарный характер инфильтрации. Спирохеты могут быть идентифицированы в ткани печени с помощью иммуногистохимического окрашивания или окрашивания по Вартину–Старри.

Цель работы: представить описание клинического случая сифилитического гепатита у пациента с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек на фоне впервые выявленной ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Пациент Т. 40 лет, обследован с помощью серологических реакций на сифилис, ВИЧ, гепатиты, определения печеночных ферментов в крови.

Результаты. Пациент обратился в филиал «Тимирязевский» 07.02.2022 с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей, выпадение волос. Болен с ноября 2021 года, отмечал появление высыпаний на коже туловища, головные и мышечные боли, слабость. Высыпания разрешились и появились вновь в январе 2022 года. В этот период обследовался у терапевта по поводу нарастающей слабости, были выявлены изменения в биохимическом анализе крови от 26.01.2022: АЛТ – 316,4 Ед/л, АСТ – 212,87 Ед/л, билирубин общий – 28,13 мкмоль/л, Гамма ГТ – 282,4 Ед/л, щелочная фосфатаза – 378,06 Ед/л, СРБ – 52,0 мг/л. КТ-исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников, забрюшинного пространства, полости малого таза от 04.02.2022: паренхима печени неоднородная, диффузные изменения печени. Женат вторым браком с 2016 года, последние половые контакты с женой в декабре 2021 года. Другие половые связи категорически отрицает. Сифилис и ВИЧ-инфекцию ранее отрицает, не обследовался. При обследовании в филиале «Тимирязевский» РМП 4+1:256, РПГА 4+1:40960, ИФА М положит. КП 16,1; сумм Ат КП 13,1, IgG КП 8,4; РИФ 200 3+, РИФ авс 4+, РИБТ 68% от 14.02.2022. Антитела к HBS, HCV не обнаружены, ВИЧ иммуноблот (ИБ) от 18.02.2022 положительный. При осмотре: на груди, спине, животе, конечностях множественная сливная розеолезная сыпь. На коже волосистой части головы множественные очаги выпадения волос, выпадение бровей и ресниц. При пальпации определяются



увеличенные плотноэластические паховые лимфоузлы с обеих сторон. На слизистых оболочках половых органов множественные эрозивные папулы ярко-розового цвета. Папулы темно-красного цвета на ладонях и подошвах. На основании данных анамнеза, объективного осмотра установлен диагноз А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, сифилитическая алопеция, полиаденит от 14.02.2022. Сифилитический гепатит? ВИЧ инфекция (ИБ+ от 18.02.2022). Пациент направлен для консультации в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» для уточнения тактики ведения. Рекомендовано проведение лечения согласно клиническим рекомендациям: раствор цефтриаксона 1,0 внутримышечно 20 дней. Также направлен к инфекционисту. После проведения лечения отмечалось снижение показателей печеночных ферментов: АЛТ 86,9 Ед/л, АСТ 64,8 Ед/л, Гамма ГТ 74,3 Ед/л от 04.03.2022. Разрешение всех наружных проявлений заболевания. Пациент переведен на клинико-серологический контроль, рекомендован контроль биохимических показателей крови и УЗИ органов брюшной полости в течение 6 месяцев.

Заключение. Представленный случай наглядно демонстрирует актуальность тщательного обследования пациентов с различными, в том числе и ранними формами сифилитической инфекции.

СОЧЕТАНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ ПОРАЖЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА: ТЕНДЕНЦИИ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД
Екатеринбург

Прожерин С.В.

Введение. На протяжении последних десятилетий в России заболеваемость сифилисом неуклонно снижается. Однако показатели заболеваемости сифилисом так и не вернулись к доэпидемическим (1988-1989 гг.) значениям. Мониторингу заболеваемости сифилисом всегда уделялось особое внимание исследователей. Кумуляция в общей популяции людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), единство путей передачи и контингентов, подверженных риску заражения ВИЧ и сифилисом, неизбежно ведут к увеличению числа случаев коинфекции ВИЧ/сифилис.

Цель. Проанализировать возрастно-половой состав ЛЖВ, страдающих сифилисом, изучить у них структуру клинических форм сифилиса за период 2012–2021 гг. в Свердловской области.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 359 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 19 до 69 лет, состоящих на учете в ГАУЗ «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (ОЦ), в медицинских картах которых по состоянию на 15.08.2022 г. содержится информация о вновь установленном диагнозе сифилиса в 2012–2021 гг. При анализе динамических рядов использован метод укрупнения интервалов с выделением двух 5-летних периодов: 2012–2016 гг. (1-й период) и 2017–2021 гг. (2-й период). В 2012–2016 гг. выявлено 72 (36 мужчин и 36 женщин) больных коинфекцией, в 2017–2021 гг. – 287 (208 мужчин и 79 женщин). При оценке статистической значимости различий использовался критерий χ^2 .

Результаты. Возраст ($M \pm m$) выявления сифилиса у пациентов в первом периоде составил $34,9 \pm 4,1$ лет, во втором – $36,5 \pm 0,6$. В 2017–2021 гг. сифилис диагностировался у женщин в более старшем возрасте, чем у мужчин: $39,1 \pm 1,0$ против $35,5 \pm 0,7$ лет (в 2012–2016 гг. – соответственно $32,7 \pm 1,4$ против $36,9 \pm 1,3$ лет). Из 359 больных с коинфекцией ВИЧ/сифилис 214 (59,6%) состояли на диспансерном учете в ОЦ с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией: в первом периоде – 33 (46%), во втором – 181 (63,1%) человек ($\chi^2=7,0997$; $p=0,00771$). Остальным пациентам сифилис диагностирован при постановке на учет в ОЦ, или сифилис и ВИЧ выявлены одновременно в медицинских учреждениях региона. Если в 2012–2016 гг. мужчины составляли 50% от числа всех случаев коинфекции, то в 2017–2021 гг. – 72,5% ($\chi^2=13,3529$; $p=0,000258$). Из 244 мужчин с коинфекцией 101 (41,4%) практиковали однополые сексуальные отношения (МСМ). В 2017–2021 гг. доля МСМ возросла до 45,7% от числа больных сифилисом

ВИЧ-позитивных мужчин с 17% в 2012–2016 гг. ($\chi^2=10,6435$; $p=0,001105$). В общей структуре сифилиса ранние формы составили в первом периоде 55% (первичный сифилис – 1%, вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек и другие формы вторичного сифилиса – 25%, ранний сифилис скрытый – 29%), во втором – 64,1% (5,9%, 36,2% и 22% соответственно); доля позднего сифилиса (шифр А52.0 – А52.9 по МКБ-10) соответственно равнялась 45% и 35,9% ($p>0,05$). В структуре клинических форм в 2017–2021 гг. поздний сифилис у женщин регистрировался чаще ($\chi^2=35,5745$; $p<0,00001$), чем у мужчин (63% против 25,5%). Во все анализируемые годы поздние формы сифилиса в ОЦ диагностировались преимущественно при постановке на учет по поводу выявленной ВИЧ-инфекции, либо при длительном уклонении пациентов от диспансерного наблюдения. Среди ВИЧ-позитивных МСМ в 1-й период выявлялись исключительно (100%), а во 2-й период – преимущественно (94%) ранние формы сифилиса. У гетеросексуальных мужчин (ГТСМ) указанные показатели равнялись 57% и 58,4% соответственно. В когорте МСМ в 2017–2021 гг. наиболее часто диагностировался вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (59%), ранний сифилис скрытый (25%), а также первичный сифилис (10%), в то время как среди ГТСМ перечисленные формы регистрировались в 30,1%, 23% и 5,3% соответственно.

Выводы. Анализ показал, что среди больных с коинфекцией растет доля лиц с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией. Не исключено, что такой тренд является следствием популяризации концепции «H=H» (неопределяемый = не передающий), призванной уменьшить стигму и повысить приверженность ЛЖВ к приему антиретровирусной терапии. Проведение серологического скрининга на сифилис ЛЖВ при установлении диагноза ВИЧ-инфекции и далее ежегодно в рамках диспансерного наблюдения по ВИЧ-инфекции позволяет активно выявлять случаи коинфекции. Следует обратить особое внимание практических врачей на больных ВИЧ-инфекцией в возрасте 30–40 лет как на наиболее подверженных риску инфицирования сифилисом. В целях своевременной диагностики сифилиса среди ВИЧ-позитивных МСМ целесообразно увеличить кратность их обследования на наличие антител к бледной трепонеме до одного раза в 6 мес.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Красноярск

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Матыскина Н.В., Петров А.А.,
Шапранова И.М.

Введение. На сегодняшний день проблема диагностики сифилиса является одной из актуальных проблем венерологии. В последние годы заболевание характеризуется преимущественно латентным течением. В структуре заболеваемости сифилисом отмечается рост поздних форм, в том числе нейросифилиса, который характеризуется хроническим прогрессирующим поражением центральной и вегетативной нервной системы с развитием специфического процесса в оболочках и сосудах головного и спинного мозга. Важной составляющей в процессе постановки диагноза «нейросифилис» являются лабораторные исследования. В ликвородиагностике согласно действующим клиническим рекомендациям применяются нетрепонемные тесты: РМП и RPR-тест. Исследуются уровни трепонемных антител методами иммуноферментного анализа (ИФА), реакцией пассивной гемагглютинации (РПГА), количество клеток (цитоз), белка. Оцениваются уровни антител в сыворотке крови и спинномозговой жидкости (СМЖ). Однако даже при полном диагностическом исследовании результаты лабораторных методов не всегда могут интерпретироваться однозначно.

Материалы и методы. Клинико-серологической лабораторией КГБУЗ КККВД № 1 проанализированы положительные результаты серологических и общеклинических исследований ликвора у 28 пациентов, поступивших на лечение в круглосуточный стационар с подозрением на нейросифилис за период 2019–2021 гг.

Результаты. На основании проведенного сравнительного анализа по серологическим показателям в сыворотке крови и ликвора, анамнеза, клинических данных были установлены: скрытый поздний сифилис в 54% случаев, нейросифилис с симптомами – 32%, нейросифилис асимптомный – 14%.

В 72% образцов при подсчете количества клеток (цитоз) выявлены эритроциты до 5 клеток, в 28% – от 5 до 20 клеток, что указывает на попадание путевой крови в образец ликвора. Это является фактором, приводящим к затруднению интерпретации полученных результатов лабораторных исследований. В пробах с положительными реакциями РМП (14%) уровень трепонемных антител класса G (методы исследования ИФА и РПГА) в 100% случаев определялся титр 1:640 и более. Сравнительный анализ концентрации белка в ликворе и титра антител не выявил корреляции между этими параметрами. В случаях скрытого позднего сифилиса в ликворе выявлено: белок до 0,45 г/л – 87%, более 0,45 г/л – 13%; концентрация антител в титрах до 1:160 – 48%, 1:320 – 36%, в 16% случаев один из трепонемных тестов дал отрицательный результат. В 100% случаев получен отрицательный результат РМП. При нейросифилисе асимптомного и с симптомами в ликворе выявлено: белок до 0,45 г/л – 56%, более 0,45 г/л – 44%; концентрация антител в титрах до 1:320 – 23%, 1:640 и более – 77%; РМП положительных результатов 69%, отрицательных – 31%. Показатели титра антител трепонемных тестов в сыворотке крови значительно выше, чем в ликворе. Выводы: 1. Для диагностики нейросифилиса необходима единовременная постановка трепонемных и нетрепонемных тестов в ликворе и сыворотке крови. Разница в параметрах исследуемых показателей может дать дополнительную информацию. 2. При исследовании ликвора высокую диагностическую значимость имеют иммунологические исследования (уровень титра трепонемных антител). Показатели белка и цитоза не несут основополагающего значения. 3. Комплексное лабораторное исследование ликвора часто дает результаты, которые невозможно интерпретировать однозначно. Это диктует необходимость проведения дополнительных лабораторных исследований ликвора с высокими показателями специфичности: РИФ и иммуноблоттинг.

УРОВЕНЬ 25-ГИДРОКСИВИТАМИНА D (25(OH)D) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БОВЕНИИДНЫМ ПАПУЛЕЗОМ

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

Москва

Чернова Н.И.

Актуальность. Бовеноидный папулез (мультицентрический пигментный вирусный папулез) – заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, обусловленное вирусом папилломы человека, чаще 16, реже 18, 31, 33–35, 39, 42, 48, 51–54 типов, проявляющееся пятнами, папулами или бляшками на коже гениталий, промежности, перианальной области, слизистой полости рта. В настоящее время заболевание относят к предракам. Выделяют следующие этапы инфекционного процесса: первичная инфекция, персистенция вирусного генома в эпидермальной форме с продукцией вирусных частиц, поликлональная интеграция вирусной ДНК в клеточный геном, индукция мутаций в клеточной ДНК, вызывающая нестабильность генома, селекция клона клеток с мутагенной ДНК, содержащей интегрированную вирусную ДНК, активное размножение клона клеток и рост опухоли, занимающие 10–20 лет. Своевременная диагностика и лечение бовеноидного папулеза с учетом коморбидной патологии способствуют предупреждению прогрессирования процесса. В данном аспекте представляет интерес витамин D, дефицит которого ассоциируется с множеством социально значимых хронических заболеваний, в том числе некоторыми видами рака, инфекционными болезнями. Доказательства *in vitro* и *in vivo* свидетельствуют об активации рецепторов к витамину D на моноцитах, макрофагах, дендритных клетках и лимфоцитах, что важно для контроля как врожденного, так и приобретенного иммунитета. Показано, что повышение экспрессии антимикробных пептидов кателицидина и бета-дефенсина 2, неотъемлемых компонентов витамина D, является одной из основ противовирусного, противогрибкового и антимикробного действия. Учитывая функции витамина D3, его недостаточность может быть возможной причиной персистенции ВПЧ-инфекции. Цель. Изучить уровень 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) в сыворотке крови пациентов с бовеноидным папулезом.

Материалы. Объект исследования – 17 пациентов с диагнозом «бовеноидный папулез». Исследование в сыворотке крови уровня 25(OH)D осуществлялось при помощи метода высокоэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с тандемным масс-спектрометрическим детектором (ВЭЖХ-МС/МС) на жидкостном хромато-масс-спектрометре с тройным квадрупольным масс-анализатором LCMS-8060, «Shimadzu», Япония. Оптимальные значения содержания витамина D определялись как концентрация 25(OH)D в диапазоне 30–100 нг/мл (75–250 нмоль/л). Недостаточность – концентрация 25(OH)D в диапазоне 20–30 нг/мл (50–75 нмоль/л). Дефицит витамина D определялся как концентрация 25(OH)D менее 20 нг/мл (50 нмоль/л). Выраженный дефицит витамина D – концентрация 25(OH)D менее 10 нг/мл (25 нмоль/л).

Результаты. Под наблюдением находились 17 пациентов: 7 женского и 10 мужского пола, в возрасте от 23 до 37 лет, с диагнозом бовеноидный папулез. Локализация высыпаний: лобок, большие половые губы, перианальная зона у женщин, лобок, головка и тело полового члена у мужчин. Эритематозная форма зарегистрирована у 3 мужчин. Лейкоплакиеподобная – у 1 человека. Наиболее часто в 13 случаях отмечалась лихеноидная форма. Длительность заболевания варьировала от года до 3 лет. Уровни 25(OH)D в сыворотке крови варьировали от 2 до 25 нг/мл и коррелировали с распространенностью процесса. Выраженный дефицит витамина D с концентрацией 25(OH)D в диапазоне 2–8 нг/мл зарегистрирован у 9 человек. Дефицит в диапазоне 15–20 нг/мл у 5 пациентов, недостаточность с концентрацией 25(OH)D в диапазоне 22–25 нг/мл в 3 случаях.

Выводы. У пациентов с бовеноидным папулезом определяются менее чем оптимальные значения 25(OH)D в сыворотке крови.

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
Ташкент

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

Введение. Активный поиск новых патогенетически обоснованных методов лечения вирусассоциированной неопластической патологии является особой проблемой современной медицины. До настоящего времени нет окончательного мнения относительно некоторых вопросов профилактики и лечения вируса папилломы человека (ВПЧ)-ассоциированной патологии. Рост числа заболеваний, спровоцированных урогенитальными инфекциями в репродуктивно-активной возрастной группе, обусловил поиск оптимального комплексного подхода к лечению таких состояний. ВПЧ является доказанной причиной предрака и рака. Проблема диагностики и лечения обусловлена высокой контагиозностью, а также способностью ВПЧ инициировать злокачественные процессы нижних отделов половых путей.

Цель исследования. Изучение эффективности использования иммуномодулирующего препарата интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный при комплексном лечении остроконечных кондилом у пациентов с папилломавирусной инфекцией (ПВИ).

Материал и методы. В исследование вошли пациенты с морфологически верифицированными остроконечными кондиломами (ОК). Пациенты I-й группы получали комплексное лечение с использованием иммуномодулирующего препарата с противовирусной активностью интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного, фототермоллизис ОК импульсным Nd: YAG-лазером (2–4 сеанса с интервалами 7 дней) и местно 3% диоксотетрагидротетрагидронафталиновую мазь 2 раза в день в течение 30 дней. Больные II-й группы (контроль) получали стандартное лечение, включающее электрокоагуляцию/криодеструкцию, противовирусный препарат ацикло-вир, местно 3% диоксотетрагидротетрагидронафталиновую мазь 2 раза в день в течение 30 дней. Проводили клинико-морфологическое и лабораторное обследование с мониторингом наличия вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска (типы ВПЧ с экспрессией E6–E7 онкопротеинов). Для диагностики ВПЧ применяли ПЦР и ДНК-типирование



с помощью специальных тест-систем, а также метод гибридного захвата (Hybrid capture) Digene-тест.

Результаты исследования. Из 120 больных с ОК у 99 (82,5%) ОК локализовались в генитальной, у 9 (7,5%) – в перианальной и у 12 (10,0%) – в перианально-генитальной области. Элементы ОК были представлены эпидермальными папулами невоспалительного характера, с четкими границами, веррукозной поверхностью, располагались на видимо здоровой поверхности кожи. Исходно у пациентов наблюдали достоверное увеличение относительного числа CD19-клеток по сравнению с таковыми у здоровых ($p < 0,001$) при снижении содержания иммуноглобулинов IgA ($p < 0,05$) и IgM ($p < 0,05$) и увеличении IgG ($p < 0,001$). При этом уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) был выше в 1,7 раза ($p < 0,001$), а концентрации интерферонов были ниже, чем у здоровых: ИНФ- α ($p < 0,001$) и ИНФ- γ ($p < 0,001$). Под влиянием лечения регресс ОК у пациентов I-й группы отмечался на $6,9 \pm 0,16$ день, а у больных контрольной группы на $10,1 \pm 0,18$ день. Под влиянием комплексной терапии с включением интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного наблюдалось статистически достоверное снижение содержания CD19-клеток ($17,69 \pm 0,30\%$, $p < 0,01$) по сравнению с исходными показателями ($21,25 \pm 0,19\%$) и повышение содержания IgA и IgM и уменьшение IgG ($p < 0,01$). Наряду с этим отмечалась достоверное снижение уровня ЦИК в сыворотке крови после лечения по сравнению с данными до лечения. У всех обследованных больных I-й группы отмечалось клиническое выздоровление и при наблюдении в течение 1 года не выявило рецидивов.

Выводы. Результаты исследования показывают, что разработанный комплексный неинвазивный метод лечения больных ОК способствует выраженному восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе организма, способствует более ранней эпителизации ран на слизистых оболочках и на коже. Отбор пациентов и контингента риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний у больных ПВИ с ОК и проведение адекватного и эффективного лечения позволяет проводить своевременную профилактику онкозаболеваний уrogenитальной зоны.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

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

Москва

Чернова Н.И.

В последние годы отмечается увеличение количества случаев вагинитов, бактериального вагиноза и смешанных инфекций. Наряду с ростом заболеваемости отмечается высокая частота рецидивов заболеваний, обусловленных формированием бактериальных пленок – сложно организованных форм существования адгезированных бактерий, продуцирующих внеклеточный матрикс. Микробиологический принцип рациональной антимикробной химиотерапии основан на идентификации возбудителя и определении его чувствительности к антимикробным препаратам перед назначением терапии. Микроорганизмы в составе биопленки существенно затрудняют эту тактику, в результате чего, несмотря на обилие современных местных и системных антибактериальных средств, достичь нормализации микробиоценоза удается не во всех случаях. В связи с этим все чаще обсуждается возможность применения дополнительных методов воздействия, таких как фаготерапия, физические методы. В экспериментальных и клинических работах показана эффективность ультразвука низкой частоты, с помощью которой создается переменное давление, приводящее к образованию микропузырьков в растворе, благодаря которым осуществляется разрушение бактериальных пленок, усиление поступления лекарственных средств. Бактерицидное действие низкочастотного ультразвука и вызванной им кавитации обусловлено механическим повреждением клеточных мембран бактерий и грибов.

Цель. Изучение эффективности ультразвуковой кавитации в комплексной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 35 женщин в возрасте от 23 до 38 лет с жалобами на патологические выделения из половых путей в течение от года до 3 лет. Всем пациенткам были проведено гинекологическое обследование с оценкой вагинальных выделений, бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища и шейки матки с оценкой по Ньдженту, молекулярно-генетическое исследование при помощи ПЦР с видовой идентификацией и количественным анализом анаэробной и аэробной флоры (Флороценоз). Методом случайной выборки пациентки были рандомизированы на 2 терапевтические группы. В первой 15 женщин получали метронидазол 500 мг перорально 2 р в сутки в течение 7 дней. Во второй группе 20 пациенток принимали метронидазол 500 мг 2 р в сутки 7 дней в сочетании с обработкой вульвы и влагалища кавитированным раствором метрогила. Технология метода: аппарат АСТИОН, акустический узел АА208.5 с внутренним ирригационным каналом с защитным кожухом АА108-2. Кавитировали раствор метрогила 500 мг, уровень ультразвуковых колебаний – 25 единиц, использовали 200 мл раствора на процедуру. Время обработки – 3 минуты, ежедневно, 7 процедур на курс. После терапии проводилось 3 контрольных визита: через 14 дней, далее через 3 и 6 месяцев. Критерии эффективности лечения: отсутствие субъективных жалоб, клинических симптомов, отсутствие микроскопических признаков бактериального вагиноза. Пациенткам, принявшим участие в исследовании, рекомендовалось использование барьерных методов контрацепции во время половых контактов.

Результаты. Все женщины перенесли процедуры хорошо. Во время контрольного визита, через 14 дней после окончания терапии у 20 женщин второй группы, получавшей комплексную терапию, клинических проявлений бактериального вагиноза не было, в микроскопическом исследовании ключевые клетки не определялись. В группе пациенток, получавших стандартную терапию, через 2 недели после окончания лечения обильные выделения с неприятным запахом были зарегистрированы у 5 пациенток, при микроскопическом исследовании ключевые клетки были обнаружены в 5 случаях. Через 3 месяца после окончания терапии клиническое и лабораторное излечение было зарегистрировано у 90% пациенток, получавших комплексное лечение, и у ~47% в группе контроля. Через 6 месяцев после окончания терапии жалобы отсутствовали у 90% пациенток, получавших комплексное лечение, и у 26,67% в группе контроля. Частота выявления ключевых клеток у пациенток группы, получавшей в комплексной терапии орошения влагалища кавитированными растворами, через 6 месяцев после лечения составила 10% против 66,66% в группе, получавшей только стандартную терапию.

Выводы. Применение в комплексной терапии кавитированных низкочастотным ультразвуком растворов снижает частоту рецидивов бактериального вагиноза. Метод способствует эффективной механической санации, разрушению бактериальных пленок, безопасен и легко воспроизводим.

КОСМЕТОЛОГИЯ

АМБУЛАТОРНЫЙ СКРИНИНГ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск

Бычкова Н.Ю.

Дисплазии соединительной ткани (ДСТ) – это гетерогенная группа состояний, вызванных дефектами генов, ответственных за синтез всех компонентов внеклеточного матрикса и последующими посттранскрипционными модификациями. Вероятность обращения пациентов к косметологам и пластическим хирургам вызвана более ранним появлением внешних признаков старения у больных со всеми формами ДСТ. Так, в исследованиях Н.Ю. Кононовой и соавт. (2015) было показано, что при ДСТ достоверно чаще регистрируется преждевременное старение и был подтвержден существенный разрыв (более 8 лет) между паспортным и биологическим возрастом пациентов. При дисплазии отмечаются сниженные способности кожи к регенерации и нарушение ее барьерных свойств, раннее развитие атрофии, изменение вязко-эластических свойств (повышенная растяжимость), формирование складок и борозд, деформации контуров лица. Часто регистрируются поражения сосудистой и костно-суставной системы: капилляропатии, микроциркуляторные нарушения, микрогнатия, скошенный подбородок и другие стигмы дизэмбриогенеза. Несбалансированный протеолиз компонентов внеклеточного матрикса и другие дисфункциональные изменения соединительнотканых образований (дермы, сосудов, подкожной клетчатки, органов иммунной системы) изменяют течение репаративных процессов, повышают риски патологического рубцевания, приводят к развитию осложнений. Диагноз ставится на основании характерных клинических признаков (фенов), позволяющих предположить наличие патологии соединительной ткани у пациента. Многообразие клинических проявлений ДСТ – от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогрессирующим течением, следствием чего становятся различные по степени выраженности и локализации клинические признаки и синдромы, значительно затрудняет диагностику, и критерием постановки диагноза является наличие не менее 6–10 вероятных признаков, что требует от косметолога и пластического хирурга хорошего знания ассоциированных изменений во всех органах и системах (сердечно-сосудистой, нервной, костно-суставной и др.). Учитывая распространенность в популяции, клиническую полиморфность данного синдрома, отсутствие достоверных лабораторных критериев для оптимизации методов скрининга ДСТ на амбулаторном приеме, Бычковой Натальей Юрьевной разработана анкета «Характеристика диспластического фенотипа при проведении инвазивных процедур и манипуляций», позволяющая оценить состояние соединительной ткани респондента (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности №08.19 от 26.06.2019). Анкетирование проводится амбулаторно на этапе сбора анамнеза. Максимальное количество баллов – 119. Риски наличия дисплазии соединительной ткани считаются высокими при результате более 60 баллов, средними от 30 до 59 баллов, низкими до 29 баллов. Целью применения Анкеты является выявление рисков наличия ДСТ перед проведением косметологических аппаратных процедур, пилингов, сопровождающихся альтерацией, инвазивных манипуляций (филлеры, нити) и пластических операций. Использование данной методики позволяет выявить характерные признаки патологии, оптимизировать план лечения пациента и снизить риски развития осложнений, кроме того является основанием для дальнейшего целенаправленного обследования у профильных специалистов с применением функциональных, лабораторных и молекулярно-генетических методов.

БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ В ТКАНЯХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ТЕМПЕРАТУР

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

Колчева П.А.

Большинство современных аппаратных методов, применяемых в косметологии, так или иначе связаны с прогревом тканей различной степени выраженности. Биологические эффекты, возникающие в тканях в ответ на воздействие температур, хорошо известны. При увеличении температур до 40–50 градусов наблюдается разрушение внутримолекулярных связей, изменение мембран. В случае продолжительного воздействия такой температуры в значительной части тканей наблюдаются некротические изменения. При воздействии температур 60 и более градусов в тканях наблюдается денатурация белковых структур и коллагена, коагуляция и некроз. Кратковременное воздействие температуры около 100 градусов сопровождается эффектом vaporизации, но при продолжительном прогреве тканей vaporизация сменяется карбонизацией с перегревом окружающих тканей.

Основными методиками, применяемыми в современной косметологии, являются световые методы (лазеры, IPL, BBL), технологии HIFU, RF-воздействие. Разумеется, ожидаемые эффекты от применения этих методов различны и зависят от самого типа физиотерапевтического воздействия. Тем не менее одним из основных механизмов, оказывающих непосредственное влияние на биологические структуры, выступает температура. Кроме того, необходимо понимать, что помимо мгновенных эффектов, связанных с воздействием температуры на биологическую ткань, развиваются и отсроченные, не всегда предсказуемые процессы. Зачастую врачу-косметологу приходится балансировать между эффективностью и безопасностью выбранной методики. Поэтому наиболее актуальным является не только подбор оптимальных параметров, но и поиск вспомогательных методов, позволяющих с высокой долей вероятности снизить деструктивную нагрузку на биологические структуры и сократить период реабилитации. В литературе описаны различные варианты комбинированных методик, направленные как на синергизм действия, так и на реабилитацию биологических тканей после агрессивного воздействия.

Одним из таких методов может служить PRP-терапия. Применение богатой тромбоцитами аутологичной плазмы в качестве ранозаживляющей терапии известно уже давно. Воздействуя на эндотелиальные клетки, фибробласты PRP-терапия потенциально способствует заживлению ран, уменьшению периода реабилитации и снижению риска формирования нежелательных явлений.

Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов со стриями различной степени выраженности, локализованными на коже живота, верхних конечностей и бедер, симметрично с двух сторон. Всем пациентам до начала терапии проводилась дерматоскопия, фотодокументирование, а также визуализация методом современного цифрового обеспечения. На первом этапе выполнялась процедура игольчатого RF, направленная на коррекцию стрий, после чего на правой стороне проводилась PRP-терапия с использованием аутологичной плазмы, обогащенной моноцитами, общим количеством четыре процедуры кратностью один раз в 14 дней. Оценка динамики выполнялась перед каждой процедурой PRP и общая эффективность оценивалась через один месяц после процедуры игольчатого RF. По результатам проведенного исследования установлено значительное уменьшение реабилитационного периода и более выраженное сглаживание рельефа кожи при комбинированной терапии.



ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Академия постдипломного образования Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства России
Москва

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.Н.

Введение. Инъекции филлеров являются наиболее популярной процедурой в косметологии. Однако еще не создан «идеальный» безопасный филлер, который не дает побочных эффектов. Большинство косметологических пациентов имеют в анамнезе одну или несколько инъекций филлеров, на практике трудно встретить «девственную» кожу. Одной из серьезных диагностических проблем является неясный анамнез, когда пациенты не помнят, какой филлер и когда вводили, а медицинская документация отсутствует. Осмотр и пальпация не могут дать информации о типе и степени биодegradации ранее введенных филлеров. Также при физикальном исследовании сложно диагностировать осложнения контурной пластики, такие как гранулемы, фиброз, миграция и нерезорбированные депозиты филлеров. Высококачественная ультразвуковая визуализация обладает высоким разрешением и достаточной проникающей способностью для исследования филлеров и тканей, окружающих филлер.

Цель: исследовать особенности высококачественных паттернов филлеров различных типов на частотах 22 и 75 МГц, выявить особенности поздних осложнений контурной пластики при высококачественной визуализации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 96 пациентов с ранее введенными филлерами, лифтинговыми нитями и эндотинями. Изучали особенности высококачественной ультразвуковой картины филлеров на основе гиалуроновой кислоты (ГК), полиметилметакрилата (ПММА), полиакрилового геля (ПААГ), кальция гидроксиапатита (КГА), полимолочной кислоты (ПМК), силикона. Исследовали кожу у 26 пациентов с поздними осложнениями контурной пластики. Высококачественную визуализацию проводили датчиками 22 и 75 МГц.

Результаты. Описаны высококачественные паттерны и различия в акустической плотности филлеров на основе ГК, ПММА, ПААГ, КГА, ПМК и силикона. Разработан диагностический алгоритм дифференциации данных филлеров на основе анализа особенностей их акустической плотности. Описаны высококачественные признаки гранул, фиброза, миграции и инкапсуляции филлеров.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск

Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.

Нарушение развития соединительной ткани – дисплазия соединительной ткани – может быть моногенным заболеванием, в таком случае мы говорим о наследственных дисплазиях, которые явно проявляются с рождения или раннего детства. Также дисплазии соединительной ткани могут быть мультифакториальной этиологии. Когда ранняя диагностика затруднена и достаточно часто состояние пациента является находкой для клинических специалистов разных специальностей в достаточно зрелом возрасте. Наследственные дисплазии являются достаточно редкой патологией, а вот частота мультифакториальных дисплазий соединительной ткани, по данным разных авторов, составляет от 20% до 60%. Клинические проявления дисплазии могут быть достаточно разнообразными, так как характерна полиорганная патология (соединительная ткань присутствует в разных системах организма). Кожные проявления в виде повышенной растяжимости кожи, склонности к гипертрофическим рубцам, повышен-

ной морщинистости кожи и преждевременному старению кожи. Именно с жалобами на клинические проявления старения пациенты с дисплазией соединительной ткани обращаются к врачам косметологам. Однако, по нашему клиническому опыту, такие пациенты имеют определенные особенности ответа на некоторые эстетические процедуры, а значит, существуют особенности лечения и ведения таких пациентов. Процедуры, направленные на улучшение качества кожи – биоревитализация и мезотерапия. Как правило, пациенты с дисплазией соединительной ткани имеют сниженный ответ на данные процедуры, таким образом, для получения наиболее выраженного результата требуется применение препарата не просто на основе нативной гиалуроновой кислоты, а обогащенного аминокислотами, витаминами или на основе ретикулированной гиалуроновой кислоты, или на основе коллагена. Контурная пластика препаратами на основе гиалуроновой кислоты. Наиболее частый запрос пациентов с дисплазией соединительной ткани – коррекция средней трети лица: слезная борозда, скулы и носогубные складки. При коррекции скул как правило в первую очередь требуется наполнение глубокого медиального жирового пакета. Коррекция носогубных складок проводится максимально пластичными, не объемными препаратами, с предварительной коррекцией скул, для предотвращения «утяжеления» области носогубных складок. Коррекция слезной борозды у таких пациентов не всегда возможна, перед процедурой необходимо оценить возможности наполнения зоны, при некорректно подобранном пациенте часто встречается визуализация и контурирование геля, а также эффект Тиндаля в области слезной борозды. Нитевой лифтинг в целом показан пациентам с дисплазией соединительной ткани, но необходимо понимать, что у пациентов есть нарушение коллагенообразования. Это обозначает, что повышен риск миграции, контурирования нитей, снижения выраженности результатов нитевого лифтинга. Для минимизации рисков нежелательных явлений нитевого лифтинга в нашем клиническом опыте предпочтение армирующим нитям на основе капролактона (с полимолочной кислотой), лифтинговым нитям при первой процедуре нитевого лифтинга. В постпроцедурный период строгое соблюдение пациентом ограничений движения на 4 недели, а также назначение мезотерапии или биоревитализации, направленных на стимуляцию образования коллагена. Таким образом, с пациентами, имеющими дисплазию соединительной ткани, работать врачу-косметологу необходимо, но при этом выбирая методы, имеющие наибольшую безопасность и эффективность. В данном случае эстетическая коррекция лица будет являться также лечением симптомокомплекса кожных проявлений дисплазии соединительной ткани.

ПРИМЕНЕНИЕ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

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

Москва

Волкова С.Б., Новожилова А.С.

Причины появления гиперпигментации различны: УФО, воздействие механических и химических факторов, заболевания внутренних органов, нарушение обмена веществ, генетическая предрасположенность, травматическое поражение кожи. В настоящее время существует широкий спектр методик и средств, способствующих отбеливанию кожи. Для выбора оптимальной программы коррекции необходимо четко представлять причины и механизм возникновения гиперпигментации в каждом конкретном случае. Азелаиновая кислота – дерматопротекторное средство для наружного применения, обладающее депигментирующим, антибактериальным, кератолитическим, а также противовоспалительным эффектом, оказывает воздействие на гиперактивные меланоциты, благодаря торможению тирозиназы, дозозависимо ингибирует рост и жизнеспособность аномальных меланоцитов. Терапевтический эффект азелаиновой кислоты при гиперпигментации обусловлен ингибированием синтеза ДНК и/или подавлением клеточного дыхания аномальных меланоцитов. Клиническое улучшение наступает в среднем через 2–4 недели лечения. Мелазма, расположенная в эпидермисе или

одновременно в эпидермисе и дерме, хорошо поддается лечению азелаиновой кислотой. В то же время мелазма, расположенная только в дерме, к такому лечению не чувствительна. В процессе лечения мелазмы, для предотвращения вызываемых солнечным излучением обострений и / или репигментации областей кожи, освещаемых солнцем, в обязательном порядке нужно использовать защиту от всего спектра солнечного излучения. Поскольку препарат не повышает фоточувствительность кожи, его можно назначать даже тогда, когда проведение активных отбеливающих процедур на основе химических кислот невозможно. Тактика коррекции гиперпигментации основывается на патогенезе ее развития. При залегании пигмента поверхностно в пределах эпидермиса достаточно проведения монотерапии наружными препаратами. При дермальном генезе эффективны лишь сочетанные методики на основе пилингов, мезотерапии и наружного лечения. При эпидермальном генезе гиперпигментации эффективны поверхностные пилинги на основе АНА и ВНА кислот – молочная, лимонная, гликолевая, фитоливая, миндальная, койевая, аскорбиновая, салициловая, комбинированные составы, азелаиновая, ретиноевая и трихлоруксусная кислоты (до 15%). Азелаиновая кислота широко используется в лечении гиперпигментации в сочетании с другими косметологическими процедурами. При проведении пилингов у пациентов с существующей или присутствующей в анамнезе гиперпигментацией различного происхождения рекомендуется в предпилинговый период в течение 3–4 недель использовать препараты, ингибирующие активность тирозиназы. Подобным эффектом обладает азелаиновая кислота. Форма препарата выбирается в зависимости от типа кожи, режим применения – 2 раза в сутки на предполагаемую зону пилинга. При тонкой чувствительной коже препарат следует отменить за 2–3 дня до процедуры. В межпилинговый и постпилинговый периоды целесообразно наносить азелаиновую кислоту в виде крема (2 раза в день) после прекращения шелушения. Дальнейший поддерживающий курс терапии состоит в постоянном применении отбеливающего наружного препарата азелаиновой кислоты крема/геля в течение 4–6 месяцев, в том числе в весенне-летний период, когда проведение отшелушивающих процедур запрещено. Проведение аппаратных методов лечения на фоне предшествующего в течение 1–1,5 месяцев использования азелаиновой кислоты крема/геля значительно сокращает курс лечения. После окончания курса процедур препарат применяют в поддерживающем режиме – 2–3 раза в неделю в течение 4–6 месяцев для закрепления эффекта. Мезотерапия. В случае поверхностно расположенного пигмента достаточно применять азелаиновую кислоту в виде геля локально 2 раза в сутки на проблемную область во время курса мезотерапии, затем в течение 2–3 месяцев после его окончания. При дермальном генезе необходимо назначить препарат за 2–4 недели до планируемого курса мезотерапии, во время курса – в течение 1,5–2 месяцев, а затем в поддерживающем режиме – до 4–6 мес. Выводы: препараты с азелаиновой кислотой имеют ряд преимуществ: не обладают фотосенсибилизирующим действием; имеют выраженный клинический эффект; возможен длительный прием, сочетаются с другими косметическими средствами, можно использовать как монотерапию, так и сочетанное использование с аппаратными и инъекционными методиками.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО ТЕРМОЛИФТИНГА И РЕКОМБИНАНТНОГО ФАКТОРА РОСТА

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

Лемытская В.Е., Жукова О.В.

В последние годы отмечается потребность в косметологических эстетических процедурах, при которых максимальный эффект сопряжен с минимальной реабилитацией. Разработка новых протоколов с сочетанными

методами становится актуальной. Одной из эффективных процедур с минимальной реабилитацией является фракционный микроигольчатый термолифтинг. В основе процедуры лежит внутрикожное введение микроигл и воздействие радиоволн различной частоты в глубине тканей. Ток высокой частоты стимулирует пролиферацию клеток за счет запуска биологического ответа клеток эпидермиса и дермы на механическую травматизацию и повреждение. В процессе процедуры микроигольчатого термолифтинга происходит нагрев ткани в диапазоне 44–53°C, что обеспечивает стимуляцию синтеза коллагена клетками кожи. Во время воздействия высокочастотного тока развивается два ведущих эффекта. Первый – тепловой, за счет ионной проводимости тканей; второй – специфический, который обусловлен действием электрического тока. После воздействия игл-электродов в месте обработки образуются микротравмы с зоной аблятивного повреждения по типу муфты, которая окружена участками интактной кожи, что способствует более быстрому заживлению и минимизирует реабилитационный период. После процедуры микроигольчатого термолифтинга остаются «микропоры», которые возможно использовать в качестве проводника лечебных и стимулирующих средств в более глубокие слои кожи. С целью усиления эффекта от микроигольчатого термолифтинга и ускорения реабилитационного периода дополнительно могут применяться рекомбинантные факторы роста. Факторы роста – это полипептиды, которые в ответ на повреждение тканей усиливают рост, пролиферацию и дифференцировку клеток кожи, не выходя за рамки физиологического течения процесса. Основным фактором, участвующим в регенерации кожи, является эпидермальный фактор роста (EGF), который стимулирует рост и деление клеток. Наряду с EGF в ранозаживлении играют роль кератиноцитарный (KGF), плацентарный (PLGF), сосудистый (VEGF) и тромбоцитарный (PDGF-AA) факторы роста. Данная комбинация факторов роста отвечает за восстановление кожного покрова и присутствует в составе стерильных сывороток. Для оценки переносимости фракционного микроигольчатого термолифтинга 5 пациентам (группа наблюдения) после процедуры однократно наносилась стерильная сыворотка с факторами роста. Перед нанесением сыворотки кожа обрабатывалась водным раствором антисептика. Факторы роста наносились на сухую кожу с помощью стерильной пипетки. Пациентам было рекомендовано умывание через 12 часов после применения сыворотки и использование SPF-защиты в течение всего периода реабилитации. Группу сравнения составили 10 пациентов, которым проводилась только процедура микроигольчатого термолифтинга. Пациенты группы наблюдения с после обработки факторами роста отмечали прекращение жжения сразу после нанесения сыворотки, уменьшение интенсивности гиперемии в течение 40 минут после процедуры. При этом реабилитационный период был короче в группе наблюдения на $2,0 \pm 1,3$ дня ($p < 0,01$). Предварительные данные показали, что использование рекомбинантных факторов роста при проведении травматических косметологических процедур способствует более быстрому реабилитационному периоду. Для оценки отсроченного эффекта требуется дальнейшее наблюдение за пациентами.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО SMAS-ЛИФТИНГА С ИНЪЕКЦИОННЫМИ МЕТОДИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ МОРФОТИПОМ СТАРЕНИЯ.

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

Хлыстова Е.А.

Основной тенденцией в современной косметологии стал принцип сочетанного применения аппаратных и инъекционных методик с целью получения оптимальных результатов в коррекции возрастных изменений кожи. Необходимость применения высокоинтенсивного ультразвукового воздействия на SMAS (мышечно-апоневротический слой кожи) в сочетании с липолитическими препаратами и/или объемным моделированием препаратами на основе гиалуроновой кислоты или гидроксиапатита кальция объясняется анатомическими процессами инволюции, проис-



ходящими на уровне кожи и подкожных структур. В процессе старения происходит разволокнение связок и мышечных волокон, которые формируют и удерживают поверхностные жировые пакеты, которые в свою очередь также подвергаются изменениям по гипертрофическому или гипотрофическому типу. Отсюда формируются различные морфотипы старения. У пациентов с гипертрофическим типом инволюции жировых компартментов можно наблюдать выраженные носогубные складки, «брыли», проявление латерального суфа, а у других медиально-щечные жировые пакеты подвергаются гипотрофии, при этом зачастую данные изменения жировой ткани можно наблюдать у одного пациента со смешанным морфотипом старения. Такие индивидуальные особенности изменений и перераспределения жировой ткани на лице и шее объясняют необходимость сочетанного применения высокоинтенсивного ультразвукового воздействия с целью укрепления связочного аппарата, компактизации жировой клетчатки вместе с процедурами коррекции локальных жировых отложений инъекционными липолитическими препаратами, а также процедурами биоревитализации и объемного моделирования препаратами на основе гиалуроновой кислоты для достижения максимального эстетического результата.

Представляются собственные клинические наблюдения комплексной коррекции возрастных изменений у пациентов со смешанным типом старения. На первом этапе в качестве подготовки к аппаратному высокоинтенсивному ультразвуковому SMAS-лифтингу за 14 дней у пациентов с гипертрофическими изменениями жировых пакетов (5 пациентов) проводилась процедура коррекции локальных жировых отложений комбинированным липолитическим препаратом, направленным на регуляцию всех трех процессов метаболизма адипоцитов (адипогенез, липогенез, липолиз). У пациентов с гипотрофическими изменениями (5 пациентов) применялся препарат на основе гиалуроновой кислоты, представляющий собой гибридный комплекс с комбинацией низкой (80–100 кДа) и высокой (1100–1400 кДа) молекулярной массы и концентрацией 64 мг в 2 мл, инъецируемый по 10 биоэстетическим точкам в кожу лица. Выбор препарата обусловлен длительным увлажняющим ремоделирующим эффектом, а также его воздействием на адипогенную дифференцировку и пролиферацию стволовых клеток жировой ткани, что потенциально улучшает обновление жировой ткани. Проводилось всего 2 инъекционные процедуры: за 14 дней до аппаратного воздействия и через 14 дней после, 1 раз в месяц № 2. На втором этапе выполнялась процедура высокоинтенсивного ультразвукового SMAS-лифтинга. Действие HIFU основано на эффектах, возникающих в тканях, расположенных в фокусе воздействия: термическая абляция и акустическая кавитация. Воздействие производится микросфокусированным ультразвуком различными датчиками с частотой от 4 до 10 МГц на разную глубину: от 4,5 до 1,5 мм (на область лица в среднем применяется от 500 до 800 линий). При кратковременном дозированном нагревании до 60–70°C происходит выраженная стимуляция неоколлагенеза, в результате чего наблюдается уплотнение SMAS (мышечно-апоневротического) уровня дермы, улучшение тонуса кожи и сглаживание возрастных проявлений в виде складок и морщин.

На третьем этапе, спустя 1–2 месяца после проведения ультразвукового SMAS-лифтинга, у пациентов с необходимостью объемной коррекции проводилась процедура контурной пластики филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

Процедура высокоинтенсивного ультразвукового воздействия в сочетании с липолитическими комбинированными препаратами и препаратами на основе гиалуроновой кислоты обладают высоким синергизмом действия, что в значительной степени усиливает эффект лифтинга тканей, пролонгирует результаты коррекции и минимизирует период реабилитации. Комбинация данных методик дает наиболее выраженный и продолжительный клинический эффект, учитывает индивидуальные особенности пациентов при смешанном морфотипе старения.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – «ВОЛШЕБНАЯ ПУЛЯ» В КОСМЕТОЛОГИИ И ДЕРМАТОЛОГИИ

ООО «МК-Клиника»

Мытищи

Раджабова М.М.

Цель. Оценка эффективности применения фотодинамической терапии в дерматологии и косметологии при различных состояниях кожи: возрастные изменения кожи, акне, розацеа, множественный себорейный кератоз, нейродермит, герпетический везикулярный дерматит, склеродермия, кандидоз складок кожи, онихокриптоз и др.

Материалы и методы. Фотодинамическая терапия в нашей клинике применяется с 2014 года, и на данный момент ФДТ является у нас одной из самых востребованных и часто применяемых процедур. Для проведения ФДТ мы используем отечественные лазерный и светодиодный аппараты, генерирующие световое излучение 662 нм и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглюкаминной соли хлорина-е6, что представляет собой идеальное сочетание для применения в косметологии и дерматологии. За восемь лет применения фотодинамической терапии в клинике данный метод стал одним из основных в нашей работе с пациентами. Основную группу пациентов составляли пациенты с возрастными изменениями кожи, а также пациенты с акне различной степени тяжести, розацеа различных форм, себорейным кератозом. Есть опыт применения фотодинамической терапии при склеродермии, псориазе, нейродермите и состояниях кожи, вызванный действием бактериальных грибковых и вирусных агентов. Во многих случаях фотодинамическая терапия применялась в комплексе с другими методами и чаще всего являлась основой курса. Для каждого пациента протокол процедур, а также их кратность, количество и комбинации с другими методами разрабатывались индивидуально.

Результаты. У всех пациентов с различными косметологическими и дерматологическими проблемами, которым проводилась ФДТ, были получены удовлетворительные результаты. В зависимости от показаний к ФДТ результаты оценивались по истечении нескольких суток после процедуры или по истечении нескольких месяцев после курса процедур. В случае применения фотодинамической терапии при возрастных изменениях кожи наблюдалось уплотнение кожи с повышением ее упругости и сокращением площади. При других состояниях кожи ФДТ проявлялся антибактериальный, противогрибковый, противовирусный эффекты, а также противовоспалительное и противозудное действие, влияние на процессы регенерации и репарации кожи с сокращением сроков реабилитации и др. Во многих случаях фотодинамическая терапия назначалась и применялась в сочетании с другими методами и чаще всего являлась основой курса.

Выводы. Применение фотодинамической терапии при возрастных изменениях кожи, акне, розацеа, себорейного и актинического кератозов, состояниях кожи, связанных с действием бактериальных, грибковых или вирусных агентов имеет высокую эффективность. Все это обусловлено механизмом действия фотодинамической терапии и объясняется разнообразием мишеней, которыми являются живые клетки, участвующие в патогенезе развития различных состояний и заболеваний кожи. Немалую лепту в высокую эффективность фотодинамической терапии вносит дополнительное мощное фототерапевтическое действие светового излучения, применяемого при проведении ФДТ. Концепцию «волшебной пули» придумал в свое время великий ученый Пауль Эрлих, создавая свои препараты для лечения «сонной болезни», а затем и сифилиса, которые были бы безопасны для человека: «Убить живое в живом, не вредя живому». В настоящее время понятие «Волшебная пуля» получило более широкое толкование, и можно утверждать, что фотодинамическая терапия в косметологии и дерматологии является той самой «волшебной пулей». Она имеет широкий спектр показаний, является безопасной для наших пациентов и имеет высокую эффективность без назначения большинству пациентов системных и токсических лекарственных препаратов различных групп, позволяя тем самым избежать рисков развития системных побочных эффектов.

ТРИХОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОК С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ;

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

Нижний Новгород

Биткина О.А.¹, Контрщикова К.Н.^{1,2}, Преснякова М.В.¹, Николаева А.Ю.¹, Дмитриева А.А.², Цыганова А.А.¹

Новая коронавирусная болезнь – инфекция с респираторным синдромом, вызванным вирусом SARS-CoV-2. Наиболее тяжелым осложнением коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония (диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией). У части больных развивается гиперкоагуляционный синдром с тромбозами и тромбозомболиями, при этом отмечены тяжелые поражения микроциркуляторного русла. В патогенезе COVID-19 поражение микроциркуляторного русла играет важнейшую роль. Поражение сосудистой системы происходит как непосредственно вирусом, так и косвенно в результате системного воспаления.

Цель исследования – оценить результаты клиничко-лабораторных исследований крови пациентов в группе постковидных алопеций с использованием теста «Тромбодинамика».

Материалы и методы. С августа 2020 года по апрель 2022 года в клинике «Александрия» было обследовано 23 женщины с выпадением волос после коронавирусной инфекции. Возраст пациенток варьировал от 15 до 60 лет, в среднем – $34,55 \pm 11,75$ лет. 6 из 23 пациенток диагностирована андрогенетическая алопеция (АГА), 11 – алопеция смешанного генеза, 5 – диффузная реактивная алопеция (ДРА), у 1 пациентки наблюдалось сочетание алопеции смешанного генеза и регресса очага гнездовой алопеции (ГА), возникшей после коронавирусной инфекции. Обследованные пациентки не имели острых и декомпенсированных хронических патологий. Перенесенная коронавирусная инфекция у 16 из 23 (69,6%) пациентов протекала в легкой форме, у 7 пациентов заболевание имело среднюю степень тяжести, все пациенты лечились в амбулаторных условиях. Для лечения COVID-19 применялись Арбидол, Гриппферон, Коронавир, Цефтриаксон, Левофлоксацин, Аугментин, Азитромицин, Парацетамол. Гормональная и иммунобиологическая терапия в данной группе пациентов не применялась. Оценка состояния системы гемостаза пациенток проводилась с помощью теста «Тромбодинамика». Данное исследование учитывает физиологические особенности процесса свертывания: в тесте имитируется локальное изменение сосудистой стенки и регистрируется процесс формирования фибринового сгустка в реальном времени. Плазма крови при этом находится в неподвижном состоянии, и рост сгустка в присутствии локализованного активатора максимально соответствует образованию сгустка *in vivo*.

Результаты. Тест «Тромбодинамика» показал высокую частоту развития гемостазиологических нарушений разной степени выраженности у 20 из 23 (87%) пациенток. В частности, у 8 (35%) обследованных выявлялась умеренная гиперкоагуляция, у 9 (39%) – выраженная гиперкоагуляция, у 1 больной (4%) выявлена массивная гиперкоагуляция. Гиперкоагуляция у 9 (39%) пациенток сопровождалась образованием спонтанных сгустков. Особую опасность для дальнейшего развития тромбов представляет обнаружение у 50% пациенток спонтанных микровезикул. Диагностированная у 2 (9%) пациенток гипокоагуляция была обусловлена снижением белоксинтезирующей функции печени. Наиболее выраженные изменения

показателей теста «Тромбодинамика» были характерны для пациенток с ДРА ($\gamma=0.46$; $p=0.09$). Изменения показателей тромбодинамики сопровождались повышением уровней Д-димеров в плазме крови обследованных пациенток. В группе сравнения, которую составили женщины с ДРА, не перенесшие COVID-19, показатели тромбодинамики и Д-димеров не отличались от контроля.

Вывод. Одним из основных осложнений постковидных пациентов является гиперкоагуляционный синдром. Образование микротромбов в кровеносных сосудах препятствует обеспечению тканей кислородом и питанием. У большинства пациентов с постковидными алопециями выявляются нарушения системы гемостаза протромботической направленности. Глобальный тест оценки гемостаза «Тромбодинамика» может быть важным инструментом для контроля состояния пациентов с постковидными алопециями, коррекции и оценки эффективности терапии.

НЕВРОПАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ОБЛАСТИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ

ООО «Центр доказательной медицины»

Ярославль

Дубинина Т.А., Михайлюк И.Г.

Ключевой механизм андрогенетической алопеции связан с воздействием андрогенов на клетки волосяного сосочка. Кроме того, существующие литературные данные свидетельствуют о важной роли мышц, поднимающих волос в обеспечении нормального функционирования волосяного фолликула. Нарушение процесса сокращения данных мышц может способствовать выпадению волос. Таким образом, нарушение иннервации области волосистой части головы может играть важную роль в патогенезе алопеции.

Цель исследования: изучить взаимосвязь невропатических нарушений области волосистой части головы с проявлениями андрогенетической алопеции.

Материалы и методы. Основная группа включила 35 мужчин в возрасте $52 \pm 11,8$ лет с андрогенетической алопецией третьей и выше степени по шкале Норвуда-Гамильтона. Контрольная группа включила 28 мужчин в возрасте $50 \pm 12,2$ лет без признаков андрогенетической алопеции. Всем пациентам проводили оценку порога тактильной чувствительности при помощи монофиламентов Семмеса-Вейнштейна и дискриминационной чувствительности при помощи специального эстезиометра. Признаками нарушенной иннервации считали повышение порога тактильной чувствительности свыше 0,4 г и дискриминационную чувствительность более 20 мм.

Результаты. Нарушения иннервации кожи волосистой части головы были статистически значимо ($p < 0,05$) ассоциированы с андрогенетической алопецией: невропатия была диагностирована у 78% пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе она была выявлена только в 13% случаев.

Выводы. Невропатические нарушения области волосистой части головы ассоциированы с проявлениями андрогенетической алопеции. Различные факторы, способные вызывать повреждение периферических нервов данной области, могут рассматриваться как факторы риска выпадения волос.



СОВРЕМЕННЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ АССОЦИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», «Юго-Западный филиал»

Москва

Терещенко Г.П., Гаджигорова А.Г., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.,
Рождественская Е.А.

Гнездная алопеция (ГА) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением волосных фолликулов, приводящим к выпадению волос и, в части тяжелых случаев, к изменению ногтевых пластин. Среди ассоциированных с ГА заболеваний выделяют атопический дерматит (АтД), который регистрируется у больных ГА почти в 2 раза чаще по сравнению с общей популяцией. Наличие атопического заболевания у пациентов с ГА считается прогностически неблагоприятным фактором и связан с ранней манифестацией алопеции и развитием ее тяжелых форм уже в детском возрасте. Это послужило основанием для выделения отдельного клинико-патогенетического типа – «атопическая алопеция». В настоящее время терапевтические возможности при ГА представлены иммуносупрессивными лекарственными средствами (топические и системные ГКС циклоспорин А, PUVA), местными раздражающими и стимулирующими рост волос препаратами (дифторид, миноксидил). Эффективность этих лекарственных средств ограничена, или их применение сопряжено с рядом нежелательных побочных эффектов. Кроме того, отдельные лекарственные препараты для лечения ГА противопоказаны к применению в детском возрасте, что существенно затрудняет лечение детей. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (UVB 311 нм) зарекомендовала себя как эффективный безопасный метод лечения многих дерматозов. Этот метод применяется в комплексном лечении АтД, в том числе тяжелых форм. По эффективности узкополосная фототерапия, уступая PUVA-терапии, обладает большим профилем безопасности и может применяться у детей старше 5 лет.

Материал и методы. 8 пациентов детского возраста с сочетанными диагнозами ГА и АтД находились на лечении в условиях дневного стационара с января по май 2022 года. Пациенты получали комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение с учетом степени тяжести АтД и ГА. Лечебный комплекс включал топические ГКС, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты, десенсибилизирующую терапию, а также UVB 311 нм (10–14 процедур). У всех пациентов на фоне терапии наблюдалась выраженная положительная динамика по АтД. Спустя месяц после окончания лечения у большинства пациентов (5 человек) отмечался рост пушковых волос в очагах алопеции, и в случае поражения ногтевых пластин наблюдалось видимое уменьшение выраженности ониходистрофии. Учитывая крайне ограниченные возможности лечения ГА у детей, применение узкополосной фототерапии при ее ассоциации с АтД можно рассматривать как эффективную терапевтическую опцию.

СОДЕРЖАНИЕ СБОРНИКА ТЕЗИСОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Артемяева С.И., Михайлова И.А., Шостак Н.А., Леонова В.С.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО
АРТРИТА НА ПРИЕМЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 32**

Атабиева А.А., Жукова О.В., Доля О.В., Терещенко А.В., Фриго Н.В.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 32

Чернова Н.И.

**АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
АНОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ. 33**

Медникова М.А., Жукова О.В., Касихина Е.И.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРИПТАЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ 33

Катунина О.Р., Бобров М.А.

АРТЕФАКТЫ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ДОЛАБОРАТОРНОМ ЭТАПЕ. 34

Радионых В.Г., Радионых Д.В., Хайминов Е.М.

ГЕАНГИОМЫ КОЖИ И ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 34

Жукова О.В., Гаджимурадова К.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА
В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН 34**

Лосева О.К., Жукова О.В., Титов И.С., Туаева Р.Г., Бессараб Т.П.

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТОВ МСМ. 35

Мухачева Д.А., Разнатовский К.И.

**ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ SCORAD У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
И РЕЗУЛЬТАТАМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ. 35**

Шустова В.Н.

**ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.
ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ 35**

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Томилин А.А.

**КАБИНЕТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ
КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 36**

Хатаева Д.И., Потекаев Н.Н., Демина О.М., Солнцев В.В., Якупов И.А.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТОРПИДНОГО ТЕЧЕНИЯ АКНЕ. 37

Потекаев Н.Н., Катунина О.Р., Касихина Е.И.

**КЛИНИЧЕСКИЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ДИФФУЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА 37**

Ямских А.А., Винник Ю.Ю., Бекетов А.М., Безкорсая Л.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТОПИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ХИЛЛА. 38



Артемяева С.И., Анохина Л.С., Михайлова И.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СИСТЕМНУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	38
--	----

Волкова С.Б., Герман А.О.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА	39
--	----

Зейб А.В., Винник Ю.Ю., Ковалева Ж.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКОЙ	39
---	----

Березина А.С., Винник Ю.Ю., Ковалева Ж.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОГРАНИЧЕННОЙ ЛИМФАНГИОМЫ	40
---	----

Глоба Е.И., Бохонович Д.В., Назарова Г.П., Замиралова Ю.Б., Пашкова Е.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С ПСОРИАЗИФОРМНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЛИНЕЙНЫМ БОРОДАВЧАТЫМ НЕВУСОМ	40
--	----

Чернова Н.И., Чернова Т.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	41
---	----

Мамлина Н.К., Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШНИЦЛЕРА	41
--	----

Чернова Н.И., Проскурина М.И., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ И ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	41
---	----

Ильин Л.А., Романова И.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ Фолликулярной окклюзии (суппуративный гидраденит) ...	42
---	----

Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко В.Н., Денисова Е.В., Оленич И.В., Игнатова Е.В., Тупиченков Н.И.,
Аветикян С.С.

КОМБИНИРОВАННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	43
--	----

Муравьева Е.С., Александрова О.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ	43
---	----

Валитова И.В., Бурчик К.А., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Катунина О.Р.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	43
---	----

Бурчик К.А., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

«КРАСНЫЕ» ДЕРМАТОЗЫ У ДЕТЕЙ	44
-----------------------------------	----

Сорокина Е.В., Владимирова Е.В., Мишина Н.В., Столпникова В.Н.

ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ И КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА – ДИАГНОЗ, ТРИГГЕРЫ, ТЕРАПИЯ	44
---	----

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю., Давыдкин В.Ю.

МЕТАБОЛИТНЫЕ ОСИ ПРОТИВ ВИРУСНЫХ И МИКРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК: ПОТЕНЦИАЛ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПРО/ПРЕ/ПОСТБИОТИЧЕСКИХ МЕТАБОЛИТНЫХ ПРЕПАРАТОВ	44
---	----

Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Радионова Е.Е., Ковалева М.Н.,
Донченко И.Ю., Голубева Ю.М., Мурашева Ю.А.

МЕТОТРЕКСАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	45
---	----

Жукова О.В., Корняк М.С., Дубов Н.В., Негашева Е.С., Заторская Н.Ф.

МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКНЕ	45
--	----

*Бобров М.А., Катунина О.Р.***НЕИНВАЗИВНЫЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ. 46***Радионон Д.В., Радионон В.Г., Провизион Л.Н.***ОДНА ИЗ ПРИЧИН СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ –
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ 46***Чернова Н.И.***ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ. 46***Игнатова Е.В., Каткова К.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ – НИЗКОИНТЕНСИВНОГО
ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ – В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ. 47***Федотова Д.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.***ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА. 47***Дмитриева А.А., Николаева А.Ю.***ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ
ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. 48***Смирнова Ю.С., Ломакина Е.А., Зарубина Е.В.***ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМОЛЕНТОВ, ИСПОЛЗУЕМЫХ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ
С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА. 48***Демина О.М.***ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ТРАНСКРИПЦИОННЫХ
ФАКТОРОВ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ АКНЕ. 48***Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю.***ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПАЦИЕНТОВ 65+
С БЕССИМПТОМНЫМ COVID-19. 49***Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.***ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИЯМ ПОСТКОВИДНЫХ СИНДРОМОВ
В ПАЦИЕНТОВ 65+, СВЯЗАННЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ И ДРУГИХ
КОНТАКТИРУЮЩИХ МАКРОСИСТЕМ. 49***Жуковский Р.О., Лосева О.К., Фриго Н.В.***ПОЗДНИЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА С СИМПТОМАМИ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ 50***Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.,**Шалагинова А.В., Плиева К.Т., Каткова К.В.***ПРЕДНИЗОЛОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ 50***Кукушкина К.С., Корнишева В.Г., Карякина Л.А.***ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ ВЕТАМЕТАСОНИ+ САЛЦИПРОТРИОЛИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ
ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА ДЗ. 50***Глоба Е.И., Бохонович Д.В.***ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИИ: АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ 51***Белякова Г.Л., Масюкова С.А., Сорокина Е.В., Сходова С.А.***ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС, ИММУННЫЙ ОТВЕТ И ТЕЧЕНИЕ АКНЕ 51***Муминова М.С.***ПСОРИАЗ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. 52**



Бурчик К.А., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф. ПСОРИАЗ И ПАРАПСОРИАЗ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	52
Аль-Хаватми А.А.-Х.М., Жукова О.В., Касихина Е.И. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОДИСТРОФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	53
Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПАЦИЕНТОВ 65+ В СВЯЗИ С COVID-19	53
Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Емельянова С.В. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИДЕНТИФИКАЦИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. КРАСНОЯРСКЕ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В ПЕРИОД 2018–2021 Г.	54
Исаева В.Л., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Бурчик К.А. РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА У ПАЦИЕНТА В ПЕРВОЙ ДЕКАДЕ ЖИЗНИ	54
Костецкая А.В., Острецова М.Н. РОЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В РАЗВИТИИ СТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ РУК.	55
Чернова Н.И., Проскурина М.И., Заторская Н.Ф. РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ.	55
Богдель А.М., Жукова О.В., Касихина Е.И. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ФОРМ МАСТОЦИТОЗА	55
Демина О.М., Потеекаев Н.Н., Карпова Е.И., Хатаева Д.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н., Ильин Л.А. СИГНАЛЬНЫЕ ПУТИ ЭФФЕКТОВ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ	56
Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин В.Ю., Комбарова С.Ю. СИНДРОМ ДЛИННОГО COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ 65+, СВЯЗАННЫЙ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ, СЛИЗИСТОЙ И ДРУГИХ СЕНСОРНЫХ МАКРОСИСТЕМ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ СИНДРОМОВ	56
Гребенников В.А., Гребенникова С.В. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕИ ЖИРНОЙ И СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА	57
Зянгилов Р.Р. ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБП У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ И РЕДКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ	57
Кисель О.В., Брыгин П.А., Медведев А.О., Сачков А.В., Жиркова Е.А. ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В ОЖОГОВОМ СТАЦИОНАРЕ	58
Плиева К.Т., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Жукова О.В. ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ПСОРИАЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ	58
Потеекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Бобко С.И. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРУРИГО В Г. МОСКВА	59
Карпова О.А. ЭФФЕКТИВНАЯ И БЕЗОПАСНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ	59
Дубенский В.В., Александрова О.А., Муравьева Е.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПОЛИ-L- МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ.	60

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

Бобров М.А., Катунина О.Р.

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕВУС. 61

Пягай Г.Б., Сыдилов А.А., Ибрагимова Н.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 61

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.Н.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ
МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ. 61

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Квичидзе Л.Г.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ КОЖИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 61

Мельниченко Н.Е., Исаев Д.А., Корнеева Л.С., Очкурова М.М.

СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ НА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 62

Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. 62

Шульгина И.Г., Ягунова Ю.М.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ФИЛИАЛОМ «ПЕРВОМАЙСКИЙ»
ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2019–2022 ГОДЫ) 63

Кошелев Ю.А., Кудрявцева Л.Е., Магарышкина О.В.

НЕЙРОСИФИЛИС. АКТУАЛЬНОСТЬ. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ. 63

Анохина Л.С., Кисина В.И., Жукова О.В., Гуцин А.Е.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ЛИЦ С ГОНОКОККОВОЙ, ХЛАМИДИЙНОЙ,
ТРИХОМОНАДНОЙ И MYCOPLASMA GENITALIUM-ИНФЕКЦИЯМИ И ПРИВЛЕЧЕНИЕ
К ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИППП В МОСКОВСКОМ
РЕГИОНЕ (2018–2020 ГОДЫ) 64

Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Доля О.В., Марданлы С.Г.,

Жданович А.В., Махновская Т.С.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА 64

Кисина В.И., Анохина Л.С., Романова И.В., Гуцин А.Е.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОЛУЧЕНИЯ
БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 65

Касаткин Е.В., Лялина Л.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ГЕНОТИПОВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. 66

Бохонович Д.В., Глоба Е.И.

СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТА С ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ
НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 66

Прожерин С.В.

СОЧЕТАНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ
ПОРАЖЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА:
ТЕНДЕНЦИИ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ. 67

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Матыскина Н.В., Петров А.А., Шапранова И.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА 67



Чернова Н.И.

УРОВЕНЬ 25-ГИДРОКСИВИТАМИНА D (25(OH)D) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БОВЕНИИДНЫМ ПАПУЛЕЗОМ	68
--	----

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ	68
---	----

Чернова Н.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ	69
--	----

КОСМЕТОЛОГИЯ

Бычкова Н.Ю.

АМБУЛАТОРНЫЙ СКРИНИНГ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	70
---	----

Колчева П.А.

БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ В ТКАНЯХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ТЕМПЕРАТУР	70
--	----

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.Н.

ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ	71
---	----

Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	71
---	----

Волкова С.Б., Новожилова А.С.

ПРИМЕНЕНИЕ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ	71
---	----

Лемытская В.Е., Жукова О.В.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО ТЕРМОЛИФТИНГА И РЕКОМБИНАНТНОГО ФАКТОРА РОСТА	72
--	----

Хлыстова Е.А.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО SMAS-ЛИФТИНГА С ИНЪЕКЦИОННЫМИ МЕТОДИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ МОРФОТИПОМ СТАРЕНИЯ.	72
---	----

Раджабова М.М.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – «ВОЛШЕБНАЯ ПУЛЯ» В КОСМЕТОЛОГИИ И ДЕРМАТОЛОГИИ	73
---	----

ТРИХОЛОГИЯ

Биткина О.А., Конторщикова К.Н., Преснякова М.В., Николаева А.Ю., Дмитриева А.А., Цыганова А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОК С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ	74
--	----

Дубинина Т.А., Михайлюк И.Г.

НЕВРОПАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ОБЛАСТИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ	74
---	----

Терещенко Г.П., Гаджигороева А.Г., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Рождественская Е.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ АССОЦИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	75
--	----

КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ СБОРНИК ТЕЗИСОВ

12 Всероссийский Форум
Национального Альянса
дерматовенерологов и косметологов
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
И КОСМЕТОЛОГИЯ:
СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

17–18 октября 2022 года

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

Сдан в набор 11.10.2022. Подписано в печать 11.10.2021. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная.

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



www.nadc.ru