



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

11

Межрегиональный форум  
дерматовенерологов  
и косметологов

СБОРНИК  
ТЕЗИСОВ

**5–6 октября 2021**

Москва, Новый Арбат, 36  
Здание Правительства Москвы

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ В УСЛОВИЯХ ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» В 2020 ГОДУ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»  
Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Захарова А.Б., Дербенева Т.В., Томилин А.А.

Актуальность. ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» является головной медицинской организацией, оказывающей дерматовенерологическую помощь жителям г. Москвы по всем ее видам, с численностью обслуживаемого населения в 12,6 млн человек и примерно 3 млн посещений в год.

С учетом численности обслуживаемого населения и количества посещений, актуальным становится вопрос организации эффективной системы учета и диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с хроническими заболеваниями кожи и подкожной жировой клетчатки (ХЗК), в первую очередь пациентов с тяжелыми формами ХЗК, требующих индивидуализированного подхода в выборе тактики ведения с учетом тяжести заболевания и возможного риска осложнений для своевременного перевода с традиционной терапии на генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).

Цель. Проанализировать систему организации ДН и лекарственного обеспечения (ЛО) при ХЗК в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Материалы и методы. При оценке организации ДН и ЛО при ХЗК использовался анализ данных Регистра больных с хроническими заболеваниями кожи, состоящих на диспансерном учете (РБХЗК), ведение которого организовано в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», сведений об общей и впервые выявленной заболеваемости ХЗК, зарегистрированной на основе форм первичной учетной медицинской документации и детализированных сводных форм статистической отчетности ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Результаты. ДН в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» организовано в соответствии с требованиями приказов Департамента здравоохранения города Москвы от 31.12.2013 № 1344 «Об утверждении Регламента проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи» и от 10.09.2012 № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи», а также распорядительных актов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», утвердивших локальный регламент ДН и порядок ведения РБХЗК.

Учету в РБХЗК подлежат пациенты по 31 нозологической форме ХЗК, в числе которых не только такие распространенные заболевания, как атопический дерматит, псориаз, но и редкая врожденная или приобретенная патология типа буллезного эпидермолиза и врожденного ихтиоза.

Постановка на ДН таких пациентов осуществляется в случае выявления хронического рецидивирующего течения заболевания, при наличии обострений 2 и более раз в год, а также при соответствии пациента одному из следующих критериев: его принадлежность к отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, гражданам мужского пола до 27 лет, подлежащим призыву на военную службу, или лицам до 18 лет.

При регистрации и постановке на ДН больных ХЗК в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» применяется медицинская информационная система «MedWork», обеспечивающая внесение необходимых сведений о пациенте в Регистрационную карту больного хроническим дерматозом (РК) и формирование базы данных РБХЗК.

Врачами-специалистами ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» при постановке на ДН обеспечивается заполнение РК, в которую включается информация, необходимая для реализации полноценного учета посещений больных в соответствии с выбранным индивидуальным планом наблюдения, а также включаются сведения о проводимых врачебных мероприятиях, в т.ч. терапии системными препаратами.

Всего в 2020 году специалистами ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в РБХЗК были включены сведения о 37 529 пациентах с ХЗК, взятых на ДН, что составило 10,1% всех зарегистрированных больных с различными заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки (369155 чел.). В том числе на учет было взято 4472 больных из числа впервые выявленных пациентов с ХЗК. В сравнении с 2019 годом прирост по всем состоявшим под ДН ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» пациентам составил 6,9%. Из всех стоящих на диспансерном учете ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» пациентов с ХЗК 80% приходилось на атопический дерматит (13033 чел.), псориаз (9011 чел.) и другие дерматиты (5442 чел.)

Включенные в РБХЗК пациенты, относящиеся к отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, обеспечиваются бесплатными лекарственными препаратами.

Отбор пациентов для льготного ЛО осуществляется в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента информационных технологий г. Москвы от 21.02.2019 № 124/64-16-44/19 «О порядке ведения Единого городского регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве» и локальными нормативными актами ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

С учетом сведений РБХЗК специалистами ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» осуществляется расчет ежегодной потребности в лекарственных препаратах для отдельных категорий граждан и формируется соответствующая заявка. При этом организовано проведение ежемесячного оперативного мониторинга реализации заявки на лекарственные препараты для обеспечения отдельных категорий граждан, осуществляется взаимодействие с ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» и при необходимости выполняется корректировка заявки на ЛО.

Все это позволило в течение 2020 года бесперебойно обеспечивать бесплатными лекарственными препаратами, в том числе и генно-инженерными препаратами, более 11 тыс. больных ХЗК.

Выводы: Внедрение в практику ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» РБХЗК позволило создать эффективную автоматизированную систему учета и ДН пациентов с ХЗК, обеспечивающую принцип единого подхода и преемственности в ведении таких пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи, а также охватить большое количество больных ХЗК необходимыми лечебно-профилактическими

## ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ДЕРМАТОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Голоусенко И.Ю.

В практике дерматолога бывает достаточно сложно поставить правильный диагноз, сопровождающийся поражением различных органов и систем.

Синдром Луи-Бар (атаксия –телеангиэктазия) относится к так называемым факотомозам – генетически обусловленным сочетанным поражениям кожи и нервной системы. Наиболее часто синдром Луи-Бар начинает проявляться в возрасте от 5 месяцев до 3 лет. При этом отмечается мозжечковая атаксия, когда ребенок начинает ходить. Телеангиэктазии появляются в возрасте от 3 до 6 лет и изначально на конъюнктиве глазного яблока, затем на коже век, носа, лица и шеи, локтевых и коленных сгибах, предплечьях, тыльной поверхности стоп и кистей. При этом кожа теряет свою эластичность и становится плотной, напоминая склеродермию.

Может наблюдаться гипертрихоз, ранняя седина волос, элементы, напоминающие акне, псориаз.

Синдром Луи-Бар следует дифференцировать с атаксией Фридрейха, болезнью Рандю-Ослера, атаксией Пьера-Мари, синдромом Гиппеля-Линдау и др.

Диагностика. Учитываются анамнез заболевания, клинические проявления, данные иммунологических исследований, ДНК-диагностика, УЗИ тимуса, МРТ головного мозга, фарингоскопия, риноскопия, рентгенография легких. Гранулематоз Вегенера – аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, с вовлечением верхних дыхательных путей, легких, глаз, почек, кожи и других органов. Относится к системным антинейтрофильным цитоплазматическим антитело-ассоциированным некротизирующим васкулитам. Заболевание может начаться в любом возрасте.

Процесс развивается постепенно: поражение верхних дыхательных путей встречается у 92% и проявляется язвенно-некротическими изменениями слизистой оболочки носа, придаточных пазух, гортани, трахеи. Поражение легких наблюдается у 85–90% больных, а поражение глаз в 52% случаев.

Поражение сердца наблюдается в 8% случаев и ведет к перикардиту, коронарному васкулиту, инфаркту миокарда, поражению митрального и аортального клапанов, АВ-блокаде.

Поражение нервной системы отмечается у 23% больных и включает нейрорапатии черепных нервов, множественную мононейропатию.

Поражение почек встречается у 77% больных и может ограничиваться гломерулонефритом, но при почечной недостаточности быстро прогрессирует. Поражение кожи отмечается у 46% больных ГВ и представлено папулами, везикулами, пальпируемой пурпурой, узлами и язвами.

Поражение слизистой оболочки полости рта проявляется гранулематозными разрастаниями в области десен, неба, дужек, миндалин, которые быстро распадаются с образованием язв разной глубины.

Дифференциальный диагноз проводится со срединной гранулемой лица, лимфоматоидным гранулематозом, с синдромами Черджа-Стросс, Гудпасчера, опухолями верхних дыхательных путей и легких, кожно-слизистым лейшманиозом, склеромой, другими инфекционными и неинфекционными гранулематозами.

Диагностика. Отмечается повышение СОЭ, анемия, лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия (за счет IgA), появление ревматоидного фактора, мочевого синдром, свойственный гломерулонефриту, антитела к протеазе-3 (АНЦА) находят у 90% больных с поражением дыхательных путей и почек. При гистологическом исследовании выявляют признаки некротического васкулита, сопровождающегося гранулематозным воспалением.

Синдром LEOPARD является комплексом дисморфогенетических расстройств:

- Лентиго (L)
- Электрокардиографические нарушения проводимости (E)
- Глазной гипертелоризм (O)
- Стеноз легочной артерии (P)
- Аномалии половых органов (A)
- Замедление роста (R)
- Глухота (D)

Молекулярные исследования показали, что синдром LEOPARD является результатом мутации в гене RPTN11(90%) или RAF1 (10%).

Кожные высыпания представлены полигональными или неправильной формы пигментными пятнами темно-коричневого, черного цвета, размером от 2–5 мм до 1–1,5 см в диаметре. Пятна присутствуют у 90% пациентов на лице, шее и на верхней части туловища, на ладонях, ступнях. У 25% пациентов имеется характерное лицо с широко расставленными глазами (гипертелоризм). У 30% пациентов наблюдается умственная отсталость. Около 25% пациентов имеют нейросенсорную потерю слуха, также можно выявить недоразвитие половых органов, гипоспадию и др.

Диагностика должна включать следующие исследования: КТ или МРТ головы, рентгенография скелета, эхокардиография, обследование мочеполовой системы, УЗИ, ЭКГ.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ МЕТОДОМ ПОДОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

АНПОО «Центр профессионального обучения и развития в медицине», Краснодар

Чернявский И.И. Маликова Ю.Ю.

Актуальность. В настоящее время среди обилия дерматологических заболеваний грибковые поражения кожи занимают одно из ведущих мест.

За последние годы в России отмечается рост заболеваемости онихомикозами. В мире рост распространенности онихомикозов принимать такой уровень, что некоторые специалисты говорят об эпидемии онихомикоза (Лещенко Г.М., Богущ П.Г., 2001, Бутов Ю.С., 2002, Потекаев Н.С. с соавт., 2006, Dorko E. et al, 2002, Lacroix C. et al, 2002, Lestnngant G. et al, 2002, Sergeev A.Y. et al, 2002, Sanmano B. et al, 2004, Hilmioğlu-Polat S. et al, 2005, Tosti A. et al, 2005). По некоторым данным, онихомикозы в структуре дерматологической патологии составляют 24%, другие микозы – 7%. Актуальность проблемы не снижается и во многом связана с высоким уровнем заболеваемости, несмотря на наличие в лечебной практике дерматовенерологов большого выбора различных противогрибковых препаратов. В формировании контингента больных онихомикозом существенное значение имеет состояние соматического здоровья: риск возникновения грибкового заболевания ногтей при заболеваниях сердца и сосудов увеличивается в 30 раз, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и отягощенном аллергологическом анамнезе – в 3 раза (Файзуллина Е.В., 2002), в свою очередь это приводит к ограничению назначения системных антимикотиков.

Цель исследования. Поводом для проведения лечения онихомикозов без применения системных противогрибковых препаратов явилось наличие у пациентов противопоказаний к их применению, таких как порфирия, системная красная волчанка, волчаночноподобный синдром, системные заболевания крови, лейкопения, органические заболевания печени и почек, печеночная недостаточность.

Материалы и методы. Методом лечения была выбрана подологическая обработка ногтей (медицинский педикюр). Под нашим наблюдением с января по октябрь 2020 г. находились 97 больных онихомикозами с поражением ногтей стоп и кистей разной степени распространенности, от единичных до тотальных. Возраст пациентов от 25 до 75 лет, из них 44% женщины и 56% мужчины. Все пациенты перед началом лечения проходили лабораторное исследование в виде микроскопии с подтверждением наличия элементов грибов. Процедура по удалению пораженной части ногтя проводилась 1 раз в 3–4 недели, срок лечения варьировал от 4 до 10 месяцев. После окончания лечения всем находящимся на лечении проводился контроль методом прямой микроскопии соскоба ногтя.

Результаты. В результате подологического лечения 98% пациентов ногтевые пластинки стоп отросли клинически здоровыми полностью, патогенные грибы при микроскопии препарата отсутствовали, и у 100% больных с поражением ногтей кистей восстановились ногтевые пластинки и отсутствовали грибы при микроскопии.

Заключение. Таким образом, при наличии противопоказаний для лечения системными антимикотиками возможно лечение подологическим методом (медицинский педикюр) под контролем подолога в специализированных медико-подологических центрах. Это дает возможность дерматологам расширить арсенал лечебно-профилактических методов. Эффективность подологического лечения не уступает традиционным методам и гарантирует отсутствие побочных эффектов, увеличивая возможности лечения онихомикозов.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ТЕРАПИИ НЕТАКИМАБОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Новосибирский государственный университет

Подчасов В.Н., Сергеева И.Г.

Введение. Одним из ключевых компонентов патогенеза псориаза является ИЛ-17, который способствует патологической активации Т-клеточного ответа и поддержанию хронического воспаления в коже. Ингибирование ИЛ-17А нетакимабом приводит к нормализации активности множества генов, отвечающих за воспаление, и быстрому наступлению клинического эффекта.

Цель. Изучить корреляцию изменения клинического состояния кожи с ультразвуковыми показателями на примере терапии псориаза нетакимабом. Материалы и методы. Пациент Г. 1982 г. р. с распространенным вульгарным псориазом тяжелой степени, PASI = 16.0; получал нетакимаб 120 мг по схеме

0–1–2 нед. и далее каждые 4 недели. После каждой инъекции проводили клиническую и ультразвуковую оценку состояния кожи в области высыпаний. Ультразвуковое исследование выполняли с использованием системы DUB®SkinScanner (TPM, Германия) датчиком частотой 75 МГц, пенетрацией 4 мм, разрешающей способностью 21 мкм, в очагах высыпаний и окружающей клинически здоровой кожи. Сканограммы были проанализированы с измерением толщины и плотности эхо-сигнала от эпидермиса, дермы и субэпидермальной гипозоногенной полосы (SLEB).

Результаты. После 1-й инъекции (на 7-й день) установлено снижение PASI на 59% (с 16,0 до 6,6). Наибольшие изменения ультразвуковой картины были по показателю толщины SLEB – ее уменьшение отмечено на 61% в очагах пораженной кожи (с 343 мкм до 135 мкм;  $p < 0,01$ ). После 3-й инъекции (35-й день) индекс PASI = 7,5, наблюдали увеличение толщины эхо-сигнала от эпидермиса (с 67 мкм до 105 мкм;  $p < 0,05$ ), эхоплотности дермы (с 6 до 12;  $p < 0,05$ ), уменьшение толщины и увеличение эхоплотности SLEB (с 135 мкм до 104 мкм;  $p < 0,01$  и с 3 до 9;  $p < 0,01$  соответственно) в очагах высыпаний. В очагах окружающей условно здоровой кожи отмечено увеличение толщины эхо-сигнала от эпидермиса (с 53 мкм до 77 мкм;  $p < 0,01$ ) и толщины дермы (с 1084 мкм до 1470 мкм;  $p < 0,05$ ).

Заключение. Использование препарата нетакимаб приводит к уменьшению индекса PASI и сопровождается уменьшением выраженности SLEB, увеличением толщины эпидермиса и дермы по данным ультразвукового исследования.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ АКНЕ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

**Демина О.М.**

Акне – хроническое рецидивирующее заболевание кожи с преимущественной локализацией на коже лица, груди и спины. Значение наследственных факторов при различных дерматозах, включая акне, обсуждается как зарубежными, так и отечественными авторами. Показано, что распространенность тяжелого течения акне, а также частота рецидивов заболевания после лечения изотретиноином выше при наличии отягченного семейного анамнеза, особенно по материнской линии, но при этом не связано с тяжестью акне у братьев и сестер.

Установлено, что при акне TLR2 экспрессируются на поверхности макрофагов в перифолликулярной зоне СВФ. При этом С. аспес активируют экспрессию провоспалительных цитокинов именно через TLR2. Также имеются данные о положительной корреляционной связи у этих больных минорного Т-аллеля полиморфизма одиночных нуклеотидных замен (Single nucleotide polymorphisms, SNP), кодирующего IL1a при отсутствии какой-либо зависимости в кодировании антагонистов рецепторов этого интерлейкина и положительная корреляция в кодировании минорным Т-аллелем фактора некроза опухоли альфа (Tumor necrosis factor alpha, TNF $\alpha$ ). Известно, что важным компонентом системы врожденного иммунитета является система комплемента, которая включает более 60 компонентов, среди которых 9 основных белков (C1 – C9), разнообразные продукты активации (C3a, C3b, iC3b, C3d и C3dg), регуляторные и ингибирующие молекулы (фактор H, fH-подобный белок 1 (FHL1), CR1 (CD35), C4b-связывающий белок (C4BP), C1inh и витронектин), протеазы и секретируемые ферменты (фактор В, фактор D, C3bBb и C4bC2b), а также рецепторы эффекторных молекул (C3aR, C5aR, C5L2 и C1q-рецептор (C1qR)). Работа системы комплемента контролируется путем ограниченного протеолиза, который осуществляется эндогенными сериновыми протеиназами. Полученные результаты дефектов генов системы комплемента C1QA, C1S, C2, C3, C5, C6, C7, C8A, C8B, C8G, C9, по-видимому, ассоциированы с формированием тяжелой формы акне и обуславливают дисбаланс компонентов системы комплемента.

Таким образом, полученные данные подтверждают сложность и многофакторность патогенеза акне с участием различных наследственных компонентов и требуют дальнейшего изучения.

## ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ МАРКЕРАМИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИНДЕКСАМИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Амурская государственная медицинская академия, ООО «Академия красоты», Благовещенск*

**Котельникова М.А., Симонова Н.В.**

Актуальность. Известно, что спектр триггеров розацеа включает ультрафиолетовое облучение, воздействие высоких, низких температур и др., активирующих перекисное окисление липидов, индуцирующее воспалительный процесс, в том числе в коже, в связи с чем определение маркеров оксидативного стресса у больных розацеа является целесообразным, поскольку накопление продуктов липопероксидации можно рассматривать в качестве предикторов рецидивов данного заболевания.

Цель исследования – оценка корреляционных взаимосвязей между маркерами оксидативного стресса и дерматологическими индексами у больных розацеа легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы. На базе ФГБОУ ВО «Амурская ГМА Минздрава России» и ООО «Академия красоты» (Благовещенск) под наблюдением находилось 25 женщин в возрасте от 26 до 54 лет с эритематозно-телеангиэктатической и папулопустулезной формами розацеа легкой и средней степени тяжести, получавшими стандартную терапию согласно Клиническим рекомендациям по ведению больных розацеа. Группу сравнения составила 21 практически здоровая женщина. У женщин в плазме крови определяли маркеры оксидативного стресса – гидроперекиси липидов (ГЛ), диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА) по методикам И.Д. Стальной с последующей обработкой результатов с использованием критерия Стьюдента (t). Оценку выраженности клинических проявлений проводили по критериям Investigator's Global Assessment (IGA) и с использованием дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС). Исследование связи между количественными признаками осуществляли при помощи парного коэффициента линейной корреляции Пирсона (r). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты. Оценка выраженности клинических проявлений с использованием ДИШС у пациенток с розацеа позволила зарегистрировать наличие эритемы у 19 больных, телеангиэктазий – у 16, папул и пустул – у 11, 19 пациенток предъявляли жалобы на сухость и шелушение на фоне достоверного увеличения у женщин с дерматозом в плазме крови концентрации ГЛ и ДК на 25%, МДА – на 42% по сравнению с аналогичными параметрами у практически здоровых женщин ( $p < 0,05$ ). Анализ корреляционных взаимосвязей между маркерами оксидативного стресса и дерматологическими индексами позволил установить сильные прямые связи между МДА и IGA, МДА и ДИШС ( $r = 0,82$  и  $r = 0,79$  соответственно, при  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о преобладании выраженности клинических проявлений розацеа при накоплении вторичного продукта липопероксидации. Аналогичными по направлению и умеренными по силе зарегистрированы взаимодействия в парах ГЛ и IGA, ГЛ и ДИШС ( $r = 0,59$  и  $r = 0,54$  соответственно, при  $p < 0,05$ ). Выводы. Анализ корреляционных взаимосвязей позволил установить тесную взаимозависимость между дерматологическими индексами и маркерами оксидативного стресса, что предполагает проведение фармакокоррекции и включение в комплексную терапию розацеа лекарственных средств с антиоксидантным действием.

## ВЯЛАЯ КОЖА

*Главный военный клинический госпиталь войска национальной гвардии, город Балашиха Московской области*

**Киянская Е.С., Исламов В.Г., Ковалева М.Н., Рожников А.С., Елистратова И.В.**

Введение. Вялая кожа (cutis laxa) (синонимы – дерматолиз, халазодермия, дерматохлазис, первичный эластолиз, генерализованный эластолиз, эластоз системный, эластоз ограниченный и др.) – патологический процесс, обусловленный поражением эластических волокон соединительной

ткани, характеризующийся повышенной вялостью, дряблостью кожи и значительными системными изменениями внутренних органов.

Различают 2 формы: наследственную (идиопатическую) и приобретенную. Приобретенная вялая кожа развивается обычно после воспалительных процессов, реже в зоне опухолей, в том числе нейрофибром при болезни Реклингаузена. Описано развитие вялой кожи после дерматитов, аллергических реакций на пенициллин, ангионевротического отека системной красной волчанки, высыпаний типа многоформной экссудативной эритемы, герпетиформного дерматита Дюринга, ожирения, кахексии. В основе заболевания лежит дистрофический процесс эластических волокон. Ряд авторов связывают это с мутациями в гене эластина (ELN; 130160). Некоторые наследственные варианты cutis laxa ассоциированы с мутациями в гене фибулина-5 (FBLN5; 604580), микрофибриллярного белка, располагающегося вдоль поверхности эластических волокон в местах их контактов с мембранами клеток и играющего очень важную роль в развитии и ремоделировании сосудов. Дефект заключается в нарушении соотношения между эластином и микрофибриллами. В результате возникают фрагментация и разрывы эластических волокон, в них накапливаются гликозаминогликаны.

Цель исследования. Описание клинического случая ограниченного эластоза у военнослужащего по призыву, 20 лет, на фоне аутоиммунного тиреоидита, эутиреоза.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациента 20 лет, обследование на маркеры гепатитов, уровень гормонов щитовидной железы, эзофагогастродуоденоскопия, гистологическое исследование кожи.

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находился юноша Я., 20 лет, военнослужащий по призыву. Из анамнеза: 2 месяца назад обратил внимание на истончение кожи на передней поверхности шеи, в месте соприкосновения с воротником бушлата. Размеры очага поражения стали прогрессировать. С диагнозом Ограниченная склеродермия поступил в КВО. Жалобы при поступлении на истончение кожи передней поверхности шеи, зудящее пятно на коже правого верхнего века.

Кожный статус: кожный процесс представлен множественными складками истонченной гиперпигментированной кожи в очаге размером 6,0 на 7,0 см, локализованными на передней поверхности шеи. На верхнем веке правого глаза овальный очаг умеренной гиперемии с шелушением на поверхности, размером 2,0 на 1,0 см.

Результаты специальных исследований. Исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg – обнаружен; Anti-HBcor – обнаружены; Anti-HBe IgG – обнаружены; Anti-HBc IgG – обнаружен; ПЦР на ДНК вируса гепатита В: качественное исследование – обнаружено. Исследование крови на гормоны щитовидной железы: Т-3 пмоль/л; ТТГ – 4.22 мМЕ/мл (0.4–4.0); АТ-ТПО – 70.2 МЕ/мл (0–60.0). Гистологическое исследование: в препарате кожа с умеренно выраженной атрофией эпидермиса. Эпидермальные сосочки на большем протяжении сохранены. Вокруг сосудов слабо выраженный лимфоцитарный инфильтрат с примесью гистиоцитов. В базальном слое эпидермиса, на границе с дермой, имеются скопления меланоцитов, отдельные из которых имеют пузырьковидное строение. На всем протяжении дермы отмечается интерстициальный отек и атрофия коллагеновых пучков. Сальные железы и волосы отсутствуют. Часть потовых желез сохранена, часть с выраженной атрофией.

Заключение. Наиболее вероятен хронический атрофический дерматоз. Эзофагогастродуоденоскопия: поверхностный очаговый умеренно выраженный гастрит. Недостаточность кардии. Консультирован в ПМГМУ им. И.М. Сеченова: клиничко-морфологическая картина соответствует ограниченному эластозу. Консультация терапевта: носительство HBV-инфекции. Консультация эндокринолога: Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз. В связи с выявленными изменениями в лабораторных анализах, с учетом результатов патоморфологического исследования выставлен диагноз: Ограниченный эластоз шеи. Рекомендовано: исследование измененного участка кожи. Учитывая окончание срока службы, пациент от оперативного лечения отказался. Вывод. Данный дерматоз относится к редко встречаемым, тем более в практике военного дерматолога, поэтому мы решили поделиться своим наблюдением.

## ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЯМОЙ КИШКИ

Федеральное государственное казенное учреждение здравоохранения «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии», город Балашиха Московской области

Исламов В.Г., Киянская Е.С., Елистратова И.В., Одарьева Т.С., Леонтьев Р.В., Улупова П.Ю.

Цель исследования. Описание клинического случая твердого шанкра прямой кишки.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациента 1999 г.р. Обследование: клинический анализ крови и мочи, исследование крови на антитела (АТ) к бледной трепонеме, ВИЧ, гепатитам, МРТ органов малого таза, ректороманоскопия, гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находился больной А., 1999 г.р. Из анамнеза: 23.12.20 г. обратился в ЦГБ по месту жительства с жалобами на слизистые выделения из прямой кишки, нестабильность стула, ложные позывы к дефекации по 4–5 раз в сутки, тянущие боли в промежности при дефекации, общую слабость. При ректороманоскопии на 5 см от края ануса по передней стенке прямой кишки на 11–12 ч. выявлено «опухоловое» образование с неровными краями, плотной консистенции, покрытое фибрином, контактно кровоточащее. 24.12. обратился в поликлинику УМВД по Брянской области. 25.12. с диагнозом Рак прямой кишки госпитализирован в ГКБ ВНИИ. 26 и 28.12. проведена ректороманоскопия, на 5–6 см от края ануса на передней стенке прямой кишки на 11–12 ч. определяется фиксированное плотное образование до 1,0 см в диаметре с подрытыми краями, бугристой, по типу «язвы». Ближайший край, менее 1 см от края зубчатой линии, контактно кровоточит. Результаты исследования биопсийного материала: «Кусочки слизистой кишки с поверхностной эрозией и некрозами, полиморфноклеточной диффузно-очаговой инфильтрацией, в строме площадь полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация с гранулоцитами, большим количеством мелких сосудов с набухшим эпителием; в сохранившемся эпителии явления дисрегенераторной трансформации. Заключение: пиогенная грануляционная ткань, некрозы, изъязвление. Опухолового роста не выявлено». Результаты специальных исследований: клинический анализ крови и мочи от 26.01.21 г. без патологических изменений. Исследование крови на АТ к бледной трепонеме, ВИЧ, вирусам гепатитов от 29.12.20 г.: АТ к *Treponema pallidum* суммарные (IgG, IgM): IgG – КП=14,6; IgM= 4,9; IgG титр 1:1280. Реакция микропреципитации (РМП) 4+, титр 1:32; РПГА 4+, титр 1:640; АТ к ВИЧ не обнаружены, АТ к HCV, HBsAg – не обнаружены. Анализ кала от 26.12.20 г.: реакция на кровь положительная, лейкоц. 40–60 в п/зр, эритроц. 10–20 в п/зр. МРТ органов малого таза от 30.12.20 г.: на всем протяжении прямой кишки определяется циркулярное утолщение стенки протяженностью до 65 мм и толщиной до 13 мм. Параректальная область не изменена. Увеличение лимфоузлов: подвздошной 20х9 мм; сакральной 10х10 мм, параректальной 6,5х6 мм, паховой 15х10 мм. МРТ: признаки воспаления предстательной железы. Диагностирован вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (A51.3). Назначен курс лечения: бензилпенициллин-натрий по 1000000 Ед. 6 раз в сутки внутримышечно в течение 28 дней. На начало терапии у пациента отмечалась реакция обострения Яриша–Гексгеймера–Лукашевича: повышение температуры тела до 37,7 °С. Симптомы интоксикации исчезли через 6 часов, высыпания на коже не появлялись. 26.01.21 г. выполнена контрольная ректороманоскопия: небольшая рубцовая деформация на 5–6 см по передней и правой боковой поверхности прямой кишки, заживающая рана на месте биопсии. Гистологическое исследование (повторное): колит с изъязвлениями, предположительно инфекционной (вирусной) этиологии. МРТ органов малого таза от 22.01.21 г. (повторно): стенка прямой кишки не утолщена, сохраняются единичные мезоректальные лимфоузлы размерами до 7,0 мм. Сохраняются увеличенные лимфоузлы. Заключение: положительная динамика к исследованию от 30.12.20 г., нивелирование ранее определявшегося неравномерного циркулярного утолщения прямой кишки.

Выводы. В настоящем наблюдении обращает на себя внимание длительное время с момента обращения пациента к врачу до установления диагноза и начала специфической терапии. Отсроченная диагностика и специфическая антибактериальная терапия зачастую становятся причиной дальнейшей распространения инфекции в популяции, т.к. подобные пациенты могут послужить источником заражения других половых партнеров. Кроме того, произошедшая диссеминация возбудителя может стать источником формирования осложненных форм заболевания, трудно поддающихся терапии,

т.к. даже после применения адекватных схем лечения зачастую развивается состояние серорезистентности и наблюдаются случаи неэффективного лечения. Главным условием своевременной диагностики первичного и вторичного сифилиса аноректальной области является наличие ностоженности, а также комплексный подход и учет всех анамнестических, клинических и лабораторных особенностей пациента.

### ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ

*Амурская государственная медицинская академия, Амурский областной кожно-венерологический диспансер, Благовещенск*

Мельниченко Н.Е., Гранина И.В., Очкурова М.М.

Актуальность. Красный волосаянй лишай Девержи (pityriasis rubra pilaris) – редкое хроническое папуло-сквамозное воспалительное заболевание кожи неизвестной этиологии. Из-за того, что патология встречается относительно редко, крупных контролируемых исследований не проводилось.

Цель работы. Описание клинического случая красного волосаянй лишай Девержи.

Материалы и методы. Оценка анамнестических данных, клинических проявлений, результатов лабораторных клинических исследований.

Результаты. Больной К., 9 лет, находился на лечении в кожном отделении ГБУЗ АО АОКВД с 29.03.17 по 18.04.17. Поступил с жалобами на высыпания на волосистой части головы, ушных раковинах, туловище, верхних и нижних конечностях, зуд кожи. Из анамнеза известно, что ребенок болен с 20.03.17, заболел остро, процесс начался с покраснения кожи лица, вокруг глаз, рта, ладоней, далее в течение 3–4 дней распространился на туловище, верхние и нижние конечности и волосистую часть головы. Самостоятельно не лечился. 29.03.17 обратились к дерматологу в поликлинику АОКВД, откуда ребенок направлен в кожное отделение ГБУЗ АО АОКВД. Патологический процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже лица, ушных раковин, волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях. На лице, в области ушных раковин, выраженная эритема с четкими границами, розово-морковного оттенка, кожа натянута, с шелушением, эритема симметрично захватывает периорбитальные области; имеются мелкие фолликулярные папулы, бляшки, склонные к слиянию, возвышающиеся над уровнем кожи, обильное шелушение. На волосистой части головы на эритематозном фоне – остроконечные фолликулярные папулы, бляшки с желтовато-белыми, плотно сидящими чешуйками с инфильтрацией, обильным шелушением, которые занимают всю поверхность волосистой части головы; волосы сохранены. В области верхней части спины, а также в области груди с переходом на живот имеются множественные милиарные, желтовато-красного цвета, конической формы узелки, плотные остроконечные фолликулярные папулы, возвышающиеся над уровнем кожи, склонные к слиянию. В области коленных и локтевых суставов симметрично, на эритематозном фоне, располагаются плотные остроконечные фолликулярные папулы, бляшки бледно-красного цвета, размером до 5 см в диаметре, покрыты обильными белесоватыми, плотно сидящими чешуйками, бляшки возвышаются над уровнем кожи. На тыльной поверхности кистей располагаются бляшки с морковным оттенком до 1,5 см в диаметре с пластинчатым шелушением, а также мелкие фолликулярные папулы. Характерно поражение ладоней и подошв в виде выраженного пластинчатого гиперкератоза на фоне эритемы красноватого цвета с морковным оттенком.

Результаты лабораторного обследования: клинический анализ крови 30.03.17 – лейкоцитоз – 10,0 х 10<sup>9</sup>/л, остальные показатели в пределах нормы. Кл. анализ мочи без изменений. Биохимический анализ крови без патологии. Учитывая возраст ребенка – 9 лет, отсутствие согласия родителей на взятие биопсии, гистологическое исследование не проводилось.

Назначено лечение по следующей схеме: 1. Sol. Prednisoloni 60 mg + Sol. NaCl 0,9% 200 ml внутривенно капельно № 5, затем по 30 mg внутривенно капельно № 5. 2. Sol. Diprosprani 1,0; 3. Sol. Natrii thiosulfatis 30% 5 ml + Sol. NaCl 0,9% 15 ml внутривенно – № 10; 4. Resaluti по 1к 3 раза в день; 5. Sol. Reamberini – 150,0 внутривенно капельно № 3 через 2 дня; 6. Sol. Actovegini 2,0 + Sol. NaCl 0,9% 100 ml внутривенно № 10; 7. Sol. Cycloferoni 1,0 внутримышечно через день № 6; 8. Almageli 1д.л. 3 раза в день; 9. Tab. Pancreatini 1 т. 3 раза в день; 10. Caps. Aeviti 1кап. 2 раза в день; 11. Sol.

Cyanocobalamini (Vitamins B12) 200,0 mcg внутримышечно; 12. Sol. Calcii gluconati 10% по 8,0 ml внутривенно.

Наружная терапия: 1. Ung. Papaverini 2% 1 раз в день; Ung. Momati 1 раза в день; 2. На волосистую часть головы Imbre Cinocapi 2 раза в день; 3. Lotoin Elocomi 1 раз в день; 4. На лицо Ung. Cinocapi 2 раза в день; 5. Ung. Cloveti + Ung. Papaverini 2% + Dexpanthenoli + Sol. Aecoli 2:2:2:1 2 раза в день; 6. Фонофорез на ладони, подошвы № 5.

После лечения отмечалось улучшение процесса. После выписки за медицинской помощью не обращались.

Выводы. Учитывая начало заболевания у ребенка в возрасте 9 лет, острое распространение поражения кожи сверху вниз, наличие поражения локтей, коленей, ладоней и подошв, у ребенка был установлен ограниченный ювенильный тип болезни Девержи.

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ГБУЗ АО АОКВД

*Амурская государственная медицинская академия, Амурский областной кожно-венерологический диспансер, Благовещенск*

Мельниченко Н.Е., Козлова А.В., Меньшикова Я.Е.

Актуальность. Псориаз – хронический дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Псориаз – одно из распространенных заболеваний кожи. В общей структуре дерматологической патологии доля пациентов с псориазом составляет 12–15%. У детей удельный вес псориаза колеблется от 8% до 15%, а среди госпитализированных детей – до 22–30%. Несмотря на большой опыт в изучении данного заболевания, его этиология и патогенез на сегодняшний день до конца не изучены, а происходящие в детском организме изменения вообще мало изучены, что существенно затрудняет поиск соответствующих путей лечения. Терапия таких пациентов ограничена ввиду детского возраста. Актуальность данной проблемы обусловлена не только широкой распространенностью псориаза, но и некоторым ростом в последнее время заболеваемости псориазом у детей, учащением тяжелых форм с развитием инвалидизации, нарушением психического статуса и резистентностью к терапии.

Целью работы явились выявление детей с редкими формами псориаза, установление влияния различных факторов на его возникновение и течение, оценка роли факторов риска в развитии данного заболевания.

Материалы и методы исследования. На базе детского кабинета ГБУЗ АО АОКВД было проведено ретроспективное исследование распространенности различных форм псориаза у детей. Под наблюдением было 46 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, получавших стационарное и амбулаторное лечение в период с 2015 по 2017 год. Из них девочки составили 56,8% (24 человека), мальчики – 43,2% (22 человека).

По нашим результатам, самая распространенная форма псориаза среди пациентов пришлась на долю вульгарного псориаза – 85,0% случаев, который был диагностирован у 39 детей, что, возможно, связано с особенностями строения кожи в детском возрасте. Из редких форм следует указать на пустулезный псориаз, псориазическую эритродермию, псориазический артрит и ладонно-подошвенный псориаз.

Ладонно-подошвенный псориаз оказался вторым по частоте встречаемости и наблюдался у 5 пациентов, 2 из которых были девочками. При этом важно отметить, что изолированные поражения наблюдались лишь у 2 больных, а у 3 пациентов в патологический процесс также вовлекались другие участки кожного покрова.

Достоверные признаки псориазического артрита были установлены у 2 детей. Дети были консультированы смежными специалистами, при этом диагноз псориазического артрита был подтвержден.

На долю псориазической эритродермии в исследуемой группе пришлось 1 случай.

Отмечено агрессивное течение псориаза у детей во всех случаях наших наблюдений, что явилось результатом ятрогенных вмешательств.

По данным литературных источников, наиболее распространенными факторами развития псориаза являются: стрессы, генетическая предрасположенность, инфекции, прием лекарственных препаратов, травматизация тканей, а также наличие коморбидных состояний, таких как гиперлипидемия, патология гепатобилиарной системы, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, метаболический синдром, при которых псориазные проявления являются результатом длительного воспалительного процесса, связанного со сложным иммунопатологическим и метаболическим нарушением.

Важно отметить, что все дети, имевшие такие формы псориаза, как ладонно-подошвенные поражения и псориазный артрит, были из особо неблагоприятных в психологическом плане семей с наследственно отягощенным анамнезом.

Заключение. Таким образом, на основании результатов ретроспективно-обследования детей, страдающих псориазом, проведенного на базе детского кабинета ГБУЗ АО АОКВД, установлено, что в структуре нозологических форм псориаза у детей преобладает вульгарный псориаз (85% наблюдений), более редко встречаются ладонно-подошвенный псориаз и псориазный артрит. Важную роль в развитии данного заболевания играют: психоэмоциональный фактор, генетическая предрасположенность, а также непрофессиональные ятрогенные вмешательства, приводящие к неблагоприятному течению заболевания и служащие причиной развития всех универсальных форм псориаза и псориазной эритродермии.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы*  
**Артёмьева С.И., Михайлова И.А.**

Актуальность. Псориаз – хроническое воспалительное заболевание кожи, которое в силу своей распространенности можно наблюдать среди ВИЧ-инфицированных. В популяции таких больных псориаз может возникать de novo или в виде обострения на фоне кожного заболевания в анамнезе. Распространенность дерматоза среди ВИЧ-инфицированных принципиально не отличается, по данным ряда исследований, составляет около 6,4%. ВИЧ является одной из медико-социальных проблем современной медицины. Характеризуясь длительным, многолетним течением, заболевание постепенно приводит к выраженному иммунодефициту за счет снижения количества CD4+Т-лимфоцитов и зачастую к дальнейшему летальному исходу в отсутствие применения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). У пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается высокая частота кожных поражений, склонных к тяжелому рецидивирующему течению. При псориазе тяжесть заболевания тесно связана с прогрессированием ВИЧ и обратно пропорциональна низкому количеству CD4+Т-лимфоцитов. Лечение псориаза у лиц с ВИЧ-инфекцией может стать проблемой из-за нарушенного иммунологического статуса пациента. Современные клинические рекомендации не приводят конкретных схем ведения пациентов с ВИЧ и псориазом. ВААРТ в сочетании с топическими препаратами являются терапией первой линии при псориазе легкой степени тяжести, при средней и тяжелой – возможно назначение системной терапии препаратами ацитретин, метотрексат, циклоспорин, ингибиторами ФНО- $\alpha$ , фосфодиэстеразы 4, ингибиторами интерлейкинов при условии получения ВААРТ, эффективной нормализации количества CD4+Т-клеток, отсутствия вирусной нагрузки (ВН). Назначение системной терапии псориаза и дальнейшее наблюдение пациента осуществляется совместно с инфекционистом с целью оценки влияния препаратов на иммунный статус.

Цель: привести наиболее характерные клинические случаи сочетания псориаза и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение 3 пациентов с псориазом и сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Исследование индекса PASI и уровня CD4+ лимфоцитов.

Результаты. Пациент 40 лет, болен псориазом с 2006 года, в связи с рецидивирующим течением дерматоза неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. С 2010 года диагностирован Псориазный артрит, получал препарат метотрексат. С 2018 года у пациента диагностирована ВИЧ-инфекция,

назначена ВААРТ. Терапия метотрексатом была продолжена под контролем иммунного статуса, однако, пациент отметил появление язвенных дефектов на слизистой ротовой полости, терапия была отменена. С учетом тяжести состояния (PASI=40) было рекомендовано назначение генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ). По заключению инфекциониста применение ГИБТ возможно по жизненным показаниям. В 2020 году пациенту был инициирован прием препарата натакамаб, с полным регрессом высыпаний. Количество CD4+ пациента на фоне терапии повысилось до 800 (до лечения максимальное значение соответствовало 600, на фоне лечения метотрексатом-400), ВН0, что могло свидетельствовать о положительном влиянии ингибиторов ИЛ-17 на иммунный статус пациента в контексте ВИЧ-инфекции.

Пациент 28 лет, с диагнозом «Псориаз артропатический. Сопутствующая ВИЧ-инфекция, субклиническая стадия 3» (от 2012 года), на ВААРТ. Болен псориазом с 2007 года, отметил стремительное распространение высыпаний. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно, с недостаточным эффектом. При поступлении PASI=28,5. В связи с тяжестью псориаза, после консультации инфекциониста, пациенту назначен препарат метотрексат в дозе 15 мг в неделю. Терапию пациент переносил без побочных эффектов. Количество CD4+ лимфоцитов оставалось стабильным (650 клеток/мкл, ВН=20 копий/мл). На фоне терапии PASI=6,2.

Пациентка 48 лет, с диагнозом «Псориаз, экссудативная форма. Сопутствующая ВИЧ-инфекция (с 2005 года), стадия вторичных заболеваний(4А) в фазе ремиссии на фоне ВААРТ». В анамнезе рецидивирующий кандидоз полости рта. Болея псориазом с 2010 года, в связи с тяжестью псориаза получала метотрексат с отменой из-за плохой переносимости. При острие PASI=35,4. С учетом необходимости назначения системной терапии была консультирована инфекционистом: абсолютных противопоказаний к назначению системных препаратов не было. Лечение проводилось под контролем иммунного статуса. Пациентке был назначен препарат апремиласт, терапию переносила без побочных эффектов.

Выводы. Приведенные клинические случаи свидетельствуют о возможности проведения эффективного и безопасного системного лечения псориаза у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Кроме того, биологические агенты могут иметь предпочтение по сравнению с другими иммуносупрессивными препаратами, такими как метотрексат, по отношению к показателям CD4+ и ВН, при их использовании в сочетании с ВААРТ.

## МЕТОТРЕКСАТ В НИЗКИХ ДОЗАХ В ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*  
**Джапуева А.А., Жукова О.В., Доля О.В., Терещенко А.В., Фриго Н.В.**

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – распространенное хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся на коже, а также на слизистых оболочках, наиболее часто поражающее слизистую оболочку полости рта (СОПР). Мультифакториальная концепция патогенеза КПЛ обуславливает широкий спектр лечебных воздействий в терапии заболевания. Однако стандартная системная терапия КПЛ нередко оказывается малоэффективной. В этой связи для лечения КПЛ рядом зарубежных и отечественных авторов применяется метотрексат – антиметаболит группы структурных аналогов фолиевой кислоты, обладающий противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Однако в стандартных дозах метотрексат может оказывать токсическое воздействие на организм человека, что обуславливает актуальность изучения эффективности и безопасности его применения в низких дозах.

Цель исследования – предварительная оценка эффективности и безопасности терапии пациентов с КПЛ с изолированным поражением СОПР и с сочетанным поражением КПЛ кожи и СОПР препаратом метотрексат в низких дозах.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 14 пациентов с КПЛ в возрасте 42–76 лет (12 женщин, 2 мужчин). КПЛ с изолированным поражением СОПР (экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы, I группа) отмечен у 9 пациентов. Сочетанное поражение КПЛ кожи и СОПР (II груп-

па) наблюдалось у 5 пациентов. Все пациенты получали терапию низкими дозами метотрексата (от 7,5 до 10 мг) в/м или п/к 1 раз в неделю в течение 3 месяцев. Лечение проводилось под контролем анализов крови и мочи. Для оценки чувства боли и клинической эффективности терапии пациентов с поражением полости рта была использована визуальная аналоговая шкала. Результаты. По результатам анализа ближайших результатов установлено, что лечение переносилось пациентами в целом удовлетворительно и не сопровождалось изменениями показателей крови и мочи. В I группе у всех пациентов за период лечения отмечался частичный регресс элементов в виде уплощения высыпаний с выраженной тенденцией к заживлению язв и эпителизации эрозивных очагов в полости рта. Средний показатель визуальной аналоговой шкалы при этом достоверно снизился (с  $7,6 \pm 0,8$  до  $3,9 \pm 0,7$  баллов;  $p < 0,01$ ). У пациентов II группы полный регресс высыпаний имел место в 1 случае, у 1 пациента – с исходом во вторичную гиперпигментацию, в 2 случаях регресс высыпаний был частичным и сопровождался их уплощением, уменьшением выраженности окраски и прекращением появления новых элементов. В одном случае прием метотрексата сопровождался появлением тошноты и головокружения, и через 1 месяц приема препарат был отменен. Заключение. Полученные предварительные данные позволяют заключить, что терапия пациентов с КПЛ с изолированным поражением слизистых оболочек полости рта и с сочетанным поражением (кожа+СОПР) низкими дозами метотрексата, оказывающими выраженный терапевтический эффект и не вызывающими значимых нежелательных побочных явлений, может являться одним из альтернативных вариантов системной терапии данного заболевания. Эффективность метотрексата связана с его ингибирующим действием на пролиферацию клеток эпидермиса и его T-регуляторные лимфоциты. Учитывая ограниченность средств терапии, направленных на устранение симптомов при КПЛ кожи и СОПР, представляется актуальным дальнейшее изучение эффективности и безопасности низких доз метотрексата, что позволит расширить возможности терапии для обеспечения продолжительной ремиссии заболевания.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ЧАПИНА–ЛИПШЮТЦА

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

**Волкова С.Б., Тихомиров Т.А., Годзенко Т.А.**

**Введение.** Острая язва вульвы Чапина–Липшютца является редким заболеванием наружных половых органов у женщин, характеризующимся появлением резко болезненных изъязвлений с гнойным отделяемым, встречается чаще у девушек или молодых нерожавших женщин и развивается вне связи с половой жизнью.

Этиология и патогенез заболевания остаются до конца не изученными. Предположительно, основным возбудителем является *Lactobacillus casei* (*Bacillus vaginalis* Doderlein). Помимо этого, по мнению ряда авторов, спровоцировать возникновение острых язв вульвы могут такие заболевания, как брюшной тиф, корь, ветряная оспа, грипп, вирус Эпштейн–Барр, цитомегаловирус, а также изменение местных иммунологических механизмов. Заболевание начинается и протекает остро и часто сопровождается высокой температурой, ознобом, недомоганием, болезненностью и отеком в области вульвы. На слизистой оболочке появляются поверхностные язвы размером от 3–4 мм до 3 см. Пальпация язв резко болезненна. Продолжительность заболевания составляет от 2 до 6 недель. Язвы либо полностью эпителизируются, либо разрешаются поверхностным рубцом. Заболевание не является заразным для окружающих.

Диагноз устанавливается на основе характерной клинической картины и лабораторных методов исследования, в том числе путем исключения других нозологий, сопровождающихся развитием эрозивно-язвенных дефектов в области вульвы, таких как: сифилис, мягкий шанкр, ВИЧ-инфекция, генитальный герпес, туберкулез, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, гонорейные/трихомонадные язвы/эрозии, шанкриформная пиодермия, дифтерийные язвы, чесоточная экзема, плоскоклеточный и базальноклеточный рак вульвы, болезнь Бехчета, системная красная волчанка, болезнь Крона, буллезные дерматозы, синдром Стивенса–Джонсона, декубитальная язва, эрозии травматического и самоиндуцированного происхождения.

Цель: демонстрация клинических особенностей редкого дерматоза для его своевременной идентификации.

**Материалы и методы:** клиническое наблюдение, лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С, *T. pallidum* (РМП, РПГА, ИФА суммарные, РИФ 200/abc, РИБТ), микроскопическое исследование с отделяемого язв на *T. pallidum*, ПЦР-диагностика на *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, *N. Gonorrhoeae*.

**Результаты.** Больная Б., 36 лет, обратилась в филиал «Останкинский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» по направлению гинеколога с жалобами на высыпания в области вульвы, сопровождающиеся резкой болезненностью. Из анамнеза: на фоне полного здоровья пациентка отметила повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , зуд в области вульвы. Спустя 3 дня от начала заболевания заметила появление резко болезненных высыпаний в области малых половых губ. Со слов, последняя половая связь 6 месяцев назад, ИППП в анамнезе отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный патологический процесс носит подостровоспалительный, симметричный, ограниченный характер, представлен на слизистой внутренней поверхности малых половых губ пятью язвами округлых очертаний с четкими «обрезанными» краями, с ровным зернистым дном, покрытыми серозно-гнойными корочками, размерами до 0,7 см в диаметре, мягкими на ощупь, резко болезненными при пальпации. Паховые лимфатические узлы не увеличены. В общем анализе крови, общем анализе мочи, в биохимическом анализе крови все показатели в пределах нормы. Антитела к ВИЧ, гепатиту В и С не выявлены. При микроскопическом исследовании с отделяемого язв *T. pallidum* не обнаружена. Серологические реакции крови на сифилис отрицательные. ПЦР-диагностика на *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, *N. gonorrhoeae* показала отрицательный результат. На консультации ревматолога была исключена болезнь Бехчета. Таким образом, на основании характерных клинических признаков, исключения инфекционных и неинфекционных причин пациентке был выставлен диагноз: острая язва вульвы Чапина–Липшютца. Назначено: постельный режим, доксицилин по 100 мг 2 раза в день, 7 дней; наружно: анилиновые красители, мазь левомеколь, обработка раствором хлоргексидина. На 7-е сутки отмечалось очищение язв и их постепенная эпителизация, на 14-е сутки язвы бесследно регрессировали, отмечалась незначительная поствоспалительная гиперемия, которая разрешилась к концу третьей недели терапии. В течение 6 месяцев клинико-лабораторного наблюдения за пациенткой рецидивов не наблюдалось.

**Заключение.** Знание дерматовенерологами и гинекологами особенностей течения и дифференциальной диагностики эрозивно-язвенных поражений наружных половых органов у женщин (в том числе острой язвы Чапина–Липшютца) позволяет избежать диагностических ошибок, проводить своевременную диагностику и лечение данной группы пациентов.

### НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У МУЖЧИН

*Федеральное государственное казенное учреждение Поликлиника № 2, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*  
**Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Катунина О.Р.**

**Актуальность.** Методы эффективного лечения генитального склероатрофического лихена (ГСЛ) у мужчин на сегодняшний день недостаточно разработаны, и в части случаев сопряжены с не всегда оправданным хирургическим лечением (циркумцизией) без проведения адекватной консервативной терапии. При лечении больных ГСЛ врачи используют топические сильнодействующие глюкокортикостероиды (ГКС). Однако их эффективность обычно не превышает 50% при длительном периоде наблюдения.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ эффективности, оценить отдаленные результаты монотерапии больных ГСЛ клобетазола пропионатом и в комбинации с применением пенициллина, пентоксифиллина и гиалуронидазы.

**Материалы и методы.** Проведено сравнение эффективности комплексной терапии пациентов с ГСЛ, неосложненная форма. Основную группу составили 23 пациента в возрасте от 20 до 53 лет (средний возраст 31 год). Длительность заболевания составила от 6 до 48 месяцев, в среднем это

показатель составил 12 месяцев. Группу сравнения составили 23 больных в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 31 год). Длительность заболевания у больных варьировала от 4 до 48 месяцев (в среднем 18 месяцев). Пациенты из основной группы получали комплексную терапию, которая включала системную, наружную терапию и физиотерапевтическое лечение, всего 3 курса с интервалом между ними в 3 месяца. Пациенты из группы сравнения получали наружно крем 0,05% клобетазола пропионат 2 раза в день в виде аппликаций на очаги поражения в течение 4 недель, всего 3 курса терапии с интервалом между ними 3 месяца.

Результаты. При сравнении исходных значений клинических показателей в группах больных по возрасту, длительности и формам заболевания, а также интенсивности индурации и по ширине склеротического кольца статистических различий обнаружено не было ( $P > 0,05$ ). После 1-го курса терапии эффект от проведенного лечения (значительное улучшение – 3У, улучшение – У) наблюдалось в обеих группах, при этом в основной группе 3У наблюдалось у 8 (34,8%) пациентов, тогда как в группе сравнения данный эффект наблюдался только у 2 (8,7%) пациентов. После 2-го курса терапии в обеих группах пациентов отмечалось клиническое выздоровление (КВ), при этом в основной группе КВ наблюдалось у 8 (34,8%) больных, тогда как в группе сравнения данный эффект наблюдался только у 1 (4,3%) пациента; 3У наблюдалось приблизительно у одинакового количества пациентов в основной группе и группе сравнения (15 (65,2%) больных и 12 (52,2%) больных соответственно). Третий курс терапии получали только 15 пациентов из основной группы и 22 пациента группы сравнения. После 3-го курса терапии у 14/23 (60,9%) пациентов наблюдалось КВ и у 1/23 (4,3%) пациента – 3У, при этом в группе сравнения у 4/23 (17,4%) пациентов наблюдалось КВ, у 17/23 (73,9%) пациентов – 3У и у 1/23 (4,3%) – У. Побочные эффекты наблюдали у 11 (14,1%) больных, из них у 6 (7,6%) пациентов отмечался контактный дерматит, для купирования симптомов применялась ГКС мазь, побочные явления полностью разрешились; у 4 (5,1%) пациентов – однократное повышение температуры на введение лидазы, терапии не потребовало, побочные явления разрешились; у 1 (1,2%) пациента – токсико-аллергическая реакция на пенициллин, пациенту была проведена десенсибилизирующая терапия, побочное явление разрешилось полностью. У больных в группе сравнения побочных эффектов не наблюдалось. Отдаленные результаты в основной группе прослежены у 23 пациентов. После 1 года после окончания терапии достигнутое в процессе лечения КВ сохранялось у большинства 22/23 (95,6%) пациентов; 3У – у 1/23 (4,3%) пациентов. После 2-го года у 2/23 (8,7%) пациентов отмечалось обострение заболевания (появились трещины на внутреннем листке крайней плоти).

Заключение. Комплексное многокурсовое лечение больных генитальным склеротрофическим лихеном неосложненным, включающее пенициллин, гиалуронидазу, пентоксифиллин, ультрафонофорез гиалуронидазы, топический кортикостероидный препарат клобетазола пропионат, оказывает более выраженный эффект по сравнению с монотерапией клобетазола пропионатом. Клиническое выздоровление при комплексном лечении наступило у 95,6% пациента, значительное улучшение у 4,3% пациента соответственно, при монотерапии клобетазолом пропионатом клиническое выздоровление и значительное улучшение отмечено в 21,7% и 73,9% случаев соответственно. Достиженные результаты сохранялись на протяжении 1-го года наблюдения.

## СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Частное учреждение здравоохранения Клиническая больница «РЖД-Медицина» Алтайского государственного медицинского университета, Барнаул

Карпова О.А.

Актуальность. К заболеваниям, сопровождающимся ладонно-подошвенными кератодермиями, относятся ихтиоз, атопический дерматит, псориаз, болезнь Девержи и др. По различным данным, распространенность ладонно-подошвенных кератодермий составляет 1:5000 человек. Из них частота наследственных форм составляет 1:6000, а наследственных – 1:37000 населения. Кожа при заболеваниях с нарушением кератинизации требует более тщательного ухода.

Целью исследования явилась оценка эффективности, безопасности и удобства применения наружных средств, содержащих мочевины 15–40% у пациентов с ладонно-подошвенными кератодермиями.

Материалы и методы. В исследовании применялся лосьон «экспресс-педикюр», в состав которого входит: гидроокись калия, тетраборат натрия, экстракт алоэ, экстракт шалфея для быстрого удаления (за 15–20 минут) гиперкератоза, в том числе сухих мозолей и натоптышей. Следующее средство – крем для рук с 15% мочевиной, которая дает интенсивное увлажнение, питание и восстановление мягкости, устранение огрубевших участков кожи. Высокая концентрация мочевины 25% в креме для ног способствует устранению сухих мозолей и огрубевшей кожи, заживлению трещин. Крем-паста, содержащая 40% мочевины, обладающая наиболее сильным кератолитическим действием, при выраженном локальном гиперкератозе, твердых каменных натоптышах. В исследовании участвовали 20 пациентов (10 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 25 до 81 года, 10 пациентов с ладонно-подошвенным гиперкератозом на фоне псориаза (5 мужчин и 5 женщин), 10 пациентов с приобретенными ладонно-подошвенными кератодермиями (6 мужчин и 4 женщины) с давностью заболевания от 1 месяца до 15 лет. В исследование не включались беременные и кормящие женщины, пациенты с гиперчувствительностью к компонентам препаратов.

Результаты и обсуждение. В клинических проявлениях у 20 (100%) пациентов был выявлен сухой мозоль и натоптыш, у 10 пациентов (50%) – трещины, у 2 (10%) – выраженный локальный гиперкератоз на стопах (твердые натоптыши), у 10 (50%) – гиперкератоз, локализованный на кистях. На момент начала исследования пациенты никакой наружной терапии не получали. В начале лечения 50% пациентов применяли крем-пасту для устранения выраженного локального гиперкератоза и 100% пациентов – экспресс-педикюр (лосьон) для устранения гиперкератоза на стопах. Далее 100% применяли крем для ног для увлажнения, смягчения, заживления трещин и профилактики рецидивов гиперкератоза на коже стоп и крем для рук для устранения гиперкератоза и увлажнения кожи на кистях 2 раза в день. После первого применения крема-пасты с 40% мочевиной твердые натоптыши размягчились и удалились у 2 (100%) применявших крем-пасту пациентов. Гиперкератоз на стопах значительно уменьшился после применения экспресс-педикюра (лосьона с гидроокисью калия и тетраборатом натрия) у 100% пациентов. После удаления участков гиперкератоза пациенты применяли кремы для рук с 15% мочевиной и для ног с 25% мочевиной 2 раза в день. Уменьшение сухости, шелушения кожи, смягчение огрубевших участков были видны после первого применения и полностью регрессировали на 7-й день применения крема для рук и крема для ног с мочевиной. Трещины эпителизовались на 7-й день лечения. Ремиссия была достигнута у 100% пациентов. Через месяц применения крема для рук с 15% мочевиной и крема для ног с 25% мочевиной рецидивов не отмечено.

Спустя 4 недели после окончания основного лечения ни один пациент не отметил рецидива или ухудшение состояния.

Заключение. Проведенные исследования показали, что уже после первого применения крем-пасты (40% мочевины) и лосьона «экспресс-педикюр» (гидроокись калия, тетраборат натрия) наблюдается устранение выраженного гиперкератоза. После первого применения крема для рук (15% мочевины) отмечается смягчение и увлажнение кожи кистей. Крем для ног (25% мочевины) приводит к удалению сухих мозолей и подошвенного гиперкератоза, заживлению трещин за 7 дней. Это делает крем-пасту, крем для рук и крема для ног, экспресс-педикюр (лосьон) с мочевиной эффективными, безопасными и удобными в применении средствами для профилактики и лечения нарушений кератинизации, регенерации и увлажнения кожи кистей и стоп у пациентов с ладонно-подошвенными кератодермиями.

## СКЛЕРЕДЕМА БУШКЕ–ОЛЛЕНДОРФА И СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЙ НЕВУС КАК СУБЪЕКТЫ КЛИНИКО-ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПРОТИВОСТОЯНИЯ

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

Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Соколова А.А.

В дерматологическом пространстве склередема Бушке-Оллендорфа (СБО) и соединительнотканый невус (СТН) – редкие пришельцы. Этот факт является одной из нитей, объединяющих эти дерматозы и обуславливающий

трудность их распознавания. Роднит эти заболевания еще неустановленный генез и малая эффективность проводимого лечения, а также топика патологического процесса в соединительной ткани. В копилку схожести можно сбросить аутосомно-доминантный тип наследования. Отличает эти заболевания патологическая сущность: для СБО она характеризуется резким утолщением дермы с отеком, расщеплением коллагеновых волокон и частым замещением подкожной клетчатки плотной соединительной тканью. При СТН происходит избыточное накопление коллагеновых и эластических волокон, а также гликозаминогликанов, за счет которых формируются дермальные или подкожные плотноватые узлы и бляшки различных размеров. СТН представляет собой дермальные гамартмы, возникающие вследствие соматических мутаций в процессе эмбриогенеза. Появляясь в детском или подростковом возрасте, этот невос обычно протекает бессимптомно и может существовать пожизненно, в части случаев представляя косметическую проблему.

В отличие от СБО, эфлоресценции при СТН характеризуются выраженным клинико-морфологическим многообразием: преобладают бляшки, слегка приподнятые над кожей телесно-желтого цвета, величиной до нескольких сантиметров, чаще единичные. Их локализация: руки, живот, спина, бедра, ягодицы. Возможны сочетания СТН с системными заболеваниями.

Круг дифференциальной диагностики невоидных проявлений включает целый ряд болезней, имеющих некоторую схожесть с ними: фиброматозы, миофиброматоз, липомы, дерматофибромы, келоиды, эластическая псевдоксантома, мукополисахаридоз. При СБО дифференциальный диагноз проводят с узловой склеродермией.

Для СБО, в отличие от СТН, характерны диффузные коричневатые большие симметричные очаги индурации кожи на задней поверхности шеи, а также спины, груди, скальпа. Острое начало болезни часто связано с фебрильным статусом, обусловленным стрептококковой инфекцией. Заболевание обычно достигает максимального развития в 2–6 нед. В большинстве случаев прогноз благоприятный и возможно спонтанное разрешение в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Примерно у четвертой части больных наблюдается частичное улучшение со стойкими очагами остаточной индурации. При ассоциации с ожирением или с сахарным диабетом индурация кожи может существовать десятки лет.

В заключение следует отметить, что СБО и СТН – разные заболевания, имеющие как схожести, так и различия в характеристиках, но между ними нельзя поставить знак равенства.

### ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКОВ

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

**Добродородная Ю.Г., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н.**

Актуальность. Псориаз – хроническое воспалительное заболевание мультифакториального генеза. В последние годы отмечается рост заболеваемости этого дерматоза у детей пред- и пубертатного возраста. Среди различных этиопатогенетических факторов в развитии псориаза важную роль играют психоэмоциональные механизмы, что позволяет отнести этот дерматоз к психосоматическим заболеваниям. Основанием для этого служит клинический материал, позволяющий проследить тесную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией псориаза. Пути реализации нейроруктаных воздействий во многом остаются неясными, что определяет необходимость дальнейшего их изучения. В свою очередь, рецидивирующее течение псориаза, негативно сказываясь на психоэмоциональном статусе больных, порождает проблемы быта, учебы, межличностных отношений, что как бы замыкает существующий порочный круг. Цель исследования: анализ влияния психоэмоциональных факторов на манифестацию псориаза у подростков по данным Детского центра ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за 2018–2020 гг.

Материалы и методы. В рамках комплексного подхода нами проведено клиническое наблюдение и системная семейная психотерапия лечившихся в стационаре 30 больных псориазом детей в возрасте от 11 до 17 лет, в том числе 12 юношей (40%) и 18 девушек (60%).

Результаты. У всех наблюдавшихся пациентов был констатирован распространенный псориаз с типичной клиникой, с поражением волосистой кожи головы, туловища, конечностей, отличавшийся торпидным течением. До поступления в стационар детям часто применяли ГКС кремы и мази с временным улучшением. Обострение заболевания у 33% (10 чел.) пациентов наблюдалось в осенне-зимнее время, у остальных 67% (20 чел.) пациентов – в весенне-летнее или его течение не зависело от сезона. У 73% (22 чел.) детей была выявлена сопутствующая патология: угри, полиноз, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит, тиреоидит, вазомоторный ринит, тонзиллит, СВД. У 9 пациентов отмечалось ожирение I–III степени. Заметное влияние на манифестацию псориаза у подростков оказывали неспецифические психологические отягощающие ситуации: у 55% (16 чел.) провоцирующие факторы носили психоэмоциональный характер. У большинства пациентов обнаружены существенные различия в способности противостоять стрессам: 55% больных связывали возникновение и развитие псориаза с психоэмоциональными потрясениями, а 42% – с выраженными негативными эмоциями. У наблюдавшихся подростков наблюдалось гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности. Обостренная восприимчивость к реакциям окружающих, подчас унижающих жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью, боязнью заражения, усугубляли эмоциональную напряженность этих пациентов. Состояние подозрительности и настороженности толкали их на путь негативизма и социальной изоляции. Всем 30 больным в стационаре была проведена системная семейная психотерапия с консультированием семейного психолога. По мере улучшения психологического состояния пациентов в процессе лечения с применением системной семейной психотерапии в рамках комплексного подхода отмечено снижение интенсивности симптоматики псориаза у всех 30 больных.

Выводы. Полученные нами результаты указывают на влияние психогенных факторов на возникновение и течение псориаза у детей. Несомненную роль при этом играет предшествующая невротическая симптоматика, часто с выраженным расстройством депрессивного круга. Хронический эмоциональный дискомфорт с переживанием чувства недовольства собой, эмоциональной напряженностью, беспокойством, тревожным ожиданием приобретал форму патогенного фактора. Применение системной семейной терапии психолога в рамках комплексного подхода терапии псориаза у детей можно считать достаточно эффективным методом, требующим проведения дополнительных исследований и дальнейшего изучения.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕПОДОБНОЙ СЫПЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТАРГЕТНУЮ ТЕРАПИЮ

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

**Корняк М.С., Негашева Е.С., Пилявская С.О., Катунина О.Р., Заторская Н.Ф.**

При ряде заболеваний, приеме лекарственных препаратов может возникнуть кожная сыпь. Наличие высыпаний на коже сказывается на качестве жизни пациентов, что, безусловно, влияет на снижение комплаентности к проведению терапии. Особое внимание стоит уделить онкологическим больным, для которых прием лекарственных препаратов является жизненно необходимым. На сегодняшний день в отечественной литературе описана токсическая кожная реакция на прием ингибиторов рецептора эпидермального фактора роста, чаще всего проявляющаяся акнеподобной сыпью разной степени тяжести, с зудом, ксерозом кожи, реже могут поражаться придатки кожи – наблюдаются паронихии, гипертрихоз и трихомегалия. Согласно протоколам лечения онкологических больных, наличие кожной сыпи как нежелательной реакции, занимающей больше трети кожного покрова, требует приостановки терапии или даже приводит к замене препарата. Рекомендации по поддерживающей и сопровождающей терапии Российского общества клинической онкологии содержат перечень препаратов для коррекции дерматологических осложнений, включающих в себя как системные препараты (доксикалин), так и наружные (гормональные средства, топические ингибиторы кальциневрина, антибактериальные и



антисептические препараты, а также эмульенты). Однако, согласно клиническим наблюдениям, наибольший эффект от лечения наблюдался при сочетании системного применения доксициклина с топическим препаратом, содержащим комбинацию бетаметазона и фузидовой кислоты.

Цель: описание клинического случая

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациента с акнеподобной сыпью на фоне приема траметиниба – препарата, назначаемого с целью терапии пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, и представляющего собой малую молекулу, обладающего таргетным воздействием и относящегося к аллостерическим неконкурентным АТФ ингибиторам MEK (MAPK (митогенактивированные протеин киназы) – extracellular regulated kinase). Наиболее часто во время терапии траметинибом описаны нежелательные реакции, к которым относятся сыпь, диарея, серозная ретинопатия, данные реакции являлись дозозависимыми. Проведено гистологическое исследование.

Результаты. Нами был зафиксирован случай акнеподобной сыпи на фоне приема траметиниба у ребенка (девочка 10 лет) с пилоцитарной астроцитомой хиазмально-селлярной области после полихимиотерапии и оперативного лечения, с осложнениями основного заболевания в виде симптоматической (структурной) эпилепсии и офтальмоплегии.

При обращении к дерматологом ребенок предъявлял жалобы на распространенные высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища и конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом. При осмотре кожные покровы были сухие, патологический кожный процесс был представлен множественными папулами до 5 мм в диаметре, ярко-розового цвета, покрытыми плотно сидящими серозно-геморрагическими корочками. С целью дифференциальной диагностики с такими заболеваниями, как острый лихеноидный вариолиформный параспориоз Муха-Габермана, лимфопатоидный папулез, а также для исключения паранеоплазии и определения дальнейшей тактики лечения пациента было рекомендовано гистологическое исследование патологического элемента сыпи, в результате которого выявлено: фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки со слабым акантозом эпидермиса. В устьях фолликулов небольшие роговые пробки, колонии микроорганизмов. Местами целостность эпидермиса и эпидермальной выстилки фолликулов нарушена, вокруг сосудов поверхностного сплетения умеренные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофильных гранулоцитов. Заключение: патологические изменения носят характер поверхностного и перифолликулярного дерматита. На основании данных анамнеза, клинической картины, результатов гистологического исследования гистологии ребенку было назначено лечение: доксициклин, наружно – топическая комбинация бетаметазона, клиндамицина и гентамицина, эмульенты. Спустя две недели после назначенного лечения у ребенка наблюдался практически полный регресс кожных высыпаний, что повысило качество жизни больного и позволило не прерывать назначенную онкологами терапию.

Заключение. В контексте решения проблемы дерматологических побочных реакций противоопухолевой терапии важную роль играет взаимодействие дерматологической и онкологической служб. Такое взаимодействие должно осуществляться с целью более детального изучения данной проблемы и разработки методов диагностики, оценки степени тяжести и схем лечения дерматологических осложнений противоопухолевой терапии, что позволит проводить своевременную коррекцию нежелательных реакций со стороны кожи и тем самым повысит качество жизни пациентов и приверженность к назначенному онкологами лечению.

## ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ У ДЕТЕЙ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Благотворительный Фонд «БЭЛА. Дети-бабочки», Санкт-Петербург

Гехт М.А., Корнишева В. Г.

Актуальность. Буллезный эпидермолиз (БЭ) представляет собой гетерогенную группу генодерматозов, которые поражают кожу, слизистые оболочки; при тяжелых формах имеет место поражение внутренних органов. Основное проявление на коже – формирование длительно заживающих ран, степень тяжести которых может оказывать влияние на показатели крови.

Цель. Изучение влияния применения специализированного атравматического материала, используемого для эпителизации на некоторые показатели периферической крови (гемоглобин, тромбоциты, ферритин, альбумин, СРБ) у детей с дистрофической формой буллезного эпидермолиза.

Материалы и методы. Обследовано 10 детей в возрасте от 3 до 11 лет (средний возраст  $7,0 \pm 0,94$  лет) с дистрофической формой буллезного эпидермолиза. Критерий включения в исследование – наличие экссудирующих эрозий диаметром от 1,5 до 2 см. В зависимости от вида атравматического материала пациенты были разделены на две группы: первая группа детей (5), которым применяли для эпителизации губчатое покрытие с содержанием силикона, и вторая группа – 5 детей, которым использовали сетчатый материал с тонким слоем силикона. Материал накладывали на одну и ту же рану в течение 7 дней до полной эпителизации. До начала применения перевязочного материала и после эпителизации, у всех больных проводили исследование анализов крови с определением уровня гемоглобина, тромбоцитов, ферритина, альбумина, СРБ.

Результаты. Перед применением атравматического перевязочного материала различия исследуемых показателей крови между группами детей выявлено не было. После использования губчатого покрытия у детей 1-й группы эрозии полностью эпителизовались через 7 дней. У детей 2-й группы – через 7 дней полная эпителизация была у одного ребенка, частичная у 3 и у 1 больного эпителизация отсутствовала. Таким образом, эпителизирующие свойства губчатого материала были выше, чем у сетчатого материала.

После курса повязок у детей 1-й группы повышение гемоглобина на 2–3 г/л отмечено у всех 5 (100%) больных. У пациентов 2-й группы гемоглобин повысился на 1–3 г/л у всех обследованных (100%).

Повышение тромбоцитов (на  $4-6 \cdot 10^9/л$ ) наблюдалось у всех (100%) детей 1-й группы. У больных 2-й группы повышение тромбоцитов отмечено вдвое меньшим (на  $1-2,3 \cdot 10^9/л$ ) у 75% детей. Таким образом, после курса повязок повышение уровня гемоглобина и увеличение количества тромбоцитов происходило быстрее после применения губчатого перевязочного материала.

Содержание ферритина оставалось неизменным у пациентов 1-й группы, кроме одного ребенка (25%), у которого было отмечено повышение показателя на 1,5 нг/мл. У больных 2-й группы уровень ферритина остался неизменным у всех детей, кроме 1 (25%) ребенка, у которого показатель повысился на 1,3 нг/мл. Таким образом, влияния использования повязок на уровень ферритина как в 1-й, так во 2-й группе выявлено не было.

У пациентов 1-й группы при применении губчатого покрытия содержание альбумина повысилось у 3 (75%) детей на 1,3 г/л, у двух осталось без изменения. У детей 2-й группы альбумин повысился (на 1 г/л) только у 1 (25%) ребенка. Таким образом, губчатое покрытие обладало на 50% более выраженным эпителизирующим свойством, чем сетчатое покрытие. Прекращение потери белка происходило быстрее, что привело к росту содержания альбумина в крови.

После эпителизации маркер воспаления, СРБ, снизился у 4 (80%) детей (на 3–5 мг/л) 1-й группы и у 75% больных 2-й группы. Таким образом, обе атравматические повязки обладали противовоспалительными свойствами.

Выводы. У детей с дистрофической формой буллезного эпидермолиза после курса применения атравматических повязок повышение уровня гемоглобина и увеличение количества тромбоцитов происходило быстрее при применении губчатого материала; атравматический перевязочный материал с губчатым покрытием обладал на 50% более выраженным эпителизирующим свойством, чем сетчатое покрытие. Прекращение потери белка происходило быстрее, что приводило к росту содержания альбумина в крови. Влияния использования повязок на уровень ферритина у детей выявлено не было. Применение сетчатого атравматического материала на основе силиконового покрытия можно рекомендовать при неглубоких, слабо экссудатирующих эрозиях и у пациентов с БЭ, компенсированных по анемии.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

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

Петров В.А., Волнухин В.А.

Актуальность. В зарубежной литературе имеются публикации, свидетельствующие о более высокой распространенности атопического дерматита среди больных витилиго по сравнению с распространенностью его в общей популяции, хотя этот вопрос до сих пор является спорным.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости атопического дерматита у детей, больных витилиго.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 39 пациентов с витилиго в возрасте от 3 до 17 лет (16 больных мужского пола, 23 – женского пола). У 35 пациентов диагностировано несегментарное витилиго, у 4 – сегментарное витилиго.

Результаты и обсуждение. Ассоциация витилиго с атопическим дерматитом выявлена нами у 4 (10,3%) пациентов. По данным разных авторов, распространенность атопического дерматита среди детского населения варьирует от 6 до 30%. Таким образом, в нашем исследовании частота встречаемости атопического дерматита у детей, больных витилиго, оказалась сопоставимой с частотой, выявляемой в общей детской популяции.

Выводы. Проведенный анализ историй болезней показал, что распространенность атопического дерматита среди детей, больных витилиго, не превышает таковую в общей детской популяции. Однако для получения достоверных результатов необходимо проведение исследований на более репрезентативной выборке, в том числе в сравнении с контрольной группой пациентов.

## БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА-СМЕЖНАЯ ПРОБЛЕМА РЕВМАТОЛОГА И ДЕРМАТОЛОГА

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

**Воронцова И.В., Денисова Е.В., Бобров М.А., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Корсунская И.М.**

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит неизвестной этиологии, характеризующийся рецидивами язвенного процесса в ротовой полости и на гениталиях, поражением глаз, суставов, ЖКТ, ЦНС и других органов. Имеет хроническое течение с непредсказуемыми обострениями и ремиссиями.

Цель: описание клинического случая.

Материалы и методы. Описание клинического наблюдения пациента с болезнью Бехчета. Проведено патоморфологическое исследование.

Результаты. Пациент С., 30 лет. Поступил в МНПЦДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей, половом члене, болезненность в местах высыпаний. Считал себя больным с 2007 года, когда впервые отметил появление высыпаний на слизистой оболочке полости рта, покраснения конъюнктивы. Лечился у окулиста и стоматолога. С 2011 года появились пузырьные элементы на коже и гениталиях. Наблюдался у дерматолога, получал лечение: ТГКС, а/б терапия с временным эффектом. Направлен на дообследование к ревматологу в связи с проявлениями болевого синдрома в крупных суставах конечностей. Установлен диагноз: Болезнь Бехчета. Проводилось стационарное лечение в г. Смоленске, в ревматологическом отделении: азатиоприн 100 мг, метипред 8 мг, отмечалось ухудшение состояния. Настоящее обострение – 2 месяца. Самостоятельно применял цефтриаксон 1,0 г 2 р/д, сумамед, валтрекс 2000 мг/сут, а/г препараты, ГКС без эффекта. Был направлен на стационарное лечение в МНПЦДК, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Состояние при поступлении: патологический процесс локализован на коже туловища, верхних и нижних конечностей, половом члене. Представлен очагами ярко-красного цвета, размером от 1,5 до 3 см, некоторые в виде мишеней с везикулярным элементом в центре и мутным содержимым, эрозивными дефектами с геморрагическими и некротическими корочками. На половом члене – эрозивно-язвенные дефекты неправильной формы с четкими приподнятыми краями, ярко-красным дном до 5 см, буллезные элементы до 1 см с дряблой покрывкой и мутным содержимым. Установлен предварительный диагноз: «Полиморфный дермальный ангиит»? «Болезнь Бехчета»?

По результатам патоморфологического исследования: морфологическая картина не противоречит поражению кожи при болезни Бехчета. Назначено лечение системными ГКС (преднизолон 50 мг/сут), а/б (доксциклин 100 мг

2 р/сут), ТГКС и препараты, улучшающие трофику и регенерацию тканей, 3 процедуры плазмафереза.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: процесс на коже представлен поствоспалительными пятнами, эрозивно-язвенные дефекты эпителизовались, сохранялись единичные неглубокие эрозии, покрытые серозными корочками.

Выводы: сочетанная патология требует комплексного подхода и подбора лечения со стороны как ревматолога, так и дерматолога.

## ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК НЕЗАМЕНИМЫЙ МЕТОД ВЕРИФИКАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ВАРИОЛИФОРМНОГО ПАРАПСОРИАЗА МУХА-ГАБЕРМАНА

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

**Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Плиева К.Т., Бобров М.А.**

Актуальность. В 1902 г. французский дерматолог М. Брок ввел в дерматологию термин «парапсориаз», который объединил несколько сравнительно редких заболеваний кожи. Автор выделил три варианта этого дерматоза: каплевидный, бляшечный и лихеноидный, каждый из которых, по мнению М. Брока, представляет самостоятельное заболевание. Различия в клинической картине, патогенезе, патоморфологии, лечении и прогнозе – причина отсутствия в настоящее время общепринятого определения и классификации парапсориазов. Клиническая картина парапсориаза отличается большим разнообразием. Различают три формы парапсориаза: каплевидный, бляшечный и лихеноидный.

Острый вариолиформный парапсориаз Муха-Габермана (ОВП) – острая доброкачественная папулосквамозная разновидность каплевидного парапсориаза. Основным отличием клиники ОВП Муха-Габермана от всех других парапсориазов являются множественные некротизированные папулы, оставляющие оспенновидные рубчики, и истинный полиморфизм элементов сыпи. Специфические лабораторные тесты для выявления данного заболевания отсутствуют. При необходимости дифференциальной диагностики между парапсориазом и лимфомой кожи, а также другими дерматозами, требуется гистологическое исследование биопсийного материала кожи. Цель: описание клинического случая.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациента с острым вариолиформным парапсориазом Муха-Габермана. Проведено гистологическое исследование.

Результаты. Под нашим наблюдением находился пациент К., 25 лет, поступивший 16.02.2021 г. на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже лица, туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд, болезненность в местах высыпаний, повышение температуры до 39°C. Пациент заболел в январе 2021 года, когда отметил появление высыпаний на коже конечностей, постепенно распространившихся на кожу туловища, ни с чем не связывал. Обратился к дерматологу в условиях частного медицинского центра, был выставлен диагноз «Дерматит неуточненный». Рекомендованное лечение оказалось неэффективным, отмечалось ухудшение общего самочувствия, распространение высыпаний на кожу туловища, повышение температуры тела.

На момент госпитализации клинически отмечались высыпания в виде множественных инфильтрированных папулезных элементов округлого очертаний, диаметром до 0,7 см, от ярко-розового до красно-коричневого цвета; отдельные элементы были покрыты плотно прилегающими геморрагическими корочками; отмечены множественные пятна от застойно-розового до застойно-бурого цвета на месте разрешившихся элементов, буллезные элементы с вялой покрывкой, диаметром до 0,6 см, пустулы диаметром до 0,3 см с серозно-гнойным содержимым, располагающиеся на поверхности папул, эрозивные дефекты диаметром до 1,0 см, преимущественно покрытых серозно-геморрагическими корочками, умеренное шелушение серебристо-белого цвета.

Было проведено гистологическое исследование. Заключение: в двух биоптатах – эпидермис с очаговым паракератозом, скоплениями ядерного детрита в роговом слое, акантозом, фокусами спонгиоза, апоптозом единичных кератиноцитов, вакуолизацией цитоплазмы отдельных клеток базального слоя. В дерме – периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, экстравазаты эритроцитов. В биоптате № 1 определяется обширный участок некроза эпидермиса, в дермальных сосочках – коллоидные тельца. В пределах исследованных биоптатов – морфологическая картина пситриза лихеноидного острого. В составе комбинированной терапии пациент получал системные ГКС, десенсибилизирующие, антибактериальные, антигистаминные препараты, наружные средства с положительным эффектом на момент выписки. Заключение. Своевременная диагностика и правильное установление диагноза являются приоритетными задачами дерматовенеролога, т.к. имеют принципиальное значение при выборе оптимальной тактики лечения больного. Проведение гистологического исследования биоптата кожи считается основным методом диагностики вариолиформного параспориоза Муха-Габермана.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «ГорКВД», Санкт-Петербург Разнатовский К.И., Аликубаев Т.З., Максимова М.Д., Гулордава М.Д.*

Введение. Псориаз – хроническое, иммуноопосредованное воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся постепенным вовлечением в патологический процесс не только кожных покровов и слизистых оболочек, но и внутренних органов. Наравне с контролем клинических показателей у больных псориазом встает вопрос необходимости регулярной оценки иммунологического статуса.

Цель исследования – оценить возможность использования регистра больных псориазом для изучения иммунологического статуса пациентов

Материалы и методы. Для создания информационно-аналитической системы был разработан дизайн исследования. Он включал в себя следующие этапы: разработка актуальной информационно-аналитической системы регистрации псориаза; диагностика и определение особенности течения заболевания; оценка клинического и иммунного статуса по комплексу исследований. Все результаты обследования больных псориазом вносились в разработанную унифицированную информационно-аналитическую систему больных псориазом.

Для оценки иммунологических показателей у 48 больных проведены исследования иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови методом шестичетного цитофлуориметрического анализа с использованием проточного цитометра Navios™ (Beckman Coulter, США). Уровни иммуноглобулинов в сыворотке крови исследовали иммунотурбодиметрическим методом.

Результаты. Под наблюдением находилось 92 больных среднетяжелой и тяжелой форм псориаза. Среди них женщин – 39%, мужчин – 61%. Средний возраст больных составил 48,2±4,8 лет. Все пациенты получили клиническую оценку согласно индексам PASI, DLQI. Иммунологический статус оценен у 48 пациентов, из них 28 получали генно-инженерную биологическую терапию, 20 – метотрексат.

Для хранения и использования информации о течении заболевания, динамического наблюдения за больными псориазом зарегистрирована ИАС «Регистр больных псориазом». В информационно-аналитическую систему внесены результаты оценки иммунологических показателей, проведенные путем иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови, и уровни иммуноглобулинов в сыворотке крови. Используя данные информационно-аналитической системы, оценены клинические данные и иммунологический статус больных, занесенных в ИАС.

Оценка исследования субпопуляционного состава лимфоцитов показала достоверное увеличение абсолютного числа цитотоксических Т-лимфоцитов ( $0,64 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$  vs  $0,55 \pm 0,02 \cdot 10^9/\text{л}$ ,  $p < 0,05$ ) и NKT-клеток ( $0,14 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$  vs  $0,05 \pm 0,01 \cdot 10^9/\text{л}$ ,  $p < 0,05$ ) у больных псориазом по

сравнению с контрольными значениями. Установлено повышение числа Т-хелперов с повышенной экспрессией активационного маркера CD25+ (рецептора к интерлейкину-2) ( $33,0 \pm 3,7\%$  vs  $12,4 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,05$ ). Выявлено статистически значимое различие в содержании Т-регуляторных клеток у больных псориазом и лиц без псориаза группы контроля ( $11,5 \pm 1,6\%$  vs  $7,2 \pm 0,4\%$ ,  $p < 0,05$ ). При оценке гуморального иммунного ответа не было установлено различий по количеству В-лимфоцитов между группами, включенными в исследование ( $0,29 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$  vs  $0,24 \pm 0,01 \cdot 10^9/\text{л}$ ,  $p > 0,05$ ). У больных псориазом выявлено значимое повышение уровня IgA по сравнению с контрольными значениями ( $4,0 \pm 0,9 \text{ г/л}$  vs  $1,9 \pm 1,2 \text{ г/л}$ ,  $p < 0,05$ ). В результате оценки иммунного профиля больных псориазом установлена активация клеточного иммунного с ведущей ролью цитотоксических Т-лимфоцитов, Т-хелперов и NKT-клеток. Увеличение уровня IgA может свидетельствовать об усилении синтеза трансформирующего фактора роста-β (TGF-β), который как переключает биосинтез иммуноглобулинов на IgA-изотип, так и стимулирует дифференцировку Т-хелперов 17 (Th17). Полученные данные согласуются с представлением о том, что в настоящее время псориаз рассматривают как аутоиммунное заболевание, в основе которого лежит активация Th1 и Th17 с гиперпродукцией провоспалительных цитокинов TNF-α, IFN-γ, IL-17 и IL-22. В связи с иммуноопосредованной природой псориаза патогенетически обоснованно назначение препаратов, воздействующих на иммунную систему.

Заключение. Последовательное ведение регистра больных псориазом с использованием единообразия методов исследования и иммунологических показателей позволяет оценить иммунологический статус больных и в дальнейшем позволит оптимизировать пациентоориентированный подход к лечению пациентов.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ СИРИНГОМЫ

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

Введение. Сирингомы – это распространенные доброкачественные опухоли придатков кожи, которые клинически проявляются в виде небольших множественных папул желтого цвета или цвета неизменной кожи. Сирингомы представляют собой доброкачественные новообразования внутриэпидермальной части эккринного потового протока. Излюбленной локализацией очагов поражения являются: периорбитальная область, веки, шея, область ключиц, грудь, боковая поверхность туловища, половые органы. Болеют преимущественно лица женского пола, чаще с детского возраста, нередко семейные случаи. Дифференциальный диагноз проводят с красным плоским лишаем, множественной трихоэпителиомой, контактным моллюском, плоскими бородавками. Цель: описание клинического случая.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациентки с сирингомой. Проведено гистологическое исследование.

Результаты. На прием обратилась пациентка с жалобами на множественные распространенные высыпания на коже шеи, груди, под молочными железами без субъективных симптомов. Считает себя больной около двух лет, когда появились первые элементы на коже шеи, постепенно распространившиеся на кожу груди, под молочные железы. Возникновение заболевания ни с чем не связывает, не лечилась. При осмотре выявлены симметрично расположенные множественные узелковоподобные элементы округлой, полушаровидной или милиумподобной формы, диаметром 1–5 мм, цвета нормальной кожи и желтовато-коричневой окраски, плотные при пальпации, слегка возвышающиеся над уровнем кожи. Дерматоскопическая картина представлена множественными пигментными скоплениями в виде коричневой псевдосети и белыми точками. Пациентке была проведена диагностическая биопсия. Заключение гистологического исследования: в дерме определяются протокоподобные структуры, образованные двуслойным уплощенным кубическим эпителием, в плоскости образующие фигуры в виде «заяпаты».

Заключение: у пациентки изменения гистологической картины соответствовали сирингоме. Таким образом, биопсия подтвердила клинический диагноз. С целью эстетической коррекции пациентке была выполнена радиоволновая деструкция образований.

### АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ЖЕНЩИН

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Чернова Н.И., Заторская Н.Ф., Проскурина М.И., Терещенко Г.П., Негашева Е.С.*

Введение. Заболевания женских наружных половых органов – актуальная проблема современной гинекологии и дерматовенерологии. Склероатрофический лихен (СЛ) — хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз неизвестной этиологии, протекающий с очаговой атрофией, встречающийся у мужчин и женщин. СЛ часто остается незамеченным и не регистрируется. Распространенность СЛ среди детского населения составляет до 0,1%, среди взрослого населения – 3%. Выделяют 2 основных пика клинических манифестаций СЛ – в детском возрасте и в периоде постменопаузы. Хотя склеротический лишай вульвы может проявляться экстрагенитально, у женщин заболевание проявляется преимущественно в области вульвы. Локализация патологического процесса обуславливает его негативное влияние на физическое, психическое и сексуальное здоровье пациенток. Первой линией терапии СЛ вульвы являются наружные ГКС (мазь с клобетазолом 0,05%) ежедневно от 4 до 12 недель. Альтернативным лечением – топические ингибиторы кальциневрина. Следует отметить, что гормональная терапия не ведет к излечению, а лишь позволяет устранить некоторые симптомы заболевания и добиться на какое-то время его ремиссии. При неэффективности консервативной терапии дистрифических заболеваний вульвы используют более радикальные методы лечения: криодеструкция, лазерокоагуляция, ФДТ. В клинической практике встречаются случаи неэффективности и развития побочных эффектов при использовании традиционной терапии, а учитывая молодой возраст пациенток, становится актуальным поиск новых технологий. Среди малоинвазивных способов воздействия на очаги склерозирующего лихена, которые активно используются в настоящее время и имеют большой лечебный потенциал: HIFU-воздействие (высокочастотный сфокусированный ультразвук), фототермическая реконструкция тканей вульвы (углекислотный, эрбиевый и неодимовый лазеры), PRP-терапия (плазма, обогащенная тромбоцитами) и введение аутологичных стволовых клеток. Ограничивающим фактором достижения успеха в лечении склерозирующего лихена вульвы является отсутствие единого мнения об этиопатогенезе заболевания и таргетных методов лечения. Во многих случаях патология вульвы пропускается при отсутствии адекватного лечения. Обсуждение вопросов женщинами, связанных с их гениталиями при обращении к врачу, могут вызывать стеснение и дискомфорт. Беседы с пациентами по профилактике болезней позволяют женщинам взять под контроль свое собственное здоровье и улучшить качество жизни. Неоднозначность номенклатурной принадлежности склероатрофического лихена по МКБ (L90.0; L 94.8; N90.4; N48.0) обуславливает недостаточную диагностику заболевания и отсутствие точных статистических данных. А также необходимо содружественное лечение гинекологами и дерматовенерологами пациенток со СЛ. А лазерная терапия является многообещающим вариантом для пациентов, не отвечающих на местную терапию кортикостероидами, или пациентов, желающих сократить длительное поддерживающее лечение кортикостероидами.

### МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОЗДНИХ ФОРМАХ СИФИЛИСА У ВЗРОСЛЫХ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Егорова Д.А., Потекаев Н.Н., Морозов С.П., Доля О.В.*

Сифилис – это инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся прогрессивным течением и полиорганным поражением, в том числе опорно-двигательной системы

(ОДС). Сифилитическое поражение ОДС может встречаться как изолированное проявление сифилитической инфекции или сочетаться с поражением других органов и систем.

Патологические изменения ОДС могут встречаться во всех периодах сифилиса. Однако как по частоте, так и по своему характеру они существенно отличаются друг от друга. При раннем сифилисе поражения ОДС очень редки. Возникают они обычно незадолго до появления вторичных высыпаний и проявляются ноющими, сверлящими болями, усиливающимися ночью. Специфические проявления заболевания в виде периоститов описывались в литературе в единичных случаях при первичном сифилисе. Во вторичном свежем и вторичном рецидивном периодах частота поражений ОДС несколько увеличивается, оставаясь все же незначительной. Процент поражения ОДС в этой стадии колеблется от 0,5 до 6,3 %. В третичном периоде сифилиса поражения ОДС встречаются уже у 20–30% пациентов и сопровождаются деструктивными изменениями, главным образом костей голени, черепа, грудины, ключицы, локтевой, носовой костей и др.

Поздний сифилис ОДС представлен остеопериоститом и/или остеомиелитом (при наличии вторичной пиогенной инфекции). Остеопериостит может быть ограниченным и диффузным. Ограниченный остеопериостит развивается чаще и представляет собой гумму, которая в своем развитии либо оссифицируется, либо распадается и превращается в типичную гуммозную язву. Через некоторое время могут формироваться костные секвестры. В патологический процесс вовлекаются надкостница, корковое, губчатое и мозговое вещества с деструкцией центральной части очага и возникновением реактивного остеоэкссклероза по периферии, кость становится хрупкой, могут возникать патологические переломы. Лучевая диагностика специфического поражения ОДС при поздних формах сифилиса затруднена ввиду отсутствия алгоритма последней. До настоящего времени рентгенологическое исследование являлось «золотым стандартом» указанной диагностики. При диагностике заболеваний ОДС, в том числе и специфических, в соответствии с иерархией информативности визуализации данной патологии оптимальными в настоящее время являются следующие: УЗИ как метод скрининга, но имеющий ряд ограничений ввиду субъективной оценки результатов исследования; рентгенография как наиболее доступный метод, но в ряде случаев дающий неполные топографические и функциональные характеристики исследуемого объекта; КТ — как оптимальный метод визуализации ОДС; МРТ – как наиболее информативный метод визуализации мягких тканей.

Следует заключить, что разработка алгоритма лучевой диагностики специфической патологии ОДС у пациентов с поздними формами сифилиса является значимой научно-практической задачей.

### ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ ГОРОДА МОСКВЫ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ, ВКЛЮЧАЯ МЕЛАНОМУ, В ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Томилин А.А., Мельниченко О.О., Анохина Л.С.*

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи (ЗНК) являются ведущей причиной заболеваемости злокачественными новообразованиями всех локализаций в РФ, составляя по состоянию на 2020 г. 15,2% ее структуры. Заболеваемость ЗНК как в РФ, так и в мире, продолжает расти. Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНК (без меланомы) в РФ в 2009 г. составило 55760 человек, в 2019 г. – 73150 (прирост 31%). Абсолютное число больных с впервые



в жизни установленным диагнозом меланомы в 2009 г. составило 7578, в 2019 – 10609 (прирост 40%).

В рамках реализации мероприятий по снижению смертности от ЗНК в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (Центр) разработана и внедрена первая в РФ программа ранней диагностики и профилактики ЗНК (приказ Центра от 28.12.2018 № 1084). Организационная модель включает «Центр неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК), сеть «Кабинетов профилактики ЗНК» (Кабинеты), охватывающую 17 филиалов Центра, маршрутизацию пациентов (пац.) с подозрением (подозр.) на ЗНК.

В случае установления диагноза «меланоцитарный невус» сведения вносятся в «Регистр пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус» (приказ Центра от 27.04.2018 № 106), что позволяет осуществлять динамическое наблюдение за пациентами, предупреждать развитие ЗНК или диагностировать их на ранних стадиях.

Важным аспектом программы является тесное взаимодействие дерматовенерологической и онкологической служб, направленное на сокращение сроков ожидания пациентами специализированной медицинской помощи (МП) по профилю «онкология». Центром заключены договоры о сотрудничестве с ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» (декабрь 2019), ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ (ноябрь 2020), ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ (февраль 2021), включающие направление пац. с подозр. на ЗНК непосредственно на консультацию (конс.) онколога.

Цель: анализ данных отчетных форм Центра «Отчет кабинета профилактики ЗНК», «Отчет о работе ЦНДК» за период 2019–2020 гг., а также сведений о пациентах, направленных к онкологу в 2020–2021 годах. Материалы и методы. Отчетные формы Центра «Отчет кабинета профилактики ЗНК», «Отчет о работе ЦНДК» за период 2019–2020 гг., а также сведения о пациентах, направленных к онкологу в 2020–2021 годы. Результаты. Число обращений в Кабинеты за период 2019–2020 гг. составило 198961. Диагноз «меланоцитарный невус» в 2020 г. установлен в 23 309 случаях (2019 – 22189).

В связи с подозрением на ЗНК в 2020 г. 5327 пациентов было направлено дерматовенерологами Кабинетов в ЦНДК (2019 – 5875). Специалистами ЦНДК в 2020 г. был подтвержден 3 201 случай подозрения на ЗНК, что составило 3% от общего числа обратившихся в Кабинеты (2019 – 2563 и 2,5 % соответственно). Таким образом, консультирование дерматовенерологами Кабинетов и ЦНДК позволило исключить ЗНК у 97 % пациентов с новообразованиями кожи, обратившихся в Центр в 2019–2020 годы. Согласно требованиям приказа ДЗМ от 15.01.2020 № 16, пациенты с подозрением на ЗНК были направлены к терапевту для проведения консультации онкологом.

В рамках реализации договоров о сотрудничестве с медицинскими организациями, оказывающими специализированную МП по профилю «онкология», в 2020 г. к онкологу был направлен 1641 пациент с подозрением на ЗНК (1552 пац. – в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», 89 – в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ).

Вместе с тем, за 7 месяцев 2021 г. в рамках указанного сотрудничества (по состоянию на 31.07.2021) к онкологу направлено 2475 пациентов, в том числе 1779 человек в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», 246 – в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, 450 – в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ. Для сравнения, за аналогичный период сотрудничества в 2020 году к онкологу было направлено 690 пациентов. Таким образом, более чем в 3,5 раза возросло число профильных пациентов с ЗНК в структуре больных, направленных специалистами Центра к онкологу.

Заключение. Раннее выявление злокачественных новообразований является приоритетной задачей современного здравоохранения. Организационная модель, разработанная и внедренная в Центре, выполняет важнейшую миссию по борьбе с ЗНК на территории г. Москвы и имеет высокую социальную значимость для столичного здравоохранения. За период реализации проекта отмечается увеличение числа профильных пациентов с подозрением на ЗНК, направленных специалистами ЦНДК непосредственно к онкологу, в том числе – с пометкой «cito!»), что особенно актуально в случае меланомы, обладающей способностью к быстрому росту и высоким потенциалом метастазирования.

Развитие взаимодействия дерматовенерологической и онкологической служб города Москвы в рамках ранней диагностики ЗНК позволяет сократить сроки ожидания профильными пациентами специализированной МП, что в свою очередь способствует улучшению прогноза и качества жизни, повышению показателей выживаемости пациентов с ЗНК.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЭРУПТИВНЫМИ ВЕЛЛЮСНЫМИ КИСТАМИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»  
Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Шалагинова А.В.*

Введение. Эруптивные веллюсные волосяные кисты – редкое, внезапно возникающая у детей и взрослых доброкачественное заболевание волосяных фолликулов, характеризующееся высыпанием множества мелких кист, содержащих в себе веллюсные волосы. Веллюс – это тонкие, «пушковские» волосы, короткие, слабо пигментированные, могут иметь деформированную структуру «гофре». Впервые эруптивные веллюсные волосяные кисты были описаны в 1977 году. Встречается аутосомно-доминантный тип наследования данной патологии.

Цель: описание клинического случая. Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациентки с эруптивными веллюсными кистами. Проведено лабораторное обследование: биохимический анализ крови (БАК), общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ). С целью верификации диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи.

Результаты. Под нашим наблюдением находилась пациентка А. 19 лет. Считала себя больной в течение нескольких лет, когда впервые отметила высыпания на коже боковых поверхностях туловища, в области коленных суставов. Самостоятельно лечилась наружными стероидными средствами без выраженного положительного эффекта. Впервые к дерматологу обратилась в декабре 2020 года, был установлен предполагаемый диагноз «Фолликулярный вегетирующий дискератоз Дарье?» Пациентка была направлена в МНПЦДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» для обследования и лечения. Объективно: Патологический процесс на коже носил хронический воспалительный, распространённый характер. Локализация – на коже туловища, нижних конечностей. На коже, преимущественно боковых поверхностей туловища, а также в области коленных суставов отмечены высыпания в виде папулезных элементов округлой формы, размером до 0,2 см, коричневатого цвета, единичные эскориации, покрытые геморагическими корками. Видимые слизистые оболочки, ногтевые пластины кистей и стоп интактны. Дермографизм смешанный. Субъективно: зуд не беспокоил. Лабораторные показатели БАК, ОАК, ОАМ – в пределах референсных значений. Результаты гистологического исследования: фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки. Слабый акантоз эпидермиса, его слои дифференцированы, слабый рыхлый кератоз. В сетчатом слое дермы обнаруживаются две кистоподобные полости, выстланные многослойным эпителием фолликулярного типа без признаков формирования зернистого слоя, в одной из полостей на поверхности эпителиальной выстилки отмечается формирование ундулирующей мембраны. В полости кист присутствуют рыхлые роговые массы и многочисленные фрагменты веллюсных волос. Вокруг сосудов дермы – скудные скопления гистиоцитов и лимфоцитов. Заключение: Признаков фолликулярного дискератоза Дарье в пределах доставленного материала не обнаружено, патологические изменения наиболее соответствуют эруптивной веллюсной кисте. На основании результатов клинического обследования и результатов гистологического исследования пациентке был установлен диагноз «Эруптивные веллюсные кисты». Пациентка была выписана под наблюдение дерматолога по месту жительства с рекомендациями провести через 3–4 месяца повторную биопсию кожи и консультацию дерматоонколога.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай представлен в связи с редкой встречаемостью множественных эруптивных веллюсных волосяных кист в дерматовенерологической практике.

## СЕЗОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И ДРУГИХ КОНТАКТИРУЮЩИХ С ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ СИСТЕМ ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 65 ЛЕТ В СВЯЗИ С COVID-19

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

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

Цель – продолжить анализ изменений кожи, а также других контактирующих с внешней средой систем в условиях пандемии COVID-19 на примере пациента старше 65 лет, вакцинированного от COVID-19. Статус пациента: мужчина 71 года, группа крови II, резус-фактор положительный; по данным анализа крови отмечается повышение гемоглобина; свертываемость крови в пределах нормы; у больного удалены венозные «вздутия» в правых паховой, верхней и нижней областях голени; в 1975 г. пациент перенес ожог II степени тяжести 50% кожи лучезапястных областей; пациент страдает от хронического бронхита; в сентябре 2020 г. привит вместе с супругой вакциной от гриппа. Антитела (АТ) от COVID-19 в декабре 2020 г. не выявлялись (у супруги – низкие титры IgM и IgG к мРНК SARS-CoV-2 в феврале 2020), отмечалось несколько временных эритематозных очагов диаметром до 1,5 см в 1-ю волну пандемии сначала на левой щековой области, а через 2 месяца – в нижней части середины лба в виде очага округлой формы с неровными контурами диаметром до 2,0 см, КТ с диагнозом Постковидный фиброз нижней области легких от весны 2021; в декабре 2020 – январе 2021 супруги вакцинировались от COVID-19 (титры нейтрализующих S-белок SARS-CoV-2 АТ выше 250 [тест Roche, Швейцария]; температура 38,0С на 2-й день после введения 2-го компонента, быстро нормализовалась); отмечалась высокая потливость; отсутствовали: аллергия, резкие повышения температуры, регулярный продолжительный кашель, асимметричные сыпи на шее, предплечьях и запястьях, голенях и ступнях; в период волн – короткопериодическое чихание и глубокий кашель у супругов. Результаты. Влияние волн COVID-19 на кожу, глаза и слух. Кожа. Наблюдалась градиентная/асимметричная направленность сыпи/сыпей по времени и расположению (направление от центров инициации, «эксфолиаций» и боли, очаги обычного и веерного расположения элементов). Градиенты: в 1-ю волну – эритематозные очаги округлой формы «миражи» – полностью обратимые (направление «от правого колена до верхней границы бедра с паховой областью»), во 2-ю и 3-ю волны COVID-19 – элементы, смешанные с фурункулами. Градиент смешанной сыпи на левом надплечье в условиях 3-й волны COVID-19 включал два сближенных фурункула (1,5–2,0)х(0,8–1,0 см, с дальнейшим асимметричным моно/би/затем мульти-«увеличением» в направлении к шее), переходящие в сыпь с элементами диаметром 0,1–0,3 см на остальной части надплечья со спуском на околосердечную область. Преемственность паттернов: эритематозные очаги округлой формы диаметром 1–2 см трансформировались в «централизованные» элементы и фурункулы. Фурункулы – незрелые с заторможенной воспалительной реакцией (розовые, гладкие, слабо вздутые, с краевым шелушением и центрами «эксфолиаций») и частичной обратимостью после двухнедельного пребывания на море. Глаза. Устойчивое воспаление (покраснение в области слизистой оболочки глаз, постоянный избыток слезной жидкости, обостряющийся конъюнктивит – все, усиливающиеся после посещений мест скопления людей); наблюдались «красный зрачок», красное кольцо по краю зрачка (усиление в связи с волнами 1–3 пандемии; слабое искажение восприятия цвета правым глазом [сдвиг в красную область]); в течение 10 дней в период 2-й волны 5-кратное ухудшение зрения правым глазом. Слуховой аппарат. Когнитивные дисфункции. Прогрессируют преимущественно низкочастотные (специальное исследование) нарушения, заторможенность мышечных действий (по результату). Периодически обратимо ослабляются обоняние и вкус. Заключение. Волны COVID-19 влияют на контактные системы. Сыпи, сопровождающие COVID-19, включают эритематозные очаги (самые ранние, слабо пролонгированные, полностью обратимые, первичные сигнальные, с максимальной диагностико-прогностической ценностью), затем фурункулезные (вторичные «сигнальные»). Общие особенности сыпей, сопровождающих COVID: раннее появление, неопределенность и непредсказуемость положения, неповторимый характер, трансформация (аддитивность, смена типов), асимметрия (территориальная, внутренняя мозаичная), преемственность и каскадность, синергизм (в том числе при перекрытии типов, слиянии), агрессивность (при каскадном слиянии), направленность, мозаичность (паттерны), полная ранняя или частичная

поздняя элиминация (остаточные паттерны с усилением диагностического потенциала), корреляционные связи с изменениями других систем (поражение кожи в связи с архитектурой сосудистой системы, местами внутренних повреждений). Предлагается концепция накопления ошибок с каждой волной COVID-19, рефлексированных в нарушении, в первую очередь, контактных макросистем. Важное значение дерматологического консультирования заключается в диспансерном контроле во избежание изменений кожи и слизистых.

## ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ РОАККУТАНОМ

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

Ахтямов С.Н., Овакимян И.М., Ефрим О.И.

Целью работы было исследование клинической эффективности роаккутана у больных с часто рецидивирующей папулопустулезной формой акне по интермиттирующей схеме.

Под наблюдением находилось 26 пациентов (12 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 23 до 37 лет с рецидивирующей папулопустулезной формой акне на лице и верхней половине туловища, а также нарастающими постакине осложнениями: втянутыми или гипертрофическими рубцами, а также гиперпигментацией. Ранее большинство пациентов неоднократно получали антибиотики внутрь или наружно, 7 пациенткам проводилось длительное гормональное лечение оральными контрацептивами, а 4 больных в течение 4 мес. получали роаккутан ежедневно, из расчета 40 мг в сутки. Тем не менее, у всех больных отмечались рецидивы через 3–6 мес. после прекращения терапии.

После клинических и биохимических исследований крови, которые не показали отклонений от нормы, роаккутан назначался из расчета одна 20 мг капсула в сутки, 1 раз в день, во время ужина, в течение 1 нед., затем следовал 3-нед. перерыв. Наружно все пациенты получали только увлажняющие кремы.

14 пациентов получили 12, семь пациентов – 6, пятеро пациентов – 4 курса роаккутана по интермиттирующей схеме. Контроль качества терапии проводился 1 раз в 2 нед. с помощью клинических методов, путем подсчета комедонов, папул и пустул, а также путем измерения скорости экскреции сала (СЭС) с помощью себометра (Sebumeter SM-810) в области лба, щек и подбородка. Исследования СЭС, проведенные до начала лечения, выявили у всех пациентов превышение показателей нормы примерно в 2 раза от 250 до 330 мкг/см<sup>2</sup>/мин (при норме 120–150 мкг/см<sup>2</sup>/мин). После 1-го курса лечения СЭС в среднем снижалась на 70 мкг/см<sup>2</sup>/мин. В течение последующего 3-нед. перерыва СЭС несколько повышалась и достигала в среднем 220 мкг/см<sup>2</sup>/мин. Последующий прием роаккутана вновь способствовал снижению экскреции сала уже на 120, 180 и т. д., вплоть до 80–100 мкг/см<sup>2</sup>/мин после 6-го курса терапии и таким образом оставался на протяжении всего последующего лечения. То есть снижение экскреции сала носило характер скачкообразной затухающей синусоиды.

Разрешение комедонов, папул и пустул происходило более постепенно и плавно, так, что после 3–4 курсов роаккутана высыпаний практически не отмечалось.

Клинический и биохимический контроль анализов крови проводился 1 раз в мес. в течение всего курса терапии, и ни в одном случае не было выявлено отклонений от нормы.

Из наиболее характерных негативных эффектов роаккутана в предложенной схеме отмечались следующие: практически у всех пациентов, хотя и в минимальной степени, присутствовали хейлит, сухость слизистых оболочек, носившие транзитный характер и не требующие отмены ретиноида.

Основным ограничением широкого применения роаккутана у молодых женщин является его тератогенность. У нас нет оснований утверждать, что снижение дозы роаккутана, даже в 4 раза, устранил этот негативный эффект ретиноидов.

Кроме того, несмотря на уменьшение дозы роаккутана, он в ряде случаев негативно влиял на процесс заживления. Так, у 5 пациентов из 18, которым спустя 3 месяца после отмены роаккутана проводился химический

пилинг 25% трихлоруксусной кислотой и раствором Джесснера, развились необычные реакции: значительное удлинился период эксфолиации (до 3 нед.) и эритемы (до 2 мес.), что крайне редко наблюдалось у пациентов, получавших такой комбинированный пилинг, но не принимавших роаккутан. У пациента, которому во время приема роаккутана методом электрофульгурации было проведено удаление множественных плоских бородавок на кистях, развились гипертрофические рубчики. Интересно отметить, что ранее, до приема роаккутана, этому пациенту уже удаляли бородавки тем же методом, но без последующего образования заметных рубцов. Таким образом, применение роаккутана по интермиттирующей схеме у больных с рецидивирующей папулопустулезной формой акне приводит к хорошему клиническому результату, оказывает минимальное побочное действие и значительно удешевляет стоимость лечения. Тем не менее, учитывая непредсказуемое влияние роаккутана на пролиферативную активность кератиноцитов, проводить абразивные косметические или дерматохирургические вмешательства во время приема препарата или в течение 6 месяцев после его отмены не следует. Лучше это сделать через 1 год, когда препарат полностью выводится из организма.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

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

Каирова А.Н., Попенова Л.Д., Гилякова Д.Н.

Грибовидный микоз (ГМ) – наиболее часто встречающаяся форма кожной Т-клеточной лимфомы (ТКЛК), обусловленной моноклональной пролиферацией в коже клеток лимфоидной ткани. В настоящее время развитие ТКЛК рассматривается с позиции нарушения механизмов взаимодействия иммунокомпетентных структур кожи при воздействии проонкогенных вирусов. ГМ медленно прогрессирует в течение нескольких лет и характеризуется поэтапной эволюцией пятен, бляшек и узлов. Высыпания при ГМ настолько разнообразны, что это заболевание называют «великим имитатором». Сходство ранних клинических проявлений ГМ с хроническими дерматозами (псориаз, параспориоз, экзема и др.) существенно затрудняет своевременную диагностику заболевания. Самое раннее поражение, наблюдаемое при грибовидном микозе, – это эритематозные, уртикароподобные, псориазо- и параспориозоподобные высыпания с псевдоатрофичной поверхностью. Наиболее сложной в диагностическом плане является пятнистая стадия ГМ, дифференциальная диагностика которой проводится в первую очередь с мелkobляшечным (МБП) и крупнобляшечным параспориозом (КБП). МБП и КБП различаются на основе клинической и гистопатологической корреляции. МБП имеет минимальный потенциал для инфильтрации или опухолевого развития. Трансформация КБП в ГМ отмечается в 10–40% случаев, хотя ряд авторов считают КБП изначально ТКЛК с медленной опухолевой прогрессией. Частота лимфатической узловой или висцеральной диссеминации увеличивается по мере прогрессирования поражения от стадии пятна до стадии бляшки и, наконец, стадии опухоли. Основными методами для постановки диагноза ГМ в настоящее время являются клиническое обследование, гистологическое и иммунофенотипическое исследования биоптатов из очагов поражения кожи, определение перестройки гена Т-клеточного рецептора. Приводим описание клинического случая грибовидного микоза. Больной В., 70 лет, впервые обратился в МНПЦДК ДЗМ, филиал «Кутузовский», 05.06.2019 г. с жалобами на высыпания кожи туловища, конечностей, умеренный периодический зуд. Из анамнеза установлено, что первые проявления заболевания пациент стал отмечать в 2016 г. Дерматологом по месту жительства диагнозов не установлен, не лечился. В мае 2019 года в филиале «Кутузовский» диагностирован: «Бляшечный параспориоз? Т-лимфома?». Пациенту рекомендована диагностическая биопсия кожи и консультация гематолога. В сентябре 2019 года больной госпитализирован в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом «Крупнобляшечный параспориоз», где была произведена диагностическая биопсия. Заключение: патологические изменения не позволяют полностью исключить псориаз на фоне лечебного патоморфоза; признаков лимфопролиферативного заболевания не обнаружено; рекомендуется наблюдение с

повторной биопсией при последующем обострении до начала лечения. В составе комбинированной терапии пациент получал плазмозамещающее средство, антигистаминные препараты, антиагреганты, наружные средства, с положительным эффектом на момент выписки. С июля 2020 года обострение кожного процесса. Повторная госпитализация в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» в октябре 2020 года. В условиях стационара проведено повторное гистологическое исследование. Заключение: Гистологические изменения более всего соответствуют грибовидному микозу в стадии пятна. Пересмотр гистологического материала ФГБУ НМИЦ гематологии – от 2019 года – морфологическая картина крайне подозрительна по принадлежности к ранней стадии грибовидного микоза, в биопсии кожи от 2020 года в наибольшей степени характеризует хронический спонгиозитический дерматит (биопсии выполнены на фоне местной ГКС терапии). Рекомендовано динамическое наблюдение, повторное выполнение биопсии инфильтрированного новообразования в условиях двухнедельной отмены терапии. В амбулаторных условиях в филиале «Кутузовский» произведена диагностическая биопсия для исключения лимфопролиферативного заболевания кожи. Заключение: гистологические изменения соответствуют грибовидному микозу в стадии пятна. Пациент был направлен для консультации, дообследования и определения дальнейшей тактики к гематологии. Представленный клинический случай отражает трудности диагностики и ведения пациентов с Т-клеточными лимфомами кожи. Для эффективного лечения грибовидного микоза важна ранняя диагностика, основанная на комплексной оценке клинико-anamnestических данных и постоянном клиничко-лабораторном мониторинге пациентов с крупнобляшечным параспориозом. Только своевременное реагирование и адекватная терапия способны увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

## КОНЦЕПЦИЯ ВЛИЯНИЯ ВОЛН COVID-19 НА ПАТТЕРНЫ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

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

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

Цель – анализ изменений кожи и слизистой оболочки у пациентов старше 65 лет, вакцинированных от COVID-19, в условиях пандемии. Методы. Систематизация данных собственных публикаций в 2019–2021 гг. в направлении концепции (К). Результаты. 1. В периоды волн COVID-19 регистрируются связанные с ними импульсивные и синхронизированные с волнами аномальные визуальные (статические и каскадные) и функциональные картины состояния кожи и слизистой. 2. К импульсивным ценным для диагностики признакам сопровождающих COVID-19 патологий в первую очередь относятся: в случае кожи – множественные эритематозные высыпания округлой формы разной интенсивности; в области глаз – феномен «красный зрачок» и «кольцевая красная синусоида», примыкающая к радужке (регулярно появляются в периоды волн заболевания), появление прогрессирующего туманного необратимого фона в поле зрения максимально поврежденного глаза. 3. Диагностический расширенный/кинетический алгоритм выявления сопровождающих COVID-19 патологий включает: в случае кожи – последовательную/кинетическую регистрацию перекрывающихся асимметричных (в терминах «левых-правых» частей/единой части тела) синергистических (перекрывающихся каскадных) индивидуальных сыпей: \*первичные сигнальные быстро исчезающие эритематозные очаги (обычно пятна округлой формы диаметром 1–2 см), \*симметричные сыпи в составе протяженного паттерна (с центром или линией симметрии), но с локализованной в паттерне асимметричным фрагментом – диагностическим признаком локальной патологии; остаточные сыпи как вторичные сигнальные (усиление асимметрии в паттернах остаточных элементов); установление патологий на ранних этапах регистрации изменений может помочь в прогнозировании и устранении дальнейших нежелательных паттернов; в случае глаз: установление сенсорной зависимости от индивидуума реакции (функционального – комплексного паттерна) – регулярные покраснения, усиление слезоотделения и выделения посторонних мешающих зрению веществ после посещения мест скопления людей (в том числе продуктовых супермаркетов, метро, поликлиник,

больниц, фитнес-центров) – реакции неспецифической, но более ранней, чем эритемная; выявление специфических – импульсных в резонансе с волнами признаков патологий, сопровождающих COVID-19 («красный зрачок» и «кольцевая красная синусоида»). 4. Имеют место связи между паттернами кожи и слизистой глаз и архитектурой сосудистой системы и ее повреждениями. 5. На основании полученных результатов предлагается следующая концепция прогрессирующего интеграционного накопления ошибок в функционировании макросистем организма с каждой очередной волной COVID-19, визуально регистрирующегося, в первую очередь, в отношении паттернов кожи и слизистых. В результате такого накопления достигается снижение пороговых доз инициации патологий смешанными инфекциями (персонифицированными микробиоценозами с участием вирусов). Широкомасштабное прогрессирующее вовлекающее вирусы (в том числе штаммы SARS-CoV-2) «картирование паттернов» и повсеместная сенсibilизация к вирусной инфекции органов и тканей далее иницируют сопутствующие COVID-19 патологии и болезни.

Выводы. 1. Разработанная и предлагаемая концепция перспективна для диагностико-прогностической оценки патологий и болезней кожи и слизистых организма в период пандемии COVID-19 и в связи с волнами COVID-19. Она может быть использована для классификаций патологий и болезней, в том числе в составе постковидного синдрома. 2. Представляет интерес дальнейшее развитие концепции в направлении модуляции волнами регулируемых локальных смешанных микробиоценозов с участием вирус-возбудителей, в том числе ОРЗ, гриппа и/или COVID-19, приводящих к первичным и вторичным патологиям кожи и слизистой. 3. Целесообразно проводить диспансеризацию изменений контактирующих с внешней средой макросистем индивидуумов и пациентов для своевременного предотвращения появления и развития патологий и болезней кожи и слизистой в связи с COVID-19. 4. Значение для дерматовенерологии и косметологии: концепция поможет в разработке новых неинвазивных превентивных стратегий профилактики и лечения изменений кожи и слизистых в связи с вирусными инфекциями, включая COVID-19.

## К ВОПРОСУ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ

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

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Петров А.А.

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа больных, страдающих аллергическими заболеваниями. Это связано со многими факторами, в том числе и с экологической обстановкой. Несмотря на внедрение в работу современных методов исследования на аллергены, на сегодняшний день проблема аллергодиагностики является одной из наиболее актуальных. Основным маркером развития аллергических реакций выступает иммуноглобулин класса E (IgE). При направлении на исследования нужно помнить, что одним из наиболее безопасных и основных методов исследований является иммуноферментный анализ (ИФА). Главным преимуществом ИФА, в отличие от скарификационных методов, является определение не только большего спектра аллергенов в сыворотке крови, но и возможность проведения исследования в период обострения заболеваний.

Исходя из выше изложенного, нами были исследованы 2 возрастные группы: дети (0–14 лет) и подростки (15–17 лет) – на предмет обнаружения IgE методом ИФА за трехгодичный период: 2017–2019 гг. В каждой группе оценивались два аллергических заболевания: атопический дерматит и экзема. 1. Дети 0–14 лет за 2017 г.: атопический дерматит – 125 (из них положительные 104), экзема – 14 (из них положительные 12). За 2018 г.: атопический дерматит – 137 (из них положительные 108), экзема – 50 (из них положительные 38). За 2019 г.: атопический дерматит – 96 (из них положительные 72), экзема – 16 (из них положительные 14). 2. Подростки 15–17 лет за 2017 г.: атопический дерматит – 125 (из них положительные 108), экзема – 45 (из них положительные 38). За 2018 г.: атопический дерматит – 137 (из них положительные 114), экзема – 50 (из них положительные 42). За 2019 г.: атопический дерматит – 26 (из них положительные 20), экзема – 12 (из них положительные 8).

Таким образом, мы считаем исследование IgE методом ИФА для постановки предполагаемого диагноза аллергического заболевания необходимым, но

для более глубокого исследования – недостаточным. В связи с этим нами рекомендуется широко внедрять в работу тестовые панели для определения специфических аллергенов. Это, в свою очередь, позволит увеличить охват пациентов, страдающих аллергическими реакциями, сделать исследования более доступными, в том числе для проведения контроля лечения.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

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

Чесноков А.Б., Винник Ю.Ю., Крюченко И.Л.

Грибовидный микоз является одной из наиболее частых форм кожных Т-клеточных лимфом кожи. Заболеваемость грибовидным микозом составляет 1,43 случаев на 100 000 населения и неуклонно увеличивается в последние десятилетия.

Под нашим наблюдением находился больной Щ., возраст 61 год. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, ожирение I степени. В стационарное отделение КГБУЗ КККВД № 1 пациент поступил с жалобами на высыпания, интенсивный кожный зуд, слабость, потерю массы тела. Пациент считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, сопровождающиеся зудом. В дальнейшем высыпания распространились на кожу волосистой части головы, туловища, верхние и нижние конечности. В 2017 году обратился в поликлинику КККВД № 1. Было назначено лечение по поводу «аллергического дерматита», «экземы», «микроспории» преимущественно антигистаминными препаратами, ТГКС с временным положительным эффектом. В последующие годы патологический процесс медленно распространялся, интенсивность зуда усиливалась. В апреле 2021 года в связи с отсутствием положительной динамики от проведенной терапии была заподозрена лимфома кожи. Пациент направлен в онкологический диспансер для уточнения диагноза. В результате проведенных патогистологических и иммуногистохимических исследований был установлен диагноз «Грибовидный микоз 4 стадия. Т-клеточная лимфома с поражением кожи лица, головы, верхних и нижних конечностей, глубоких шейных и подмышечных лимфоузлов». В условиях онкологического диспансера получил два курса химиотерапии, со слов пациента в третьем курсе химиотерапии отказано из-за отсутствия положительной динамики. 16.06.2021 консультирован дистанционно в ФГКБ «НМИ Центр онкологии им. Н.Н. Блохина». Диагноз «Грибовидный микоз, T2N0M0V0, впервые выявленный». Рекомендовано PUVA-терапия, метотрексат 30 мг каждые 10 дней.

В июне 2021 г. больной был госпитализирован в стационар КГБУЗ «КККВД № 1». Локальный статус при поступлении: патологический процесс носит распространенный симметричный характер с поражением кожи головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными эритематозными пятнами с шелушением на поверхности с четкими границами различного размера неправильной формы фиолетово-красного цвета. Имеются множественные инфильтрированные бляшки неправильной формы, четко отграниченные от окружающей кожи, располагающиеся преимущественно на голове и шее, с формирующимися узлами, покрытыми серозными и геморрагическими корками, мокнущими эрозиями. В условиях стационарного отделения и стационара дневного пребывания КГБУЗ «КККВД № 1» в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями больному проведено лечение Метотрексатом в дозе 30 мг в неделю с назначением 5 мг фолиевой кислоты на следующий день под контролем лабораторных показателей. Всего было выполнено 5 подкожных инъекций метотрексата. Кроме того, проводилась симптоматическая терапия, применялись анилиновые красители, ТГКС. В процессе лечения пациент отмечал исчезновение зуда, прекратилось появление новых высыпаний, эрозии полностью эпителизировались, мокнущие прекратилось, корочки отторглись. Бляшки и узлы уменьшились в диаметре.

В результате проведенных лечебных мероприятий удалось достичь контроля над прогрессированием заболевания без проявления признаков непереносимости токсичности. Таким образом можно констатировать, что применение метотрексата в дозе 30 мг в неделю при подкожном введении при терапии грибовидного микоза является эффективным, безопасным и приемлемым методом лечения данного заболевания. Наблюдение за пациентом продолжается.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РАСПОЗНАЮЩИЕ ПАТТЕРНЫ УГЛЕВОДОВ И ГЛИКОКОНЪЮГАТОВ, ПОСТБИОТИКИ ПОДДЕРЖКИ БИОТОПОВ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

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

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

К постбиотикам относятся продукты жизнедеятельности пробиотиков на варьирующих природных средах с широким спектром полезных для человека активностей (нормализующих, поддерживающих и стимулирующих), направленных в том числе против инфекционных патологий и болезней кожи и слизистых оболочек.

Цель. Оценить перспективы постбиотических метаболитов (ПБМ) в качестве профилактических и терапевтических постбиотиков (ПТПБ) поддержки мукозального иммунитета кожи и слизистых оболочек.

Материалы и методы. Штаммы микроорганизмов, пробиотики – из коллекции микроорганизмов Института им. Г.Н. Габричевского, процедуры и методы получения и характеристики фракций культур микроорганизмов – стандартные, в том числе собственные лабораторные разработки.

Результаты. 1. Рассмотрены взаимосвязи пробиотических лектиновых систем (ПЛС) и распознающих углеводы и гликоконъюгаты системных ПБМ и ПТПБ. 2. Описаны пути конверсии ПЛС в ПМБ и ПТПБ и аргументированы их преимущества. 3. Проведена оценка кофункционирования и синергизма рассматриваемых распознающих углеводы и их производные систем с прочими эффекторами и факторами. 4. Исследованы факторы направленного прогнозируемого повышения уровней ПБМ и ПТПБ: использование определяемого частично гидролизованного белка (на примерах штаммов Ацилакта); составление пептидных формул культуральных жидкостей пробиотиков (на примерах штаммов Ацилакта); определение Тгг фракций культур пробиотиков по флуоресценции (на примерах бифидопробиотиков и Ацилакта); контролируемая деградация белка и полисахаридов бифидобактерий в питательных средах пробиотиков гидролазами (протеиназами и деполимеразами); повышение концентрации клеток пробиотиков для усиления путей метаболизма (на примерах бифидобактерий); диспергирование суспензий пробиотиков ферросоставами (на примерах бифидобактерий); мониторинг устранения микробных ассоциатов в свежeweделенных смешанных микробиоценозах в течение первых 2–3 дней культивирования (на примерах дрожжеподобных грибов).

Выводы. Отмечены перспективы получения ПБМ направленного и распознающего паттерны мишеней действия, что может быть важным для разработки новых средств профилактики и терапии патологий и болезней кожи и слизистых оболочек. Приведенные данные систематизируют, детализируют и позволяют дальнейшую алгоритмизацию исследования и применения ПБМ; упрощают поиск, характеристику и применение ПТПБ в сопроводительных сочетанных процедурах, направленных против патологически измененных паттернов (статических и кинетических – функционально-каскадных) кожи и слизистых. ПЛС являются перспективными источниками мультисинергического прямого действия на кожу и слизистые, а также опосредованного действия – через наборы характеристических ПБМ и ПТПБ.

## МЕГАПАТТЕРНЫ, РАСПОЗНАВАЕМЫЕ ЛЕКТИНАМИ ЗАЩИТНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА: НОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВ ПАТОЛОГИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

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

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

К лектинам относятся неиммуноглобулиновые белки/пептиды и их комплексы, взаимодействующие с углеводами и гликоконъюгатами (ГК),

ферменты углеводного обмена с лектиновым высокоспецифичным 3D-модулем. Известна специфичность лектинов: простая – к моно/дисахаридам; паттерновая: тонкая (к гликопептидам и олигосахаридам из состава ГК), сверхтонкая (к цельным молекулам ГК), кластерная (к «площадкам» Ser/Thr-гликанов белка, мозаике антенн Asp-гликанов белка); мегапаттерновая специфичность (МПС) в отношении контактов (меж)молекулярной, (меж)рецепторной и (меж)клеточной инициации физиологически значимых процессов. Поскольку патологии (в том числе кожи и слизистой) характеризуются ГК-зависимыми паттернами, вовлекающими (меж)клеточные коммуникации, то перспективно исследовать МПС системных сетевых лектинов защиты организма, кофункционирующих с антительной защитой. Цель. Расширение спектра профилактических и терапевтических средств против патологий кожи и слизистой оболочки на примерах цитокинов (эритропоэтинов – белковых гормонов, стимулирующих ангиогенез в коже, поддерживающих ткани в условиях гипоксии) и цитокины-сходных пробиотических лектинов (ПЛ).

Материалы и методы. Исследовали коммерческие препараты эритропоэтинов – эритропэтин, эпокрин, рекормона и других рекомбинантов; очищенные собственные четырех типов препараты ПЛ лактобацилл и бифидобактерий. Использовали синтетические полимерные (на основе линейной цепи полиакриламида [ПАА]) биотинилированные ГК с известной паттерновой структурой ([www.lectinity.com](http://www.lectinity.com)). Белковые системы получали разделением форм препаратов изоэлектрофокусированием в пластине ПАА-геля в градиенте pH 2-8 с последующим электрооблотингом на гидрофобную мембрану. После обработки белков на мембране ГК-биотином связывание ГК проявляли стрептавидин-пероксидазой. Гормоны проявляли параллельно иммунным сэндвичем, меченым пероксидазой. Хемилюминесценцию в присутствии субстрата пероксидазы регистрировали в системе BioChem System (UVP) в оптимизированном режиме живого изображения.

Результаты. 1. Установлена МПС (на уровне специфического связывания полимерных сиалоГК) у надмолекулярных сборочных мочевых (диагностических) форм эритропоэтинов. Немочевые (коммерческие, потенциальные профилактические и терапевтические агенты) формы гормонов охарактеризованы паттерновым взаимодействием с несколькими типами полимерных синтетических ГК. 2. Кислые ПЛ рI 4-4,5, представляющие собой надмолекулярные формы, характеризуются взаимодействием с несколькими типами ГК. При этом типы ГК ранжируются по способности образовывать с ПЛ наборы множественных форм, интенсивности выявляемых комплексов, местам доступности (межмолекулярным контактным особенностям).

Выводы. Выявлены новые распознающие ГК перспективные мультивалентные комплексы традиционных белковых эффекторов с новым потенциалом полезных свойств. Установлен и расширен профилактический и терапевтический потенциал коммуникативных свойств эритропоэтинов и ПЛ в форме наночастиц, способных к выбору ГК-мишеней из ранжированного состава полимерных 3D-ГК в связи с возможным профилактическим и терапевтическим применением против патологий и болезней кожи и слизистых.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ АКНЕ

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

Потекаев Н.Н., Демина О.М., Косталева А.В., Шульгина И.Г., Ильин Л.А., Палуха В.В., Рустамов А.Н., Власова М.В.

Традиционно существовало мнение о том, что воспаление играет роль лишь на поздних стадиях акне. Однако в последнее время эта гипотеза пристально обсуждается, т.к. показано, что воспалительная реакция при акне первична и является субклиническим базисом комедоногенеза. Показано, что *S. acnes* инициирует врожденный иммунитет посредством активации TLR2 как при ранних микрокомедональных акне, так и при поздних воспалительных формах. В результате активация TLR вызывает экспрессию

генов иммунного ответа, в том числе кодирующих различные цитокины и хемокины, стимулирующие миграцию иммунных клеток. Известно, что *S. aspes* выделяют различные экзогенные протеазы, которые посредством стимуляции протеаз-активированного рецептора-2 (protease-activated receptor-2, PAR-2) на кератиноцитах могут усиливать транскрипцию провоспалительных цитокинов: IL-1 $\alpha$ , IL-8, фактор некроза опухоли  $\alpha$  (tumor necrosis factor  $\alpha$ , TNF  $\alpha$ ), ряд матричных металлопротеиназ и LL37. Поэтому при УБ, в дополнении к активации воспалительной реакции через TLR, происходит ее развитие посредством стимуляции PAR-2. Предполагается, что в сальной железе происходит секреция IL1 $\alpha$ , инициированная активностью транскрипционных IL1 $\alpha$ mRNA.

Полученные в настоящее время данные о развитии воспалительной реакции при акне убедительно подтверждают ее наличие как при ранних, так и при поздних стадиях дерматоза. Новые данные свидетельствуют, что акне является первичным воспалительным заболеванием с клиническими, гистологическими и иммунологическими признаками воспаления на всех стадиях акне. В связи с этим мнение о невоспалительном характере комедогенной формы акне претерпевает изменение с учетом начала развития воспаления на ранних стадиях заболевания, что подтверждается наличием гиперсекреции провоспалительных цитокинов, пептидаз и нейропептидаз, активации липидов сальных желез, TLR и PPAR.

При этом иммунохимические пути инициации и распространения воспаления при акне являются сложными и в настоящее время до конца не изученными. Изучение роли *S. aspes* как обязательного этиологического воспалительного агента акне также указывает на его необязательное присутствие, т.к. воспалительный ответ возникает и без этих микроорганизмов.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что акне является хроническим воспалительным заболеванием и для повышения эффективности терапии важно применение терапевтических средств с противовоспалительным эффектом, преимущественно в комбинации с другими противогрибковыми препаратами.

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА И ПОДХОДЫ К ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала*  
Купеева И.А., Иванова М.А., Гаджимурадова К.М.,  
Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) относится к орфанным (редким – не более 10 случаев на 100000 населения) заболеваниям. В Российской Федерации показатель его распространенности в 2016 году составлял 3,9 на 1 миллион населения, а в Республике Дагестан он самый высокий в стране – 43,3 на 1000 000.

Цель – изучить клинические формы ВБЭ в популяции Дагестана и их профилактику.

Материалы и методы. Обследованы 130 пациентов ВБЭ, верифицирован тип и субтип у 129 (99,23 $\pm$ 0,77%) из них. Изучено картирование заболевания в регионе, а также у 127 пациентов подходы к терапии и влияние экзогенных факторов на кожный процесс и развитие сопутствующей патологии.

Результаты и заключение. Клинические формы ВБЭ распределены в регионе следующим образом: простая – 65%, пограничная – 6%, дистрофическая – 28%, один больной с Киндлер-синдромом. Одному пациенту идентифицировать тип ВБЭ не удалось. Рецессивная форма генодерматоза (проявляется при близкородственных и субпопуляционных браках) зафиксирована нами у 46% больных. По степени тяжести течения ВБЭ больные отнесены к четырем группам. Большая часть пациентов входит в группу с легкой и средней тяжестью: ПВБЭ Вебера–Кокейна – 53 (41,73 $\pm$ 4,38%, n=127) и герпетиформный Доулинг–Меара – 11 (8,66 $\pm$ 2,5%, n=127), доминантный ДВБЭ – 3 (2,36 $\pm$ 1,35%, n=127) и рецессивный ДВБЭ генерализованный не мутилирующий – 1 (0,79 $\pm$ 0,79%, n=127), ПгрВБЭ – 8 (6,3 $\pm$ 2,16%, n=127), а также Киндлер-синдром – 1 (0,79 $\pm$ 0,79%, n=127). Больные генерализованным рецессивным ДВБЭ отнесены либо к тяжелой, либо очень тяжелой группе течения процесса – 7 (5,51 $\pm$ 2,07%, n=127) и 21 (16,54 $\pm$ 3,32%, n=127) соответственно. Контингент детей составляет большую часть больных

ВБЭ в Республике Дагестан – 63,78 $\pm$ 4,26%. В тоже время, 6,3 $\pm$ 2,16% составляют лица в возрасте 56–63 года, что требует дифференцированного подхода при их ведении.

Установлены административно-территориальные единицы республики с высокой патогенной мутацией, ассоциированной с определенным субтипом ВБЭ. Так в 11 районах выявлены больные с тяжелой формой дистрофического ВБЭ. И формой первичной профилактики является консультация молодых людей из этих районов перед бракосочетанием. Профилактикой осложнений основного заболевания является ранняя верификация заболевания и проведение симптоматической терапии, создание безопасной среды проживания. Существенным внешним фактором, усугубляющим течение ВБЭ, в Дагестане является высокая температура воздуха в течение 5 месяцев (май–сентябрь). Кондиционирование воздуха позволяет избежать летнего обострения кожного процесса, добиться уменьшения площади его поражения и повысить качество жизни пациентов.

## НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*  
Зайнуллина О.Н.

Актуальной проблемой при atopическом дерматите (АтД) у детей является вторичное инфицирование кожи. Постоянное персистирование патогенной микрофлоры в очагах поражения кожи является одним из ведущих факторов развития манифестаций и эксацербаций АтД.

Учитывая сочетанный характер этиологии АтД и высокую степень контаминации очагов поражения бактериальной и грибковой микрофлорой, наиболее обоснованной тактикой лечения больных в период обострения следует признать использование наружных комбинированных глюкокортикостероидов (ГКС). Целесообразно назначать не моно-, а поликомпонентные наружные ГКС, помимо стероида содержащие антибиотик или антимикотик. В рутинной практике микробиологическое исследование перед назначением антибактериальных препаратов проводится редко, препараты назначаются эмпирически. Нерациональный выбор препарата приводит к дальнейшему повышению резистентности микроорганизмов, отсутствию эффекта на терапию и ухудшению течения кожного процесса.

Для повышения эффективности лечения детей с хроническим рецидивирующим АтД тяжелой степени, осложненного вторичным инфицированием кожи, мы проводили исследование микробиоценоза кожи методом MALDI-TOF масс-спектрометрии. Был исследован 71 ребенок с АтД в возрасте от 3 месяцев до 12 лет. Все дети получали терапию согласно стандартам оказания медицинской помощи детям, больным АтД. В комплексное лечение детей основной группы (39 детей) для коррекции нарушенного микробиоценоза кожи были включены комбинированные ГКС с содержанием антибиотиков и антимикотиков с учетом видовой идентификации всех выделенных культур микроорганизмов с кожи ребенка методом MALDI-TOF масс-спектрометрии. В группе сравнения (32 ребенка) лечение проводилось по стандартной схеме.

Оценка эффективности терапии проводилась с помощью индекса SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), анкеты ДДИКЖ (детский дерматологический индекс качества жизни), контрольных исследований микрофлоры кожи методом MALDI-TOF масс-спектрометрии, оценки регресса основных симптомов АтД.

При использованной нами методике местной терапии положительная динамика кожных проявлений осложненного АтД в основной группе отмечена уже на 2–3 сутки. По окончании курса местной терапии достоверно уменьшилась распространенность жалоб на зуд (со 100,0% до 20,5%), уменьшился удельный вес больных с выраженной гиперемией очагов (со 100,0% до 23,1%), а также с пустулами и мокнутием (с 76,9% до 7,7% и с 64,1% до 2,6%). В группе сравнения разрешение очагов мокнутия, пустулезных элементов имело место к 7-му дню местной терапии. К окончанию лечения удельный вес больных с данными симптомами сократился с 65,6% до 6,3% и с 81,3% до 12,5% соответственно. У 34,4% больных продолжал беспокоить неинтенсивный ночной зуд, у 40,6% – оставалась неяркая гиперемия очагов. Положительная динамика отмечалась во всех случаях.

Примененная нами терапия оказала благоприятное действие на качество жизни больных АД, и после лечения отмечался регресс показателя ДДИКЖ: в основной группе – с 25,2 до 4,2 балла ( $p < 0,001$ ), в группе сравнения – с 24,4 до 13,6 балла ( $p > 0,05$ ).

Дифференцированное применение комбинированных топических стероидов с содержанием антибиотиков и антимикотиков сопровождалось достоверным снижением индекса SCORAD в основной группе в 3,6 раза, с  $62,4 \pm 12,9$  до  $17,3 \pm 4,4$  ( $p < 0,01$ ).

Сравнительный анализ показал, что в результате терапии с применением комбинированных топических стероидов с содержанием антибиотиков и антимикотиков, назначенных на основании результатов исследования микробиоценоза кожи методом MALDI-TOF масс-спектрометрии в основной группе было достоверно больше детей с максимальным снижением индекса SCORAD (положительная динамика). Выраженное улучшение (снижение индекса на  $\geq 75\%$ ) в основной группе отмечалась у 69,2% детей, в группе сравнения – у 24,4% детей ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные данные указывают на целесообразность комплексного лечения детей с АД тяжелой степени, осложненного вторичным инфицированием кожи с применением комбинированных топических ГКС с содержанием антибиотиков и антимикотиков, назначенных на основании результатов исследования микробиоценоза кожи методом MALDI-TOF MS.

### КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ СКАНИРУЮЩАЯ МИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ КОЖИ МАЛОГО РАЗМЕРА

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

**Топычканова Е.П., Бакуров Е.В., Кохан М.М.**

Введение и цели. Диагностика базальноклеточной карциномы (БКК) кожи малых размеров зачастую бывает затруднена в связи со скудной дерматоскопической картиной, отсутствием патогномичных визуализируемых признаков на начальном этапе формирования и роста опухоли. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (КЛСМ) позволяет с высокой долей вероятности установить диагноз с помощью визуализации специфичных симптомов. Целью исследования явилось выявление у пациентов КЛСМ-симптомов новообразований (НО) малых размеров, подозрительных на БКК. Материалы и методы. Пациенты были обследованы в клинике ГБУ СО «УрНИИДВиИ» (12 пациентов, 4 мужчины и 8 женщин) на конфокальном лазерном сканирующем микроскопе VivaScope 1500/3000, Lucid-Tech. Inc., Henrietta, NY; MAVIG GmbH Munich, Germany.

Все диагнозы были подтверждены патоморфологически.

Результаты. Было обследовано 12 пациентов, из них 4 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 38 до 69 лет, направленных на КЛСМ с подозрением на БКК. Анамнестически НО существовали менее 6 месяцев у 30% исследуемых, около 6 месяцев у 45% и около года у 25% пациентов. Клинически у всех пациентов определялась плоская папула телесного или бледно-розового цвета, размерами от 0,3 до 0,6 см, на коже лица и открытых участков туловища и верхних конечностей. Дерматоскопически определялась гомогенная структура во всех исследуемых НО, у 6 пациентов визуализировались короткие тонкие сосуды. По данным КЛСМ у 4 пациентов не выявлены признаки деструкции эпидермиса, отмечалось наличие утолщений в дермо-эпидермальном соединении, плотных округлых гнезд. Этим пациентам был установлен и позже подтвержден диагноз интрадермального невуса. У остальных пациентов были выявлены: симптом «потока», деструкция глубоких слоев эпидермиса, гиперрефрактивные поля опухоли, расширенные сосуды с активным кровотоком, а также дендритные клетки в 65% исследуемых НО. У данных пациентов был заподозрен и патоморфологически подтвержден диагноз БКК.

Выводы. При скудной клинической и сомнительной дерматоскопической картине НО кожи КЛСМ позволяет визуализировать специфичные признаки, характерные для БКК, с высокой долей вероятности установить диагноз.

### РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

**Демина О.М.**

Акне – мультифакториальное заболевание, в патогенезе которого на всех стадиях дерматоза ведущая роль отводится развитию воспалительной реакции. Известно, что триггерным фактором воспаления при акне являются Cutibacterium acnes (C. acnes), активирующие моноциты с секрецией провоспалительных цитокинов, которые стимулируют синтез металлопротеиназ (ММП).

ММП представляют собой цинк-зависимые внеклеточные протеиназы. Они участвуют в широком спектре нормальных биологических функций, включая морфогенез, заживление ран и ангиогенез. Активность ММП регулируется тканевыми ингибиторами металлопротеиназ (ТИМП). Известно, что ММП и ТИМП регулируют ремоделирование внеклеточного матрикса, при этом их дисбаланс может вести к формированию воспаления, в частности при акне. Установлено, что ферменты фибробластов и кератиноцитов также участвуют в регуляции ММП и ТИМП. Кроме того, дисбаланс ММП и ТИМП являются причиной формирования атрофических или гипертрофических рубцов. Ген ADAMTS13 (ADAM metalloproteinase with thrombospondin type 1 motif 13) кодирует член семейства белков, содержащих несколько отдельных областей, включая домен металлопротеиназы, дезинтегрин-подобный домен и мотив тромбоспондина типа 1 (TS).

При проведении молекулярно-генетического исследования у пациентов с акне были выявлены 14 однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) гена ADAMTS13 в экзонах (несинонимичная замена): rs34024143, rs149517360, –, rs2301612, rs11575933, rs782272645, rs28647808, rs41314453, rs685523, rs78977446, rs36222275, rs781905328, rs28503257, rs61751476.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об ассоциации выявленных SNPs гена ADAMTS13 с тяжелым течением акне.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Государственное бюджетное учреждение «Республиканский кожно-венерологический диспансер», ООО «Медицинская компания», Грозный, Чеченская Республика*

**Сулейманов Э.А., Дениева М.И., Балабекова Ф.Г., Измаилова Ф.И.**

Хронический воспалительный процесс в организме пациентов с псориазом (ПсО) на фоне общей генетической предрасположенности способствует высокому риску развития таких процессов, как ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, что приводит к росту частоты инсультов, инфарктов, гибели пациентов от сердечно-сосудистых катастроф. Псориазический артрит выявляется у 30% пациентов с псориазом (Prey S, et al., 2010; Busse K, et al., 2010), метаболический синдром встречается в 2 раза чаще, чем в общей популяции (Langan SM, Seminara NM, Shin DB, et al., 2012), тяжелый ПсО ассоциируется с большей частотой инфарктов миокарда и инсультов, особенно у молодых пациентов (Armstrong EJ, et al., 2013).

Гено-инженерные биологические препараты (ГИБП) совершили «революцию» в лечении таких пациентов, воздействуя на сам патогенетический путь, связанный с активацией T-17 клеток, выработкой IL-17, и его непосредственным воздействием на кератиноциты и множество других провоспалительных эффектов. Целью данной работы было оценить влияние ГИБП, в частности ингибиторов интерлейкина 17 (ИЛ17) на течение псориаза у пациентов с коморбидными заболеваниями в Чеченской Республике.

Было оценено 11 взрослых пациентов с псориазом и псориатическим артритом, принимающих ГИБП с такими диагнозами, как ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 5 человек, стенокардия напряжения, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз сосудов сердца и головного мозга – 5 пациентов, хронический гепатит С – 1 пациент, хронический холецистит, хронический панкреатит – 3 человека. Ни у одного пациента не было отмечено обострения сопутствующего заболевания во время терапии ГИБП, а также не отмечалось отрицательной динамики. Все пациенты с диагнозом Псориатический артрит консультированы и обследованы врачом-ревматологом для верификации степени поражения суставов и подбора генно-инженерных биологических препаратов.

Пациентам была инициирована терапия генно-инженерными биологическими препаратами в связи с частыми рецидивами, частотой госпитализации не менее 3 раз в год, неэффективностью базисной терапии и терапии таргетными препаратами в адекватных дозировках при применении не менее 12–16 недель.

В среднем пациенты получали ГИБП на протяжении 12–15 месяцев. Следует отметить, что старт терапии ГИБП был в среднем через 10–15 лет от постановки диагноза «Псориаз», что может быть связано с трудностью получения таких препаратов в рамках льготного обеспечения и через систему ОМС. На сегодняшний день все пациенты обеспечены генно-инженерными биологическими препаратами бесплатно в рамках регионального и федерального бюджета.

Пациенты отмечали положительный эффект в отношении кожных симптомов в среднем через 6 недель терапии. У всех пациентов была отмечена положительная динамика индексов BSA (Body Surface Area, площадь поверхности кожи, пораженной псориазом), PASI (Psoriasis Area and Severity Index, индекс распространенности и тяжести псориаза), sPGA (static Physician Global Assessment, статическая шкала оценки тяжести псориаза), NAPS (Nail Psoriasis Severity Index, индекс псориатического поражения ногтей) и DLQI (Dermatology Life Quality Index, дерматологический индекс качества жизни). Нежелательных явлений, равно как и ускользания эффекта препарата, отмечено не было. В целом ГИБП показали как высокую эффективность у пациентов с псориазом и/или коморбидными заболеваниями, так и хорошую переносимость.

## РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ – СИНДРОМ АНДОГСКОГО

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»*

**Каткова К.В., Абдулаева Н.А., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.**

Атопический дерматит – распространенное хроническое заболевание кожи, характеризующееся зудом, эритемой с отеком, папуло-везикулезными высыпаниями в острой стадии и выраженной лихенификацией в хронической. Накапливаются данные, что АД сопровождается различными аутоиммунными расстройствами, такими как офтальмологические патологии, эозинофильный гастроэнтерит, воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром и заболевания обмена веществ.

Различные формы АД с локализацией в области лица, с частыми повреждениями, требующими постоянного дерматологического ухода, как правило, сопровождаются осложнениями со стороны органов зрения. Осложнения могут включать дерматит век, блефарит, кератоконъюнктивит, кератоконус, увеит, катаракту, отслойку сетчатки и глазной простой герпес. Знание частоты и значимости этих глазных осложнений может помочь их ранней диагностике и своевременному лечению. Частота этих нарушений колеблется от 25 до 50%. Среди прочих офтальмопатологий хотелось бы акцентировать внимание на редко встречающейся дерматогенной офтальмопатологии – Атопической катаракте, или синдроме Андогского.

Клинический случай. Пациент Н., 20 лет.

Жалобы: на высыпания на коже лица, шеи, туловища, конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания. Считает себя больным с раннего детского возраста, когда впервые появились высыпания на коже, наблюдался и лечился у дерматолога по месту жительства с диагнозом Атопический дерматит.

Обострения заболевания ежегодные, неоднократно получал курсы комбинированного лечения, в том числе с применением системных ГКС. К 2014 г. Отмечалось резкое ухудшение зрения, в связи с чем был дообследован, установлен диагноз: Атопическая катаракта, проводилось лечение: 2014 г. – ОД ФЭК+ИОЛ (Атопическая катаракта), 2015 г. – OS ФЭК без имплантации ИОЛ (Атопическая катаракта), 2015 г. – Панувеит ОД, 2016 г. – ОД Репозиция ИОЛ, 2017 г. – ОД Субтотальная витрэктомия по поводу тракционной отслойки сетчатки; на данный момент: Инстилляционный режим: в ОД Дексаметазон 4 р/день.

На момент поступления – обострение в течение месяца. Лечился амбулаторно – с незначительным положительным эффектом. При обращении к дерматологу по месту жительства, направлен в стационар филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». Проводилось лечение дезинтоксикационными, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, эфферентные методы лечения: сеансы плазмафереза № 4; физиотерапевтическое лечение. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика кожного процесса – регресс высыпаний.

Данный клинический пример интересен ввиду редкой встречаемости, тяжести течения заболевания и прогноза. Привлечение внимания к клинической картине и диагностике синдрома Андогского должно способствовать ранней диагностике данного патологического состояния, ведь раннее выявление данной патологии позволяет врачу своевременно дать необходимые рекомендации и проориентировать пациента.

## ОШИБОЧНЫЕ ДИАГНОЗЫ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ. ВРАЧИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА НА ОСТРИЕ АТАКИ

*Центр Сосудистой Патологии, Москва*

**Сафин Д.А., Романов Д.В.**

Актуальность. Сосудистая патология кожи у детей и взрослых представлена широким пластом различных заболеваний (младенческая гемангиома, капиллярная мальформация, лимфангиома и другие), требующих определенных знаний и навыков у врача первичного звена (педиатра, дерматолога и пр.). Данные знания необходимы не только для постановки правильного диагноза, но также для проведения диагностических мероприятий и определения правильной тактики лечения данной группы пациентов. В Центр Сосудистой Патологии (ЦСП) (г. Москва) обращаются пациенты различного возраста, которым врачами первичного звена был установлен неверный диагноз и/или назначено неверное лечение.

В настоящее время все сосудистые заболевания разделены на две большие группы – это сосудистые опухоли и сосудистые мальформации. Данное разделение основано на особенностях пролиферации эндотелия патологических сосудов. Данные изменения можно определить по иммуногистохимическим маркерам патологической сосудистой ткани.

Среди всех сосудистых аномалий чаще всего в практике врачей первичного звена встречается младенческая гемангиома. По данным различных авторов, данная патология встречается у 5–10% детей в возрасте до 1 года. Для гемангиомы характерны определенные периоды (фазы) течения заболевания, которые не встречаются у других сосудистых аномалий, это фазы роста, плато, инволюции.

Мальформации встречаются гораздо реже, чем младенческие гемангиомы. Причиной возникновения сосудистых мальформаций является соматические мутации в процессе эмбриогенеза. Данные образования могут быть как простыми (капиллярная, лимфатическая, венозная, артериовенозная), так и сложными и сочетаться с различными синдромами. Данные образования имеют тенденцию к медленному росту и самостоятельно никогда не регрессируют.

Цель и задачи работы. Цель – провести анализ ошибочных диагнозов у первичных пациентов с сосудистой патологией, которые обратились в ЦСП. Задача – сформировать у врачей первичного звена минимальный пласт знаний, необходимый для осмотра пациентов с сосудистой патологией различного возраста.

Материалы и методы выполнения. В ЦСП за период с мая 2018 по май 2020 года обратилось 2894 пациента различного возраста с жалобами на наличие сосудистого образования различной локализации. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, которые обратились



в ЦСП и у которых выявлены сосудистые аномалии кожи и мягких тканей. Из исследования исключены пациенты с повторными обращениями, с хроническими сосудистыми заболеваниями (розацеа, купероз, варикоз нижних конечностей), онкологическими заболеваниями. В исследовании после исключения приняло участие 1336 (90%) детей и 142 (10%) взрослых (старше 18 лет), всего 1478 пациентов. Среди пациентов младшего возраста (до 3 лет) преобладал направляющий диагноз «Гемангиома» – 942 случая (70,5%), в остальных случаях у пациентов направляющим диагнозом была «Сосудистая мальформация» (простая или синдромальная форма) – 394 случая (29,5%). Среди взрослых пациентов старше 18 лет направляющим диагнозом в 98,6% (140) случаев была «Гемангиома», в 2 случаях (1,4%) отмечались остаточные проявления младенческой гемангиомы (телеангиоэктазы).

Результаты. После осмотра и проведения диагностического поиска диагноз «Гемангиома» изменен у 221 пациента (23,4%), а «Сосудистая мальформация» у 39 пациентов (10%). Суммарно изменено 33,4% (260) диагнозов. Среди взрослых пациентов диагноз «Гемангиома» изменен в 98% случаев (140 пациентов).

Выводы. Анализируя данные ошибочных диагнозов, необходимо отметить, что большое количество неверных диагнозов характерно для пациентов старшей возрастной группы. Данные ошибки, скорее всего, связаны с тем, что данный диагноз был установлен давно и сами пациенты не интересовались правильностью диагностики и лечения. У пациентов детского возраста врачами первичного звена устанавливался диагноз «Гемангиома», а поскольку данная патология характерна для детского возраста, то частота верных диагнозов была выше по сравнению с взрослыми пациентами.

Данное исследование показало, что необходимо проводить дальнейшее обучение врачей первичного звена, так как за счет повышения информированности докторов улучшается лечение пациентов с сосудистой патологией, что приводит к повышению их качества жизни.

## СЛУЧАИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОВТОРНЫХ ЗАРАЖЕНИЙ СИФИЛИСОМ У ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПАЦИЕНТА

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

Яськова И.В., Шульгина И.Г.

Введение. В литературе имеются данные, указывающие на изменения клинических проявлений и течение сифилиса в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Часто отмечают быстрое прогрессирование сифилитической инфекции, развитие осложнений, парадоксальные результаты серологических тестов. При сифилисе развивается инфекционный (нестерильный) иммунитет, обусловленный присутствием в организме *Treponema pallidum* и исчезающий вскоре после ее элиминации в результате лечения. В связи с этим после микробиологического излечения сифилиса возможно повторное заражение – реинфекция. При этом во входных воротах инфекции, согласно закону Фингера–Ландштейнера, возникнет не твердый шанкр, как при первичном заражении, а высыпания того периода сифилиса, который имеет больной. На практике известны случаи, когда новое заражение наступало при разных стадиях сифилиса, т.е. «ресуперинфекция». Считается, что причиной этого явления служит срыв иммунитета. По мнению В.В. Чеботарева, 2010, диагностировать ресуперинфекцию следует в случаях, когда повторное заражение возникает после полноценного лечения на фоне снижения титра комплекса серологических реакций и характеризуется манифестными проявлениями первичного или вторичного сифилиса в прямом соответствии со временем повторного инфицирования.

Под нашим наблюдением находится пациент Ш. в возрасте 41 года с диагнозом «Сифилис скрытый ранний» (A51.5) от 23.03.2021, 4-я реинфекция. Сопутствующие диагнозы: «Хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта» (A56.0) от 25.02.2021; ВИЧ-инфекция с С205 года, стадия 3, получает АРВТ; нарушение обмена билирубина не уточненное; косоглазие, вторичная катаракта. Аллергоанамнез: непереносимость цефтриаксона. Половой анамнез: гомосексуальные связи, постоянного полового партнера не имеет, последний коитус 1 месяц назад. Анамнез

заболевания: «Сифилис вторичный кожи и слизистых» (A51.3) от 2011 года. Повторные заражения: A51.3 от 2012, 1-я реинфекция (папулы ладоней, подошв, гениталий); «Асимптомный нейросифилис» (A52.2) от 30.10.2013 (проведена диагностическая спинномозговая пункция (СП), в ликворе: РМП «отрицательно», РПГА 1+, РИФ2+/3+, белок 0,356, цитоз 8.7; контрольная СП от 15.04.2015: в ликворе РМП, РПГА, ИФА, РИБТ, РИФ «отрицательно», белок 0,344, цитоз 4.4.); A51.5 от 22.12.2015, 2-я реинфекция (РМП 4+1:32, РИФ 4+/4+, РИБТ 80%); A51.3 от 27.06.2019, 3-я реинфекция (обильные папулы и пустулы туловища, ладоней, подошв, гениталий, РМП 4+1:32, ИФА IgM «не обнаружены», СП от 28.06.2019, в ликворе: РМП «отрицательно», ВДРЛ «отрицательно», РИФ2+/0, РИБТ «отрицательно», белок 0,33, цитоз 1.6). КСК: РМП 4+1:8 (28.03.2016); РМП 4+1:4 (25.11.2016), РМП 3+1:2, РПГА 4+1:2560 (07.09.2017); РМП 3+1:2, РПГА 4+1:640 (19.02.2018); РМП «отрицательно» (06.07.2018); РМП 4+1:32, ИФА IgM не обнаружено (18.06.2019); РМП 4+1:8 (26.02.2021); РМП 4+1:32, РПГА 4+, ИФА сумм. КП >15, РИФ 2+/4+, РИБТ 64% (05.03.2021); РМП 4+1:16 (06.04.2021). В связи с последней реинфекцией проводилась СП от 25.03.2021: в ликворе РИФц «отрицательно», РИБТц «отрицательно», белок 0,39, цитоз 4.3. Пациент осмотрен неврологом, офтальмологом, терапевтом: специфических признаков поражения внутренних органов не выявлено. Во всех случаях заболевания проводилось полноценное специфическое лечение в стационарных условиях с использованием водорастворимого пенициллина.

Выводы. Множественные случаи реинфекции, или суперинфекции, сифилиса у ВИЧ-позитивного пациента, обусловлены как особенностями его сексуального поведения (частая смена партнеров), так и необычным иммунным ответом на инфекционный возбудитель.

## АКТУАЛЬНОСТЬ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Поршина О.В., Заторская Н.Ф., Корняк М.С.

Сифилитическая инфекция является одной из самых опасных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), которая способна нанести наибольший вред здоровью детскому населению. В свою очередь подростки относятся к одной из самых уязвимых категорий в отношении распространения ИППП. Возраст является фактором, влияющим на эпидемиологические процессы инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Если в 90-е годы эпидемиологическую ситуацию усугублял характер распространения ИППП среди детского населения, особенно в возрасте 15–18 лет, что имеет чрезвычайно важное значение при планировании профилактических мероприятий и вызывает особую озабоченность специалистов и организаторов здравоохранения, то за последние годы ситуация существенно изменилась.

Согласно статистическим данным организационно-методического отдела ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, в целом заболеваемость сифилисом детей и подростков находится на стабильном уровне на протяжении 2018–2020 гг., что связано с уменьшением числа беспризорно проживающих детей, повышением ответственности родителей и школы за воспитание детей, а также усилением санитарно-просветительской работы, проводимой дерматовенерологической службой города.

В 2020 г. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания сифилисом, в том числе врожденным, среди детей от 0–14 лет (сифилис у детей всего в 2019 г. – 2 человека, в 2018 г. – 3 человека; врожденный сифилис в 2019 г. – 1 случай, в 2018 г. – 3 случая).

В 2020 г. было зарегистрировано 8 случаев сифилиса у подростков (в 2019 г. – 6 случаев, в 2018 г. – 3 случая).

Из подростков, заболевших сифилисом в 2020 г., были 7 мальчиков 87,5% и 1 девочка – 12,5% от числа случаев сифилиса у подростков (в 2019 г. – 6 мальчиков – 100%, в 2018 г. – 3 мальчика – 100%).

На протяжении нескольких лет процент подростков мальчиков, болеющих сифилисом, превышает процент подростков девочек. В 2019–2018 гг. сифилисом болели только мальчики.

Из 8 подростков, заболевших сифилисом, москвичи составили 75% – 6 подростков (в 2019 г. – 5 подростков – 83,3%, в 2018 г. – 2 подростка – 66,7%), 2 заболевших подростка относятся к категории «другие регионы». С целью повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи детям и подросткам в городе Москве был предпринят ряд организационных мероприятий, отраженных в приказе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ от 13.05.2019 № 365 «Об организации медицинской помощи детскому населению с инфекциями, передаваемыми половым путем, в филиалах ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», согласно которому обследование и лечение детей сосредоточено в филиале «Юго-Западный».

В рамках действия приказа в 2021 году в филиале «Юго-Западный» было пролечено двое пациентов 17 лет с установленным диагнозом: «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек» код МКБ А 51.3. В обоих случаях – половой путь заражения. В анамнезе – случайные половые связи, источник заражения – не установлен.

Пациент 1, юноша 17 лет, впервые обратился к дерматологу только после появления распространенной сыпи на кожном покрове. На момент обращения у пациента на коже наружных половых органов сохранялись проявления первичного элемента – рубчик округлой формы с ровными краями диаметром до 2 см. С учетом жалоб, данных анамнеза, клинической картины, результатов лабораторных методов исследования пациенту был назначен курс лечения в соответствии с Клиническими рекомендациями. По окончании лечения пациент находится на клинико-серологическом контроле в том же филиале.

Пациент 2, юноша 17 лет, обратился к педиатру по месту жительства с жалобами на распространенные высыпания. Педиатр расценила симптомы как проявление аллергической реакции. После эпизода однократного перорального применения антибиотика у пациента повысилась температура, манифестировали высыпания по всему кожному покрову. Педиатр направил пациента к дерматовенерологу, который установил диагноз и направил на лечение в филиал «Юго-Западный».

В условиях дневного стационара было проведено лечение согласно действующим Клиническим рекомендациям. После окончания лечения пациент был передан для дальнейшего клинико-серологического контроля.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют об актуальности проблемы сифилитической инфекции среди детского населения города Москвы. Предпринятые организационные меры, работа лабораторного комплекса и действия по проведению лечебно-диагностических и профилактических мероприятий обеспечивают стабильно низкий уровень заболеваемости ИППП среди подростков в городе Москве.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН

*Ташкентская медицинская академия, Родильный комплекс № 9  
г. Ташкента*

**Миродилова Ф.Б.**

Как и прежде, наибольший удельный вес в структуре всех ИППП занимает трихомониаз (24,7%). Ежегодно в мире заболевают 170 млн человек, при этом распространенность трихомониаза среди сексуально активных женщин достигает 30–50%. Важность проблемы состоит в том, что наибольшую опасность представляют посттрихомонадные осложнения. Современные методы лечения больных трихомониазом основаны на использовании специфических противотрихомонадных препаратов.

На протяжении многих лет основным препаратом в лечении урогенитального трихомониаза является метронидазол. К сожалению, значительно увеличилось количество больных, у которых в силу разных причин возникают рецидивы после проведенных курсов лечения. В последнее время стали широко применяться комбинированные препараты, обладающие противомикробным, противовоспалительным эффектом. Одним из таких препаратов являются производные Нифуратела.

Цель исследования: оценка эффективности применения различных видов терапии урогенитального трихомониаза.

Материал и методы исследования. Были обследованы 90 женщин с признаками урогенитального трихомониаза, в зависимости от терапии они были

разделены на три группы. 1 группа – (n=35) женщины с трихомониазом, получавшие терапию метронидазолом в дозировке 500 мг 2 раза в день + вагинальные свечи Метронидазол в течение 10 дней; 2 группа – (n=37) женщины с трихомониазом, получавшие Нифурател 0,2 г 2 раза в день + вагинальные свечи Метронидазол в течение 10 дней. Группу контроля составили 18 здоровых женщин репродуктивного возраста. Основными методами исследования являлись: клиническое обследование, лабораторное обследование, культуральная (бактериологическая) диагностика. Результаты исследования. При терапии метронидазолом у 74,2% исследуемых женщин на 3-й день лечения прекратились такие клинические симптомы, как зуд, жжение и бели. При осмотре отмечалось снижение симптомов воспаления в виде гиперемии в области промежности и слизистой влагалища. При микроскопии мазков после лечения у 81% женщин наблюдалась 3-я степень чистоты влагалища, у 19% 2-я степень чистоты влагалища, во всех случаях pH влагалищного секрета слабощелочной. После 10-дневного курса лечения у 23% женщин наблюдались рецидивы в течение месяца, что по-видимому связано с тем, что возбудители были резистентны к данной терапии. При использовании Нифуратела клинические симптомы на 3-й день лечения исчезли у 91,4% женщин. При осмотре отмечалось снижение симптомов воспаления в виде гиперемии в области промежности и слизистой влагалища. Так же следует подчеркнуть, что при осмотре не выявлялась болезненность в области уретры, что имело место у всех обследуемых женщин до лечения. При микроскопии мазков на степень чистоты влагалища у 43% установлена 1-я степень чистоты влагалища, у 57% 2-я степень чистоты влагалища. pH влагалищного секрета кислая. Рецидивов не отмечено.

Выводы. При применении Нифуратела для лечения урогенитального трихомониаза наблюдается быстрое купирование симптомов трихомониазной инфекции, стойкий эффект от лечения с отсутствием рецидивов.

Нифурател не оказывает отрицательного влияния на системном уровне и не вызывает побочных реакций и может быть рекомендован пациентам с урогенитальной инфекцией.

## О КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент,  
Узбекистан*

**Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.**

Из инфекций, передаваемых половым путем, наиболее распространена папилломавирусная инфекция (ПВИ), вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), который играет ключевую роль в индукции канцерогенеза. Цель – изучить некоторые показатели иммунной системы больных ПВИ с остроконечными кондиломами (ОК).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились больные ПВИ с ОК. Обнаружение фрагментов ДНК вирусов ВПЧ 16, 18, 31, 33 типов, мутации Arg72 в гене p53 определяли методом ПЦР с последующим ПДРФ анализом. Определяли антигены CD-дифференцировочных и активационных с использованием моноклональных антител («Сорбент», Москва, РФ). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) определяли методом (Digeon M. et. al, 1977), интерфероны (INF), иммуноглобулины (Ig) иммуноферментного анализа (ИФА) (Арипова Т.У. и др., 2005) (тест-системы АО «Вектор-Бест», Россия). Исследование проводили у 35 больных (29 мужчин и 6 женщин) ОК. В качестве группы сравнения была контрольная группа (образцами ДНК 35 условно здоровых доноров).

Результаты. Мы попытались установить влияние присутствия того или иного высокоонкогенного типа ВПЧ (16/18, 31/33) на характер экспрессии онкопротеина p53 и течение генитального кондиломатоза. Полиморфизм по аргинину гена p53 был достоверно выше в группе больных с ОК. Установлено увеличение количества аргининовой мутации у больных в сравнении с контрольной группой (достоверно, p=0,02). Распределение генотипов гена p53 в группе больных с ОК и группе здоровых не имело статистических отличий (p=0,49). Установлены различные данные наличия полиморфизма Arg72 гена p53 в группах больных с ОК и ВПЧ 16/18 распределение генотипов

гена RR, PR и PP было 4 (33%), 7 (46%) и 1 (11%) соответственно, с ОК и ВПЧ 31/33 RR – 5 (41%), PR – 5 (41%) и PP – 2 (22%), с ОК без ВПЧ 16/18, 31/33 встречаемость RR – 7 (63%), PR – 4 (37%) и у здоровых RR – 13 (37%), PR – 15 (40%) и PP – 2 (22%). Тенденция повышения экспрессии p53 в группе с ВПЧ 16/18 у больных с ОК более выражена, чем в группах больных с ВПЧ 31/33, группой больных с ОК без ВПЧ 16/18 и 31/33, а также группой здоровых. В этой же группе больных отмечалось наибольшее количество рецидивов до обращения к нам и более интенсивный рост кондилом. У больных ОК наблюдали снижение CD3-клеток ( $p < 0,001$ ) ( $49,76 \pm 0,15\%$  при  $59,38 \pm 0,72\%$  в контроле) и CD4-клеток ( $29,90 \pm 0,17\%$  при  $38,62 \pm 0,33\%$  в группе контроля,  $p < 0,001$ ) и увеличение CD8-клеток ( $p < 0,05$ ) ( $20,22 \pm 0,12\%$  при  $18,00 \pm 0,34\%$  в группе контроля).

Наблюдалось достоверное увеличение относительного числа CD19-клеток ( $21,00 \pm 0,14\%$ ) по сравнению с контрольной группой ( $16,76 \pm 0,39\%$ ) ( $p < 0,001$ ). Выявлено снижение содержания IgA ( $p < 0,05$ ) и IgM ( $p < 0,05$ ) ( $1,72 \pm 0,02$  г/л и  $1,23 \pm 0,03$  г/л против  $1,89 \pm 0,06$  г/л и  $1,41 \pm 0,03$  г/л у здоровых) при увеличении IgG ( $p < 0,001$ ) ( $20,36 \pm 0,36$  г/л против  $12,18 \pm 0,30$  г/л в контроле). У больных ОК отмечается достоверное снижение относительного содержания CD16-клеток ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, и в среднем оно равнялось  $13,04 \pm 0,27\%$  против  $16,33 \pm 0,49\%$  в контроле. Выраженные изменения были выявлены при определении количества ЦИК больных ОК, уровень которых увеличился 1,7 раза и равнялся  $23,02 \pm 0,19$  у.е. при  $13,43 \pm 0,51$  у.е. в контроле. Полученные данные свидетельствуют, что у больных ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета. Эти изменения протекали на фоне достоверного снижения как интерферона- $\alpha$  ( $p < 0,001$ ), так и интерферона- $\gamma$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с таковыми в контроле и в среднем они равнялись  $37,97 \pm 0,71$  пг/мл и  $16,51 \pm 0,31$  пг/мл при  $44,24 \pm 1,75$  пг/мл и  $21,19 \pm 0,65$  пг/мл соответственно в контроле.

Заключение. Отмечена тенденция повышения экспрессии p53 в группе с ВПЧ 16/18 у больных с ОК, чем в группах больных с ВПЧ 31/33, группой больных с ОК без ВПЧ 16/18 и 31/33, а также группой здоровых лиц. При клинических наблюдениях в группе больных с ВПЧ 16/18 отмечалось наибольшее количество рецидивов и более интенсивный рост ОК. Выявлен дефицит в Т-клеточном звене (снижение CD3-клеток и CD4-клеток) и CD16-клеток, активизацию В-звена (увеличение количества CD19-клеток, IgG и ЦИК), повышенный уровень CD8-клеток, а также снижение концентрации ИНФ- $\alpha$  и ИНФ- $\gamma$ ). Результаты указывают на необходимость формирования групп пациентов и контингента риска возникновения фоновых и предракловых заболеваний у больных ПВИ с ОК, и при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно проведение коррекцию системы иммунитета.

## РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ РЕИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИМЕЮЩИХ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЙ СТАТУС. СТАТИСТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ.

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

Ягунова Ю. М., Яськова И. В., Шульгина И. Г.

В период с 01.01.2018 по 01.07.2021 в филиале «Первомайский» зарегистрировано случаев сифилиса всего 283 (192 мужчины, 91 женщина). Распределение по диагнозам: ранний сифилис (A51) – 140 (50%), поздний сифилис (A52) – 43 (15%); неуточненный сифилис A53 – 100 (35%) случаев соответственно. Сифилис в сочетании с ВИЧ-инфекцией регистрировался в 40 (12%) случаях, у 39 мужчин и 1 женщины в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 34 года), с диагнозами: A51 – 33 (82%), A52 – 1 (3%), A53 – 6 (15%).

За наблюдаемый период реинфекция регистрировалась в 12 (4%) случаях, у 10 мужчин, 2 женщин; среди них имели ВИЧ-негативный статус – 4 (3 мужчины, 1 женщина) с диагнозами A51.3 – 2, A51.5 – 2; ВИЧ-позитивный статус – 8 (7 мужчин, 1 женщина) с диагнозами A51.1 – 1, A51.3 – 3, A51.5 – 2 соответственно.

Выводы: 1. У исследуемого контингента больных в половине случаев регистрировались ранние формы сифилиса. 2. Среди больных сифилисом 12% имели ВИЧ-позитивный статус, в данной группе преобладали муж-

чины в возрасте до 35 лет. 3. Повторные заражения регистрировались в группе больных сифилисом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 20% случаях, тогда как в группе больных с ВИЧ-негативным статусом – в 1,6% случаях соответственно. 4. Среди случаев повторного заражения преобладал сифилис вторичный кожи и слизистых (A51.3). 5. Представляется актуальным изучение проблемы повторного заражения у больных сифилисом, имеющих ВИЧ-позитивный статус.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОДНОКРАТНЫХ РЕИНФЕКЦИЙ С ВЫЯВЛЕНИЕМ ПАТОЛОГИИ В ЛИКВОРЕ

Московский научно-практический центра дерматовенерологии и косметологии, Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса

Маляренко Е.Н., Магарышкина О.В., Кошелев Ю.А., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Кузнецов Д.В., Чистова О.Ю.

Сифилис – ИПП, характеризующаяся возможным вовлечением в патологический процесс всех органов и тканей организма при отсутствии адекватного специфического лечения. Иммунитет при сифилисе – нестерильный (инфекционный), который сохраняется во время нахождения возбудителя в организме и исчезает при элиминации возбудителя.

Пациент Г. 1984 года рождения направлен на консультацию в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» из филиала «Пролетарский». Пациент страдает от ВИЧ-инфекции с 2004 г.

24.07.13 в связи с сифилисом вторичным кожи и слизистых оболочек (A51.3) проведен курс специфического лечения пенициллином в курсовой дозе 80 млн. ЕД в ГКБ № 14 им. В.Г.Короленко. До лечения проведена люмбальная пункция – патологии не выявлено.

При КСК (клинико-серологический контроль) от XI/13: РМП отриц.; от I/14 РМП отриц.; от 27.03.14 РМП 4+¼, IgM +1,2

31.03.14 г. с диагнозом Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек (A51.3), реинфекция, госпитализирован в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

Проведена люмбальная пункция 01.04.14: РМП отриц., РПГА 4+1:2560, ИФА> 15, РИФц 3+, РИБТ отр., цитоз 2,3x106/л, белок 0,417 г/л, р. Панди 2+. Установлен диагноз A51.4 (папулезная ангина, розеолезно-папулезные высыпания на туловище, папулы ладоней, полового члена, асимптомный менингит), реинфекция. Проведено 2 курса специфического лечения пенициллином по 10 млн ЕД 2 раза в сутки в/в капельно по 14 дней каждый. При КСК от XI/14: РМП отриц.

02.12.14 проведена контрольная люмбальная пункция: цитоз 1,9x106/л, белок 0,308 г/л, р. Панди (-), РМП, РПГА, ИФА, РИФц, РИБТ отрицательные. Серологическое обследование от 03.12.14 РМП 2+, РПГА 4+, ИФА>15, РИФ 4+/4+, РИБТ 58%.

При КСК: 13.03.15 года РМП отриц., 10.08.15 РМП отриц., 02.03.16 РМП отриц., от 30.08.16 РМП 2+, ИФА IgM отриц., РИФ 4+/4+, РИБТ 59%

Пациент указывает на случайные половые контакты. 06.09.16 осмотрен смежными специалистами МГРЦДС – данных за специфическую патологию нет, РМП 4+1:8.

13.09.16 проведена люмбальная пункция: РМП отриц., РПГА 2+1:80, ИФА + 2,0, VDRL отриц., РИФ 4+, РИБТ отриц., цитоз 1,0, белок 0,30 г/л.

Установлен диагноз A51.4 (Ранний нейросифилис), реинфекция. Проведено специфическое лечение цефтриаксоном по 2,0 в/в № 20.

При КСК:

10.10.16: РМП 2+; 09.12.16 РМП +/-; 06.03.17: РМП +/-;

02.11.17: РМП 2+; 04.04.18: РМП отриц.; от 17.09.18: РМП 2+, РПГА 4+, ИФА суммарные антитела обнаружены КП 8,7, IgM отриц., IgG 9,8, РИФ 2+/4+, РИБТ 56%.

02.10.18 консультирован в МГРЦДС:

– осмотрен смежными специалистами – данных за специфическую патологию не выявлено.

– РМП 2+, IgM отриц.

– Принимая во внимание отсутствие отрицательной динамики РМП, отрицательные значения IgM, минимальные изменения в ликворе от 2016 года с 10.10.18 проведен курс дополнительного лечения цефтриаксоном по 1,0 в/в № 20.

КСК: 07.11.18: РМП 2+, 16.01.19: РМП 2+; 27.09.19: РМП 4+1:4, РПГА 4+, ИФА 15,5, IgM отриц., IgG + 9,7, РИФ 2+/4+, РИБТ 61%.

02.10.19 проведена люмбальная пункция: белок 0,43, цитоз 1,0, РМП отриц., VDRL отриц., РПГА 4+1: 640, ИФА 6,5, РИФ 3+, РИБТ 52%.

В сыворотке крови от 31.10.19: РМП 3+1:4, РПГА 4+1:2560, ИФА 13,3.

В связи с отрицательной динамикой при исследовании ЦСЖ проведен курс дополнительного лечения пенициллином по 12 млн ЕД 2 р/д в/в в течение 20 дней.

КСК: 12.02.20 РМП 4+1/4, РПГА 4+, ИФА IgM отр., РИФ 2+/4+, 29.09.20 РМП 4+ ¼, РПГА 4+, ИФА 15,8, IgM отр., РИФ 2+/4+15.02.21: РМП 4+1: 8, РПГА 4+, ИФА 16,5, IgM отриц., IgG 9,3, РИФ 2+¼+, РИБТ 60%.

Направлен на повторную консультацию в МРЦДС.

Указывает на случайные половые контакты.

16.03.21 осмотрен смежными специалистами данных за специфическую патологию нет.

С 29.03.21 по 20.04.21 находился в стационаре филиала «Клиника им. В.Г. Короленко», проведено обследование:

– 30.03.21 люмбальная пункция: белок 0,28 г/л, цитоз 1,0 x 106/л, РМП отриц., РПГА 2+, ИФА + 1,31, РИФ 3+, РИБТ 53%;

– серологическое обследование от 30.03.21: РМП 4+ 1/16, РПГА 4+ 1/10240, ИФА + 9,6.

Проведен курс дополнительного лечения пенициллином по 12 млн ЕД в/в капельно 2 р/д в течение 20 дней.

В настоящее время пациент состоит на КСК в филиале «Пролетарский».

На данном примере рассмотрен случай неоднократных реинфекций после полноценного специфического лечения с последующей негативацией РМП и нормализацией показателей ликвора. Преемственность в работе амбулаторного и стационарного звена, настороженность, ранняя диагностика, выявление, обследование и лечение контактов, соблюдение сроков и кратности клинико-серологического контроля обеспечивает необходимый и правильный объем помощи пациентам.

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

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

**Емельянова С.В., Винник Ю.Ю., Матыскина Н.В., Шапранова И.М.**

Актуальность. При сохранении тенденции к снижению заболеваемости сифилисом, в том числе среди беременных женщин, проблема врожденного сифилиса остается по-прежнему актуальной, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики и лечения сифилиса.

Цель исследования: провести сравнительный анализ динамики заболеваемости сифилисом беременных в Красноярском крае в 2018–2020 гг.

Материалы и методы исследования. Для анализа использовались данные государственных докладов, статистических форм отчетности (форма № 9 и № 34) КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1», аналитический и математический методы исследования.

Результаты исследования. Абсолютное число беременных, с впервые в жизни установленным диагнозом «Сифилис» в 2018 году было 50 человек, в 2019 – 27, в 2020 – 24. Удельный вес беременных в структуре больных сифилисом составил в 2018 году 11,3%, в 2019 – 7,0%, 2020 – 10,4%. Заболеваемость на 100 тыс. женщин фертильного возраста была в 2018 году – 7,0; в 2019 – 3,8; 2020 – 3,4. В I триместре сифилис выявлен в 2018 году – 26,0%; в 2019 – 29,6%; 2020 – 45,9%. Во II триместре сифилис выявлен в 2018 году – 44,0%; 2019 – 29,6%; 2020 – 33,3%. В III триместре сифилис выявлен в 2018 году – 20%; 2019 – 33,3%; 2020 – 12,5%. Во время родов сифилис выявлен в 2018 году – 8,0%; 2019 – 7,4%; 2020 – 8,3%. Удельный вес выявления сифилиса у женщин на поздних сроках беременности составил в 2018 году 28,0%; 2019 – 40,7%; 2020 – 20,8%. Среди всех клинических форм ранний скрытый сифилис составил в 2018 году 61,2%; в 2019 – 63%; в 2020 – 54,5%. По территориальному распределению наибольшее количество случаев сифилиса регистрируется в г. Красноярске. В районах Красноярского края фиксируются единичные случаи заболевания.

Выводы. Заболеваемость сифилисом среди беременных женщин Красноярского края имеет тенденцию к ежегодному снижению, при этом удельный

вес беременных, больных сифилисом, в общей структуре заболеваемости сифилисом колеблется в пределах 7,0–11,3%. Среди клинических форм преобладает сифилис ранний скрытый. Намечается тенденция к выявлению сифилиса на ранних сроках беременности, что привело к отсутствию случаев регистрации врожденного сифилиса в 2019–2020 годах.

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ КОММЕРЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

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

**Депутатенко В.В., Старенкова Т.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.**

Платное отделение создано в КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» для оказания медицинской помощи населению Российской Федерации, а также иностранным гражданам, не имеющим страховых полисов и проживающих на территории Российской Федерации. Целью отделения является оказание квалифицированной медицинской помощи обратившимся пациентам. Для максимальной доступности организована работа кабинета платных медицинских услуг в две смены с 8.00 до 20.00 в рабочие дни.

Задачей платного анонимного отделения является индивидуальный подход к каждому пациенту, так как наибольшее количество пациентов – это люди, обратившиеся с обследованием на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). В платном отделении общение с пациентом не ограничено по времени, поэтому можно значительно повысить качество взаимодействия врача и пациента, врачу-дерматовенерологу необходимо постараться проникнуть во внутренний мир пациента, который пришел на платный прием, и понять его. ИППП, как правило, наносят глубокую психологическую травму, которая по-разному переживается пациентом в зависимости от типа половой конституции и возраста, от семейного положения, профессии и характера. На психику обратившихся также оказывает влияние информация о длительном многолетнем систематическом курсовом лечении многих воспалительных заболеваний мочеполового тракта. Настороженность и отчужденность членов семьи является дополнительным отрицательным эмоциональным фактором для больного. Лечение ИППП – очень сложная и многогранная проблема. В связи с тем, что большая часть данных заболеваний сопровождается изменением психологических установок больных, в их лечении играет большую роль психотерапевтическое воздействие в сочетании со специфической медикаментозной терапией и санитарно-просветительной работой.

Таким образом, учитывая особенности специфических поведенческих реакций больных с ИППП, врачу-дерматовенерологу необходимо обеспечить гарантированное качество платных клинических услуг, соблюдение норм этики и гуманизма, а также сформировать правильный тип сексуального поведения больного для исключения повторного заражения.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА

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

**Климова Е.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М., Ситничук Н.Е.**

На фоне снижения заболеваемости гонореей, трихомониазом и хламидиозом проблема диагностики неспецифической микрофлоры приобретает особую актуальность.

Целью нашего исследования стало изучение видовой принадлежности микрофлоры у пациентов возрастной группы 20–40 лет с хроническими заболеваниями урогенитального тракта у женщин на территории Красноярского края.

Для бактериологической диагностики микрофлоры были использованы тест-системы ООО «НПО» «Диагностические системы» г. Нижний Новгород, «ДС-ДИФ-СТАФИ-16», «ДС-ДИФ-ЭНТЕРО-24» для биохимической идентификации и дифференциации стафилококков, энтеробактерий; хромогенный агар для идентификации дрожжеподобных грибов рода *Candida*. ООО «НИЦФ» г. Санкт-Петербург.

Было проведено бактериологическое исследование биологического материала из урогенитального тракта 143 женщин, обратившихся на прием к дерматовенерологу в КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1», в возрасте от 21 до 40 лет из влагалища и цервикального канала с целью идентификации выделенной микрофлоры с использованием тест-систем для биохимической идентификации и дифференциации стафилококков, энтеробактерий, дрожжеподобных грибов рода *Candida*. У 61% пациентов имели место клинические проявления вагинита, патологии шейки матки. В 23% случаев выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida*. При этом 71% случаев приходится на *Candida albicans*, *Candida glabrata* – 19%, *Candida tropicalis* – 4%, *Candida Krusei* – 4%. Микробный пейзаж по выделенной микрофлоре распределился следующим образом. Доминирующей микрофлорой в 19,5% случаев является *Staphylococcus lentus*; *E. coli* – 13,3%; *Staphylococcus gallinarum* – 11,9%; *Staphylococcus delphini* – 9,1%; *Enterobacter cloacae* – 7,7%; *Staphylococcus epidermidis* – 5,6%.

Таким образом, анализ проведенных бактериологических исследований из урогенитального тракта среди лиц женского пола репродуктивного возраста указывает на значимую роль в поддержании воспалительного процесса стафилококков, энтеробактерий группы кишечной палочки, дрожжеподобных грибов рода *Candida*. При этом доминирующую роль играют *Staphylococcus lentus*, *E. coli* и *Candida albicans*.

## ЗУД ГОЛОВЫ: ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы  
**Бобко С.И.**

Зуд скальпа – это частая проблема, возникающая в дерматовенерологической практике и представляющая трудности для диагностики и лечения. На прием к дерматологу обращаются пациенты, страдающие псориазом, себорейным дерматитом, атопическим дерматитом, сопровождающимся зудом скальпа. Зуд кожи головы может быть проявлением воспалительных, инфекционных, аутоиммунных дерматозов, онкологической патологии, нейропатических, системных, психогенных состояний и неизвестной этиологии. Зуд скальпа может быть локализованным или генерализованным и не всегда быть ассоциированным с кожными заболеваниями. Диагностические принципы SCALP широко используются в диагностике зуда кожи головы (выслушай – listen, посмотри – look, пропальпируй – touch, увеличь – magnify, возьми пробу на исследование – sample). Зуд скальпа является проявлением дерматологических заболеваний (например, сопровождается себорейным дерматитом, контактный дерматит, тревожные состояния, *lichen planopilaris*, педикулез, псориаз). В диагностическом алгоритме рассматриваются 2 ситуации: в случае наличия поражений кожи с первичными и вторичными морфологическими элементами выявляется дерматологическая причина, собирается анамнез, проводится обследование, при необходимости с включением гистологического и иммуногистохимического исследований, в случае отсутствия поражений в виде первичных или вторичных морфологических элементов – выявление недерматологической причины с детальным анамнезом, проведением обследования и выявлением нейропатической, системной или психогенной причины. Наружная терапия зуда скальпа включает глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, разнообразные наружные средства с ментолом, капсаицином, шампуню с противовоспалительным эффектом. Возможности системной терапии с использованием антигистаминных, психотропных и иммуносупрессивных позволяют купировать зуд скальпа в более сложных клинических ситуациях, в частности с использованием препарата алимемазин.

## ОТСРОЧЕННАЯ ПОЗИТИВАЦИЯ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ: НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург

**Прожерин С.В.**

В отличие от других ИППП клинической картине сифилитической инфекции свойственно многообразие проявлений. Высыпания при сифилисе могут имитировать эфлоресценции, присущие другим дерматозам, что существенно затрудняет диагностику. Особой ситуацией является сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что в эпоху широкого применения антиретровирусной терапии (АРТ) у большинства людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), наблюдается типичное течение сифилиса, при количественной и/или качественной иммунной дисфункции возможны отклонения от классических клинических паттернов. В силу указанных факторов, особая роль в установлении диагноза сифилиса принадлежит серологической диагностике. По мнению экспертов, существующие серологические тесты достаточно надежны в диагностике сифилиса у ЛЖВ. Однако, при ВИЧ-инфекции могут наблюдаться случаи ложноотрицательных серологических реакций и отсроченной позитивации, как нетрепонемных (НТТ), так и трепонемных (ТТ) тестов (3–11% и 0,7% соответственно).

Цель. Представить клинический случай вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек с отсроченной позитивацией НТТ и ТТ у больного ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Пациент Д., возраст – 23 года, обратился к дерматовенерологу ГБУЗ Свердловской области «ОЦ СПИД» (ОЦ) с жалобами на высыпания на коже. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях использован стандартный алгоритм ведения пациента с подозрением на сифилис.

Результаты и обсуждение. При обращении к дерматовенерологу ОЦ предъявлял жалобы на высыпания на коже, наличие изъязвлений на слизистой оболочке верхней губы. Со слов, впервые заметил пятна на коже туловища, которые субъективно не беспокоили, около 3 месяцев назад. Обратился на прием к дерматологу коммерческой клиники. После проведения скрининга на сифилис (реакция микропреципитации (РМП) и ИФА (IgM+IgG) с отрицательным результатом, дерматологом диагностирована токсидермия и назначена соответствующая терапия. Несмотря на проводимое лечение, сыпь распространялась. Через 3 недели после первого теста по собственной инициативе повторил анализ на сифилис (ИФА IgM+IgG и РМП) в частной лаборатории, результат отрицательный. Спустя месяц из-за ухудшения кожного процесса обратился к инфекционисту ОЦ, так как на протяжении 3,5 лет страдает ВИЧ-инфекцией. К АРВТ не привержен: дважды начинал и самовольно прекращал прием АРВТ. Инфекционистом проведен весь спектр исследований, предусмотренных клиническими рекомендациями «ВИЧ-инфекция у взрослых», включая определение антител к *T. pallidum*. Результат ИФА IgM+IgG и РМП – отрицательный. Вирусная нагрузка ВИЧ в плазме крови – 720 тыс. копий/мл, количество CD4+ Т-лимфоцитов – 34 клетки/мкл (4%). По результатам проведенного обследования уточнена стадия ВИЧ-инфекции. Установлена стадия вторичных заболеваний (4В) в фазе прогрессирования в отсутствие АРТ. Возобновлена АРТ. На фоне приема АРТ – распространение высыпаний, эфлоресценции стали более яркими. На момент обращения к дерматовенерологу ОЦ принимал АРТ в течение 15 дней. При осмотре выявлены множественные розеолезные элементы на коже лица, шеи, туловища, плеч и бедер, фимоз, папулы на коже ладоней, предплечий, подошв, сводах стоп, мошонке, эрозированные папулы на слизистой оболочке верхней губы. Проведено обследование: РМП 4+ 1:64; РПГА 2+; ИФА IgM+IgG (+); *T. pallidum* в отделяемом с папул на верхней губе обнаружена. На основании анамнеза, клинико-лабораторных данных пациенту установлен диагноз вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек (A51.3).

Представленный случай свидетельствует о возможных трудностях серологической диагностики вторичного сифилиса у ЛЖВ. Отсроченная позитивация серологических реакций, их ложноотрицательные результаты на фоне тяжелой ВИЧ-индуцированной иммуносупрессии неразрывно связаны со снижением продукции В-лимфоцитами антител к *T. pallidum*. У больных с

продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции отрицательный результат НТТ и ТТ не должен отвергать диагноз вторичного сифилиса при наличии клинической симптоматики. За рубежом описаны случаи позитивации ранее отрицательных серологических тестов при вторичном сифилисе через 3 недели после начала приема АРТ. Возможно, в приведенном случае позитивация НТТ и ТТ также связана с приемом АРТ.

Выводы. Непременным условием своевременной диагностики сифилиса у ЛЖВ с тяжелым иммунодефицитом является наличие настороженности специалистов, тщательный сбор анамнеза, постановка более чувствительных серологических тестов и использование прямых методов лабораторного исследования.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ СИФИЛИС+ВИЧ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии. Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом*

Туаева Р.Г., Лосева О.К., Нагибина М.В., Бессараб Т.П.

Введение. Известно, что как сифилис, так и ВИЧ-инфекция на поздних стадиях могут вызывать патологию сердечно-сосудистой системы. Для сифилиса это сифилитический мезаортит, осложняющийся поражением аортального клапана, стенозом коронарных артерий и аневризмой аорты. Для ВИЧ-инфекции – инфекционный эндокардит с поражением клапанов сердца, а также перикардит и легочная артериальная гипертензия. При выявлении таких вариантов кардиологической патологии можно обоснованно предполагать, какая инфекция доминирует в их развитии.

Однако миокардит может наблюдаться как при сифилисе, так и при ВИЧ-инфекции, и являющаяся его исходом дилатационная кардиомиопатия может быть следствием как той, так и другой инфекции. Ниже приводятся случаи подобной патологии у пациента с коинфекцией сифилис+ВИЧ.

Клинический случай. Пациент П., 13.10.1969 г.р.

В 2011 г. лечился по поводу первичного сифилиса в филиале МНПЦДК. В декабре 2019 г. обратился в другой филиал МНПЦДК, где диагностирован вторичный сифилис, реинфекция (обильная розеолезная сыпь, серореакции – РМП 4+ 1:256, РПГА 4+ 1: 2560, ИФАсум. КП= 14,04, РИФ 3+/4+, РИБТ 65%). Получил лечение цефтриаксоном – по 1,0 в/м ежедневно, 20 дней – с 30.12.2019 г. по 18.01.2020 г. На контроле от 25.09.2020 г.: РМП 3+, РПГА 4+, ИФАсум. КП=7,4.

ВИЧ-инфекция выявлена в 2012 г. Обратился в МГЦ СПИД в ноябре 2020 г. Диагноз: ВИЧ-инфекция, ст. 3 (субклиническая), АРТ с 21.12.2020г. Иммунологический статус в феврале 2021г.: CD4 – 444 кл/мл, вирусная нагрузка – 0. Эхо-КГ 02.03.2021 г.: Исследование проводилось на фоне эпизодов нарушений ритма. Аорта расширена в восходящем отделе до 4,1 см. Стенки ее, а также створки аортального и митрального клапанов неравномерно уплотнены с включением мелких кальцинатов. Расширение преимущественно левых камер сердца. Митральная и трикуспидальная регургитация 2 ст. Легочная регургитация 1 ст. Легочная гипертензия 2 ст. Систолическое давление в легочной артерии около 74 мм рт.ст. Диффузный гипокинез миокарда левого желудочка. Фракция выброса около 20%.

Заключение кардиолога. Дилатационная кардиомиопатия. НК со снижением ФВ (20%). Легочная гипертензия 2 ст. БЛНПГ.

Обсуждение. Давность заболевания сифилисом и ВИЧ-инфекцией мало отличаются, выявление инфекций произошло с интервалом в 1 год (2011–2012). Сифилис был диагностирован оба раза в ранней стадии – первичной в 2011 г. и вторичной (реинфекция) в 2019 г. По поводу сифилиса пациент в обоих случаях получил адекватное лечение. Что касается ВИЧ-инфекции, то начало адекватной терапии (АРТ) отделено от выявления заболевания сроком в 8 лет. Кроме дилатационной кардиомиопатии выявлены и другие признаки поражения сердечно-сосудистой системы (легочная гипертензия), характерные для ВИЧ-инфекции, что позволяет отнести выявленную патологию к преимущественно влиянию ВИЧ-инфекции. В то же время неравномерное уплотнение стенки аорты и клапанов «с включением мелких кальцинатов» более типично для сифилитической инфекции. Возможно думать и об атеросклерозе, учитывая, что не только аортальный, но и митральный клапан участвует в процессе. Возраст пациента погранич-

ный – 52 года. Пациент находится под наблюдением дерматовенеролога, инфекциониста и кардиолога.

Заключение. Пациенты с коинфекцией сифилис+ВИЧ представляют контингент, количественно растущий в последние годы, но мало изученный с точки зрения сердечно-сосудистой патологии. Представители этой группы с выявленной сердечно-сосудистой патологией нуждаются в длительном совместном наблюдении дерматовенеролога, инфекциониста и кардиолога.

### АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Темников Д.В., Гомберг М.А., Темников В.Е., Марченко Б.И.

Актуальность проблемы. Нейросифилис (НС) – поздняя форма инфекции, вызванной *Treponema pallidum*, поражающая центральную и периферическую нервную систему, приводящая к инвалидизации и смерти. В России в последнее десятилетие отмечается стойкая благоприятная тенденция по снижению заболеваемости сифилисом в целом. Однако при этом отмечается неблагоприятная тенденция по росту поздних его форм, в том числе и НС. Особенно неблагоприятно НС протекает на фоне сопутствующих хронических заболеваний.

Цель исследования. Проанализировать структуру сопутствующих хронических заболеваний у больных НС в Ростовской области (РО) – одной из густонаселенных областей Европейской части России.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 617 пациентов с НС, состоящих на учете в кожно-венерологическом диспансере РО с 1999 по 2017 годы.

Результаты. Среди сопутствующих заболеваний у исследуемых больных наибольшее количество составляли болезни нервной системы и психические расстройства – (n=200; 27,25+/-3,98%), на 2-м месте оказались болезни системы кровообращения (n=170; 23,16 +/-3,06%), далее следовали по частоте: болезни органов пищеварения (n=78; 10,36+/-2,23%), болезни органов дыхания (n=47 6,4+/- 1,78%) и болезни мочеполовой системы (n=46; 6,27+/-1,76%). Остальные сопутствующие хронические заболевания у больных НС встречались редко. При сравнении сопутствующих заболеваний у больных НС с их частотой среди населения РО обращает на себя внимание, что только среди сопутствующих хронических заболеваний у пациентов с НС на первом ранговом месте оказались нервные и психические расстройства, в то время как среди остального населения РО они занимали лишь 10-е место. Болезни системы кровообращения при НС занимали 2-е ранговое место, а среди остальных жителей РО – 4-е ранговое место. При исследовании сопутствующих хронических заболеваний среди мужского и женского населения РО отдельно установлено, что болезни нервной системы и психические расстройства среди мужчин с НС занимали первое ранговое место (34,26+/- 5,38%), а у женщин – 2-е ранговое место (19,05+/-3,98%). При этом структурная значимость последних среди мужчин была в 1,8 раза выше, чем среди женщин (p<0,05). Болезни системы кровообращения у мужчин оказались на 2-м ранговом месте (24,43+/-4,25%), а у женщин на 1-м месте (21,73+/-4,44%). Болезни костно-мышечной системы и болезни органов дыхания у мужчин занимали 4 и 7 ранговые места, а у женщин 10 и 4 ранговые места, соответственно. При этом структурная значимость заболеваний органов дыхания у мужчин (2,77+/- 1,62%) оказалась в 3,86 раза ниже (p<0,05), чем таковой показатель у женщин (10,71+/- 3,33%).

Обсуждение и выводы. Анализ структуры сопутствующих заболеваний у больных НС в РО показал, что на первом ранговом месте в структуре сопутствующей патологии оказались болезни нервной системы и психические расстройства. При этом в структуре заболеваемости среди жителей РО в целом они занимали лишь 10-е ранговое место. Анализ данных показал, что при поступлении в специализированный диспансер у 1/3 пациентов с НС уже были диагностированы неврологические и психические заболевания, т. е. эти пациенты уже находились на лечении у неврологов и психиатров с неврологическими и психиатрическими диагнозами, при этом сифилис у них не был диагностирован. Этим пациентам не проводился скрининг на амбулаторном этапе, а сифилис, и, в последующем, НС, у них был выявлен лишь при поступлении в стационар, для чего требовалось обязательное

серологическое исследование на сифилис. Эти данные указывают на необходимость тестирования на сифилис всех неврологических и психиатрических больных еще на амбулаторном этапе. Существенное место в структуре сопутствующей патологии при НС в РО занимали болезни системы кровообращения. При этом, у женщин эти заболевания занимали 1-е ранговое место, а у мужчин – второе, но частота ИБС у мужчин оказалась существенно выше, чем у женщин. Можно предположить, что при возникновении данной патологии женщины раньше обращались за медицинской помощью, чем у мужчины. Выявлено достоверное отличие по частоте поражения органов дыхания среди мужчин, которые встречались реже почти в 4 раза, чем у женщин), а болезни костно-мышечной системы у мужчин встречались более чем в 4 раза чаще, чем у женщин. Выявленные данные позволяют улучшить раннюю диагностику НС за счет оптимизации межпрофильного взаимодействия, в первую очередь с психиатрами и неврологами уже на амбулаторном этапе.

### ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, С КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКОЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Негашева Е.С., Гуцин А.Е., Полевщикова С.А., Фриго Н.В.

Актуальность. Общие принципы ведения пациентов с ИППП заключаются в назначении этиотропной терапии после выявления соответствующего возбудителя. При этом всем пациентам с установленными ИППП назначается лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. Вместе с тем при назначении этиотропного лечения ИППП совершенно не учитывается такой фактор, как бактериальная нагрузка возбудителя. Целью исследования явилось изучение концентрации четырех возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*) в биоматериале от пациентов венерологического приема, обследованных на ИППП, в МНПЦДК ДЗМ в марте-мае 2021 года.

Материалы и методы. За период с марта по май (включительно) 2021 года в МНПЦДК ДЗМ обследовано 6352 человека, в том числе с подозрением на ИППП или соответствующими жалобами, а также проходивших осмотр по контакту. ИППП были выявлены у 263 человек (4,1%), в том числе у 205 (78%) мужчин и 58 (22%) женщин. Возраст пациентов с ИППП составил от 16 лет до 83 лет. Наибольшее количество ИППП было выявлено у пациентов в возрасте от 20 до 29 лет (42,5%) и 30–39 лет (32%). Выявление ДНК возбудителей ИППП с количественной оценкой проводилось с помощью набора реагентов АмплиПрайм®-NCMT (производство ООО «НекстБио») на основе ПЦР в реальном времени. Линейный диапазон определения концентрации составил от 103 до 107 ГЭ/мл.

Результаты. Из числа обследованных пациентов у 101 человек (1,6%) была выявлена *N. gonorrhoeae*, у 127 (2%) *S. trachomatis*, у 51 человек (0,8%) *M. genitalium*, у 18 (0,2%) – *T. vaginalis*. Моноинфекции были выявлены у 231 человек (87,8%), микст-инфекции – у 32 человек (22,2%). Среди возбудителей микст-инфекций преобладали *N. gonorrhoeae* и *S. trachomatis* (87%). *N. gonorrhoeae* была выявлена у 80 (79%) мужчин и 21 (21%) женщины. Концентрация ДНК *N. gonorrhoeae* распределилась следующим образом: у 27 человек (21,2%) она составила 103 ГЭ/мл, у 14 человек (13,8%) и у 60 человек (59,4%) – 104 – свыше 105 – ГЭ/мл соответственно.

*S. trachomatis* была выявлена у 104 мужчин и 23 женщин. Концентрация ДНК *S. trachomatis* составила: до 103 ГЭ/мл – у 57 человек (44,9%), свыше 105 ГЭ/мл – у 44 человек (34,6%).

*M. genitalium* была выявлена у 42 мужчин и 9 женщин. Концентрация ДНК *M. genitalium* 103 ГЭ/мл была выявлена у 21 человека (41,2%), свыше 105 – у 21 человек (41,2%).

*T. vaginalis* была выявлена у 5 мужчин и 13 женщин. У 50% пациентов концентрация ДНК *T. vaginalis* составила 103 ГЭ/мл и ниже, в то время как у 5 человек (27,8%) – 105 ГЭ/мл.

Заключение. Таким образом, концентрация ДНК основных возбудителей ИППП варьировала в широких пределах: у 43,3% пациентов (114 человек)

была выявлена низкая концентрация ДНК всех четырех возбудителей ИППП (103 ГЭ/мл) и у 49,4% (130 человек) концентрация ДНК составила 105 ГЭ/мл и более. Полученные данные могут быть использованы в совершенствовании тактики ведения пациентов с ИППП с учетом величины концентрации ДНК возбудителей, отражающей плотность микробной обсемененности в очаге инфекции и перейти на персонализированный подход к лечению пациентов, более обоснованный с точки зрения предупреждения избыточного токсичного влияния высоких доз antimicrobных препаратов на пациентов и более выгодный с экономической точки зрения.

### КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА

*Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»*  
 Иншакова П.А., Винник Ю.Ю., Карачева Ю.В., Алексеева О.П.

Введение. В современной практике косметологических клиник становится все более востребованной процедура радиоволнового и хирургического удаления различных новообразований кожи с диагностической, лечебной, эстетической и профилактической целью. Гистологическое исследование является ключевым методом в дифференциальной диагностике новообразований кожи. Клинико-морфологические особенности исследуемых образцов позволяют определить тканевую принадлежность, степень малигнизации, установить точный диагноз.

Материалы и методы. Было проведено изучение патогистологических заключений биопсии новообразований за 2019 год в Институте Медицинской Косметологии города Красноярска, в ходе которого были получены данные обо всех удаляемых кожных образованиях в данной клинике – дата, ФИО, возраст, гистологический диагноз.

Результаты. Всего в 2019 году было удалено 2849 образований. Среди них 2842 доброкачественных, 7 злокачественных. Среди доброкачественных было выделено 6 групп по тканевой принадлежности: пигментные (74,93%), соединительнотканые (5,19%), эпителиальные (12,60%), железистые (2,98%), сосудистые (2,73%) и другие (1,54%). Из всех удаленных образований чаще всего был диагностирован внутридермальный меланоцитарный невус (73,21%). Из злокачественных образований во всех образцах была диагностирована базалиома (0,24%), преимущественно солидная форма. Средний возраст больных с удаленной базалиомой – 53 года, по половой принадлежности для удаления образований кожи преимущественно обращаются женщины (67,53%), чем мужчины (32,47%).

Выводы. По данным проведенного исследования в структуре удаляемых новообразований кожи по полу преобладают женщины. В структуре по степени малигнизации больше встречалось доброкачественных образований. Среди доброкачественных образований по тканевой принадлежности чаще наблюдались пигментные, а именно внутридермальный меланоцитарный невус.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТСРОЧЕННОГО ИММУННОГО ОТВЕТА НА ВВЕДЕНИЕ ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО ФИЛЛЕРА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

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

Интрадермальные филлеры широко используются в практике дерматологами, косметологами и пластическими хирургами в качестве малоинвазивного способа коррекции возрастных изменений кожи. Филлеры на основе гиалуроновой кислоты с успехом используются с начала 80-х годов XX века и обладают высоким профилем безопасности. Осложнения и не-

желательные эффекты наблюдаются относительно редко и составляют, по данным разных авторов, от 0,07 до 1,2 % от всех наблюдаемых случаев, в зависимости от количества пациентов в статистической выборке. Осложнения подразделяются на немедленные, развивающиеся в первые 72 часа после введения препарата, и отсроченные, которые могут наблюдаться от 72 часов до нескольких лет после применения филлеров. К отсроченным осложнениям после введения филлеров относят отсроченный иммунный ответ, обусловленный реакцией ГЧЗТ 4 типа по классификации Джелла-Кумбса. Клиническая картина вариабельна: от формы индуративного отека до островоспалительного инфильтрата с тенденцией к вскрытию с отделением большого количества гноя. В связи с широким распространением применения филлеров на основе гиалуроновой кислоты и возможными иммунологическими осложнениями у пациентов после их применения триггерная роль вакцин Covid-19 в развитии отсроченного иммунного ответа в контексте их перекрестного применения представляет собой большой научный интерес. Нами представлен клинический случай пациентки 53 лет, у которой через 4 месяца после эстетической коррекции филлерами на основе гиалуроновой кислоты и в период между 2 вакцинациями вакциной Covid-19 от Biontech-Pfizer развилась гранулема инородного тела. Во время пандемии коронавирусной инфекции Covid-19 выработка алгоритма использования филлеров у пациентов, находящихся в процессе вакцинации вакцинами Covid-19, а также выбора методов лечения отсроченного иммунного ответа при его манифестации, приобрела значимую актуальность и требует особого внимания со стороны специалистов, работающих в области эстетической медицины.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОСМЕТОЛОГИИ И ДЕРМАТОЛОГИИ

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

На базе ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия применяется с 2014 года.

На сегодняшний день фотодинамическая терапия является одним из перспективных методов, применяемых в косметологии, поскольку является малоинвазивной, безболезненной, безопасной и отличается высокой и длительной результативностью.

Фотодинамическая терапия является многокомпонентным методом. Основные компоненты – это световое излучение с определенной длиной волны и фотосенсибилизатор.

Фотосенсибилизаторы – это класс веществ, которые поглощают световое излучение определенной волны с последующим развитием фотодинамического эффекта.

Фотосенсибилизаторы обладают высокой селективной способностью накапливаться в определенных структурах. Основная цель фотодинамической терапии – клетки: клетки с высокой пролиферативной активностью, например, опухолевые клетки или пролиферативные клетки при псориазе; клетки с измененными функцией и/или метаболизмом, клетки, пораженные бактериальным или вирусным процессом, иммунокомпетентные клетки, составляющие основу аутоиммунных процессов или воспалительных элементов, например, при акне или розацеа; бактерии и грибы.

При взаимодействии светового излучения определенной длины волны с молекулами фотосенсибилизатора, расположенными внутри клетки, развивается фотодинамический эффект, в результате которого образуется синглетный кислород, вызывающий повреждение клеточных структур, приводящих впоследствии к гибели соответствующей клетки-мишени. То есть фотодинамическая терапия приводит к удалению клеток, составляющих основу патологического процесса.

При проведении ФДТ в нашей клинике использовали два аппарата, один из которых генерирует лазерное излучение с длиной волны 662 нм, а другой представляет из себя матрицу светодиодов, генерирующих монохроматическое излучение с длиной волны также 662 нм. В 2014–2016 гг. в качестве фотосенсибилизатора применялся отечественный медицинский гель-пенетратор светового излучения на основе диметилглиоаминовой соли хлорина-е6, с 2017 года применяется также отечественный гель косметический на основе того же действующего

вещества и в той же концентрации. Основную группу пациентов составили пациенты с возрастными изменениями кожи, а также пациенты с акне различной степени тяжести, розацеа различных форм, себорейным кератозом. Есть опыт применения фотодинамической терапии при герпетическом везикулярном дерматите, склеродермии, псориазе и многих других состояниях кожи. 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.

У всех пациентов с различными косметологическими и дерматологическими проблемами, получивших фотодинамическую терапию с применением геля косметического «Фотодитагель» были получены удовлетворительные результаты, которые оценивались как сразу после курса процедур, так и по истечении различного времени (от 2 месяцев и более). 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 эффект, противовоспалительное и противозудное действие, влияние на процессы регенерации и репарации кожи с сокращением сроков реабилитации и др. Во многих случаях фотодинамическая терапия применялась в комплексе с другими методами и чаще всего являлась основой курса.

Применение фотодинамической терапии при возрастных изменениях кожи, акне, розацеа, себорейного и актинического кератозов, герпетического везикулярного дерматита, нейродермита и других состояниях кожи имеет высокую эффективность. Такое многогранное действие ФДТ обусловлено следующим: апоптоз клеток, составляющих основу патологического процесса; повышение качества клеточного состава кожи; повышение функциональной активности молодых здоровых клеток; антибактериальное действие; противовоспалительное и иммуномодулирующее действие; улучшение микроциркуляции кожи и качества межклеточного матрикса дермы.

### ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ КОЖИ. РИСКИ В КОСМЕТОЛОГИИ

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

Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.

Этиология преждевременного старения кожи включает в себя разные группы факторов. Одни из них относятся к генетически детерминированным состояниям, объединенным в группу «прогерия». При прогерии преждевременному старению подвержена не только кожа, но и все органы, и так как при этом отмечено выраженное ускорение темпа старения, то такие пациенты, как правило, к косметологам не обращаются.

Другими факторами преждевременного старения являются внешние факторы, к которым относятся особенности питания, воздействие УФ-облучения, загрязнение окружающей среды, курение и другие факторы.

Следующая группа включает внутренние факторы организма, сюда могут относиться особенности функционирования антиоксидантной системы, системы гликации и воспаления, особенности строения генов, участвующих в фото- и биологическом старении (такие как SIRT1, MC1R, STXB5P5L, FBXO40, PHLDA1 и другие), а также гены, регулирующие состав межклеточного вещества дермы.

На последней группе факторов мы предлагаем остановиться немного подробнее. Пациенты, имеющие генетические мутации в генах, отвечающих за строение соединительной ткани, имеют риски преждевременного старения из-за нарушения строения соединительной ткани, к тому же данные пациенты могут нестандартно отвечать на проведение эстетических процедур. В формировании соединительной ткани принимает участие множество внеклеточных факторов, основными из которых являются коллагеновые и эластиновые волокна, а также гиалуроновая кислота. Кроме того, в общей картине имеет значение не только синтез, но и деградация и особенности рецепции. Так, за строение фибриллярных коллагенов I, III и V типов отвечают гены COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, за строение сетчатого коллагена IV типа, расположенного в мембране, отвечают гены COL4A1, COL4A2, за остальные

типы коллагенов в коже – COL6A1, COL6A2, COL6A3, COL6A4, COL6A5, COL6A6, COL7A1, COL14A1, COL17A1, COL19A1. В посттрансляционных изменениях коллагенового волокна наиболее важное значение имеют ферменты, кодируемые ADAMTS1, ADAMTS2, ADAMTS3, ADAMTS7, ADAMTS8, ADAMTS9, ADAMTS12, ADAMTS13, ADAMTS14, PLOD1, PLOD2, PLOD3. Эластиновые волокна обеспечивают коже свойство эластичности – способность принимать исходную форму после растяжения. Эластиновое волокно состоит из эластина и микрофибриллярного окружения. Наиболее значимыми генами, отвечающими за строение эластинового волокна в коже, являются: ген эластина ELN и гены микрофибриллярных протеинов: FBN1, FBN2, FBLN1, FBLN2, EFEMP1, EFEMP2, FBLN5, LTBP2, LTBP4, MFAP4. В посттрансляционных изменениях наибольшее значение имеют лизилоксидаза (кодируемая геном LOX), лизилоксидазоподобный фермент 1 (кодируемый геном LOX1) и гепарансульфаты (кодируемый геном HSPG2). При деградации коллагеновых и эластиновых волокон общими ферментами являются различные виды матриксных металлопротеаз (основные из которых кодируются генами MMP1, MMP2, MMP3, MMP7, MMP8, MMP9, MMP10, MMP11, MMP13), регулируемые ингибиторами матриксных металлопротеаз (основные из которых кодируются генами TIMP1, TIMP2, TIMP3). Также деградация эластина может обеспечиваться специфическими ферментами – эластазами, но большинство эластаз вырабатываются в поджелудочной железе и имеют значение при пищеварении. В коже в физиологических условиях отмечен очень низкий уровень эластаз, среди которых можно выделить лишь катепсины, кодируемые генами CTSL, CTSS. Гиалуроновая кислота обеспечивает тургор и «наполненность» кожи. В геномике ее важны гены, участвующие в синтезе (HAS1, HAS2, HAS3), деградации (HYAL1, HYAL2, HYAL3) и рецепции ее на фибробластах (CD44, HARE, RHAMM). Таким образом, факторов, влияющих на развитие преждевременного старения много, и важно врачам вовремя увидеть клинические предикторы, в частности нарушение функционирования соединительной ткани, а также в перспективе использовать генетическое тестирование для определения предикторов преждевременного старения кожи.

### КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ АРМИРУЮЩИХ САМОРАССАСЫВАЮЩИХСЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ

*Институт красоты Belle Allure, Москва*  
**Васильева Е.В.**

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями из полимолочной кислоты для коррекции инволюционных изменений височной области в практике врача-косметолога

Объекты исследования: пациенты центра – 18 в возрасте 33–43 лет, женщины. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 3 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 4 нити с каждой стороны пациентам с целью лифтинга височной области. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% лидокаином 2–4 мл, введение подкожно по разметке нитей через один прокол с каждой стороны иглой 70 мм 20G, перемещение (лифтинг) ткани по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 16 (89%), хороший у 2 (11%). Ярко выраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счет стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин.

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

### КОЛЛАГЕНСТИМУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

*Tori Clinic, Москва*  
**Дьяченко Ю.Ю.**

На сегодняшний день известно, что в кожном покрове представлены несколько типов коллагена – I типа (80–90%), III типа (8–12%) и V типа (<5%). Фибробласты, резиденты дермы, адгезированы к сети коллагена через интегриновые рецепторы. Подобное присоединение позволяет фибробласту находиться в определенной вытянутой морфологической форме в экстрацеллюлярном матриксе. Существующее реципрокное взаимодействие между фибробластами и экстрацеллюлярным матриксом способствует поддержанию функционального фенотипа фибробласта и гомеостаза в дермальном слое.

Еще в 50-х гг. XX столетия Д. Харман описал свободнорадикальную теорию, которая является одной из фундаментальных теорий старения. При рассмотрении молекулярной биологии возрастных изменений на уровне кожного покрова [1] было обнаружено, что свободные радикалы (активные формы кислорода) через активацию MAPK киназы, AP-1 и NFκB, повышают экспрессию MMP и снижают сигнальную функцию TGF-β, что ведет к фрагментации коллагена и снижению его биосинтеза. Данный процесс препятствует механическому взаимодействию между фибробластом и экстрацеллюлярным матриксом и сказывается на размере и форме фибробласта. Старейший фибробласт в дальнейшем самостоятельно оказывается источником активных форм кислорода, что, в свою очередь, активирует экспрессию MMP и ингибирует TGF-β, который является главным регулятором биосинтеза компонентов внеклеточного матрикса. Таким образом, динамическое состояние экстрацеллюлярного матрикса служит одним из важнейших факторов в старении фибробласта. Различные косметологические наружные препараты (ретиноиды, АНА-кислоты, пептиды, др.) и процедуры (фракционные лазеры, фото- и радиоволновое воздействие, препараты на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, гидроксипатита кальция, полимолочной кислоты) способны оказывать воздействие на различных молекулярных уровнях.

Наибольшую популярностью относительно эффективности и безопасности в практике врача-косметолога пользуются филлеры на основе гиалуроновой кислоты. Начиная с 2007 г. проводились исследования, направленные на уточнение механизмов активации фибробласта как наиважнейшей структурной единицы дермального слоя [2, 3]. В результате исследований было выяснено, что введение стабилизированной гиалуроновой кислоты при помощи механосенситивного воздействия изменяет физическую форму фибробласта, активируя таким образом активный функциональный фенотип клеток, воздействуя через рецепторы клеточной поверхности, такие как интегрин, а также на сигнальный путь экспрессии TGF-β, что напрямую отражается на гомеостазе внеклеточного матрикса, экспрессии MMP и индуцирует фибробласты продуцировать новые интактные коллагеновые волокна.

### ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ КОСМЕТОЛОГА

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

При обучении на кафедре косметологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова врачи выражают свою обеспокоенность системой непрерывного медицинского образования (НМО) в Российской Федерации (РФ). Какие правовые основы НМО действуют в РФ сегодня, 27 августа 2021 года?

Мы работаем в системе здравоохранения РФ во время ее реформирования с целью улучшения. В соответствии с действующим Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года», уровень удовлетворенности граждан качеством

медицинской помощи ... составил 39,9%. Основная задача реформ – это создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом (ФЗ) «Об образовании в РФ», реализация профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.

Известно, что с 1 января 2016 года вступила в действие статья 69 ФЗ N 323-ФЗ об аккредитации медицинских работников. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно «с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Здесь важно обратить внимание на следующий момент: Минздрав (МЗ) РФ вправе продлить на срок до 12 месяцев действие сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста, если срок его действия истек в 2021 г. (п. 2 Постановления Правительства РФ от 03.04.2020 N 440, п. п. 2, 19 Приложения N 2 к Постановлению Правительства РФ N 440, п. 2 Приложения N 9 к Постановлению Правительства РФ N 440). Такое продление предусмотрено в п. 4 Приказа N 58н.

То есть система обязательной аккредитации как НМО формируется в РФ. Аккредитация описывается как будущий обязательный элемент допуска врача к медицинской деятельности. Особое регулирование аккредитации в косметологии не заявлено в официальных документах РФ.

Аккредитация специалистов проводится центральной аккредитационной комиссией, формируемой МЗ РФ с участием профессиональных некоммерческих организаций, указанных в статье 76 ФЗ N 323-ФЗ; аккредитационной подкомиссией для проведения периодической аккредитации специалистов, формируемой председателем аккредитационной комиссии субъекта РФ по специальностям и (или) должностям, по которым проводится аккредитация специалистов (для лиц, являющихся временно не работающими, и лиц, получивших мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности).

(п. 10 введен Приказом МЗ РФ от 09.07.2021 N 746н)

Для косметологии удачно сложилось то обстоятельство, что все медицинские специальности находятся в равном положении. Вопрос аккредитации системный, касается всего медицинского образования. Таким образом, наблюдаем внимательно за изменениями нормативных документов. Нам будет предложен выполнимый алгоритм перехода от системы сертификации к системе аккредитации.

При подготовке текста использованы материалы правовой системы Консультант, 27 августа 2021 года.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

*Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»  
Малышев А.С., Винник Ю.Ю., Василюшина Т.В.*

Онкологические заболевания представляют собой обширный и разнообразный класс заболеваний, включающих как доброкачественные, так и злокачественные новообразования. Злокачественные новообразования (ЗНО) – наиболее опасные: они являются второй причиной смертности (после сердечно-сосудистых заболеваний) как в России, так и во всем мире. ЗНО входят в перечень социально значимых заболеваний, определенных постановлением Правительства РФ. В 2018 году во всем мире были зарегистрированы 18,1 миллиона случаев рака, а к 2040 году эксперты прогнозируют рост заболеваемости до 29,5 миллиона случаев за год (в том числе из-за «старения населения» и роста диагностических возможностей). Ежегодно в России регистрируется в среднем более 600 тыс. новых случаев ЗНО.

С учетом роста больных с ЗНО, на базе КГБУЗ КККВД № 1, с сентября 2018 года был организован кабинет оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ЗНО кожи и слизистых. Целью данного кабинета является обеспечение своевременного выявления новообразований кожи и видимых слизистых, подозрительных на злокачественные при проведении скрининговых осмотров при первичном обращении в поликлинику за медицинской помощью, а также осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с предопуховыми инфекционными хроническими дерматозами и с установленным диагнозом онкологического заболевания по рекомендации врача онколога. Основной задачей данного кабинета является осмотр населения и ранняя диагностика ЗНО, а также динамическое наблюдение за доброкачественными новообразованиями кожи. Непосредственный прием и оказание медицинской помощи, в соответствии с установленным порядком, пациентам с подозрением или выявлением онкологического заболевания происходит ежедневно, назначены врачи дерматовенерологи высшей квалификационной категории, со специализацией по ЗНО. В обязанности этих врачей входит: сопровождение пациента на всех этапах оказания медицинской помощи (контроль своевременной явки, прохождение обследования, диагноз, виды и места лечения), осуществление диспансерного наблюдения в случае выявления предраковых заболеваний кожи и диспансерное наблюдение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания по рекомендации врача онколога. Для выявления ЗНО используется дерматоскоп DELTA 20 (HEINE, Германия), с применением бинокулярной стереомикроскопии, которая обеспечивает диапазон десятикратного увеличения. За период работы специализированного приема пациентов с ЗНО был осмотрен 1441 пациент. ЗНО подтверждено у 256 человек. Оценка меланоцитарных новообразований кожи осуществлялась с помощью CASH-алгоритма. CASH-алгоритм является количественным показателем, применяемым для меланоцитарных образований, и состоит из следующих компонентов: «С» (Color) – цвет; «А» (Architectural disorder) – нарушение архитектуры образования; «S» (Symmetry) – симметричность; «Н» (Heterogeneity) – разнородность дерматоскопических структур, учитываются следующие структуры: «точки», «пигментная сеть», «полосы», «сине-белая вуаль», «структуры регресса», «пятна», «полиморфные сосуды». Общий дерматоскопический индекс определяется по сумме всех критериев и колеблется в диапазоне от 2 до 17. При дерматоскопическом индексе более 8 обследуемое образование считается меланоопасным.

Сочетание использования методики дерматоскопии с количественным методом диагностики меланоцитарных новообразований является неотъемлемой частью работы врача-дерматолога на приеме пациентов с ЗНО и значительно упрощает диагностику новообразований кожи. Визуальный осмотр с цифровым заключением новообразования помогает отслеживать динамику новообразования. С учетом одного из рекомендованных правил ВОЗ по снижению смертности от онкологии (раннее выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях и скрининг по выявлению предраковых состояний), наличие кабинета оказания медицинской помощи пациентам с подозрением за злокачественные новообразования кожи и слизистых является перспективным направлением в дальнейшем развитии дерматоонкологии.

### ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ОПУХОЛЯМИ КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Юго-Западный»  
Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г. П.*

У пациентов детского возраста (от 0 до 18 лет) преобладают доброкачественные неоплазии кожи и подкожной клетчатки (кератиновые и волосные кисты, папиллома, пилломатриксомы, синингома, трихоэпителиома, пигментная гранулема, невусы), злокачественные опухоли кожи (меланома, плоскоклеточный рак, базалиома), в структуре злокачественных новообразований всех локализаций составляют не более 1%. Поражение кожи и слизистых оболочек может быть как первичным при меланоме и раке, так и вторичным (метастатическое поражение), встречающееся значительно чаще у детей,



в отличие от взрослых. Нередко злокачественные опухоли кожи у детей маскируются под доброкачественные опухоли и неопухолевые процессы. Рак кожи, слизистых оболочек может возникать у детей и подростков как на фоне генетически детерминированных врожденных заболеваний кожи (пример – пигментная кератодерма), так и в результате хронической травматизации кожных покровов и слизистых оболочек в результате воздействия солнечного излучения, токсичных химических веществ, в том числе и курения. Риск развития меланомы на фоне гигантского врожденного меланоцитарного невуса выше – в первые 10 лет жизни, а на фоне остальных – у взрослых. У детей чаще поражаются верхние и нижние конечности, области головы и шеи, туловище. Приблизительно в 5% случаев меланомой поражается не кожа, а другие органы – глаза, слизистую оболочку (ротоглотки, влагалища и заднего прохода). У детей и подростков, как правило, встречается исключительно узловая форма меланомы, нередко беспигментная, которая может имитировать пиогенную гранулему, келоидный рубец или бородавку, а не меняющийся невус. Меланомы у детей более агрессивны, чем у взрослых, особенно возникшая на фоне крупного или гигантского пигментного невуса, так же как часть семейной меланомы – синдром диспластических невусов и меланомы. Меланомы у детей нередко метастазируют как лимфогенным, так и гематогенным путем и переходит от локального в диссеминированный процесс. Уровень заболеваемости меланомой кожи у детей и подростков в России, по различным данным, составляет 0,65–1,1 на 1 млн, что аналогично показателям в Германии и Новой Зеландии (по 1), в Австралии – 4 на 1 млн. Оставленные без должного внимания пигментные образования кожи, глаз, слизистой ротоглотки, слизистой влагалища, кожи ануса и слизистой прямой кишки у детей формируют группы риска по развитию меланомы взрослых. Если при выявлении опухоли кожи у взрослых имеется хорошо отлаженная маршрутизация пациента: от кабинета дерматолога до кабинета врача-онколога и далее на амбулаторное или стационарное лечение в специализированные онкологические отделения, то пациенты детского возраста с различными опухолями кожи, слизистых и мягких тканей, к сожалению, такой четкой маршрутизации не имеют. Существующие консультативные кабинеты, где принимают дерматологи и еще реже детские онкологи, не позволяют на должном уровне охватить весь контингент, тем более обеспечить полным спектром современной диагностики от экспертной дерматоскопии до современных и уникальных аппаратных методов диагностики (ультразвуковая диагностика, в том числе и кожи; радиоизотопная диагностика; компьютерная и магниторезонансная томография), особенно следует отметить сложности морфологической диагностики из-за дефицита квалифицированных кадров, специализирующихся на опухолях кожи. Но все это может быть успешно решено на базе крупных медицинских центров, в которых есть медицинские кадры, возможности морфологической диагностики и медицинская аппаратура. Примером может служить структура Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ со своими филиалами (клиниками для детей и взрослых), оказывающими амбулаторную и стационарную помощь, при этом имеющими все необходимые условия для развития, в том числе и оказания высокоспециализированной помощи детям с опухолями кожи. Безусловно, необходима кооперация со специализированными детскими онкологическими клиниками для оказания противоопухолевого лечения и тесный контакт врачей различных специальностей: дерматологов, детских онкологов, педиатров, детских хирургов, анестезиологов, оториноларингологов, эндокринологов, аллергологов-иммунологов, генетиков, морфологов, специалистов диагностических служб, лабораторий различного назначения – в этом залог успеха.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ КАК КРИТЕРИЙ НАЧАЛА СИСТЕМНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ГЕАНГИОМЫ

Центр Сосудистой Патологии, Москва  
Романов Д.В., Сафин Д.А.

Введение. Самой распространенной доброкачественной сосудистой опухолью детского возраста является младенческая гемангиома (МГ). Для лечения данного заболевания используются бета-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол), которые считаются первой линией терапии. Однако, не смотря

на хороший результат такой терапии, на фоне приема данных препаратов возможно развитие различных осложнений – кардиологических, легочных и других. Поэтому для практикующих врачей, занимающихся лечением МГ, необходимо иметь критерии для назначения такой терапии. Следует признать, что пока во всем мире не выработаны единые критерии начала системной медикаментозной терапии МГ бета-адреноблокаторами и большинство врачей руководствуются личным опытом для определения показаний к лечению. Особенно трудный выбор стоит перед врачами первичного звена, которые должны решить, наблюдать за пациентом или начинать лечение образования. Цель и задачи исследования. Оценить эффективность разработанной оценочной шкалы в качестве критерия для начала системной медикаментозной терапии младенческой гемангиомы.

Материалы и методы исследования. В Центре Сосудистой Патологии (г. Москва) разработана оценочная шкала для определения показаний к системному медикаментозному лечению МГ бета-адреноблокаторами, которая учитывает следующие факторы: наличие объемного компонента МГ (толщина образования (передне-задний размер) под данным УЗИ), возраст ребенка, локализация МГ, размер МГ, количество МГ на коже и наличие осложнений заболевания.

Проведен ретроспективный сравнительный анализ пациентов, которые впервые обратились в Центр Сосудистой Патологии с диагнозом «Младенческая гемангиома» и которым по результатам проведенной консультации была назначена медикаментозная терапия. В первой группе пациентам проводился учет баллов по разработанной шкале для определения показаний к началу лечения, во второй группе (группе сравнения) пациентам показания к началу медикаментозной терапии определялись на основании опыта врача, до начала использования шкалы.

За период с 1 сентября 2019 по 1 апреля 2021 года проведено 1427 первичных консультаций детям с диагнозом «Младенческая гемангиома» (основная группа). В группу сравнения мы включили детей за 12 месячный период с 1 февраля 2018 по 1 февраля 2019 года (1207 первичных консультаций).

Результаты. В результате проведенного анализа двух групп оказалось, что в первой группе частота назначения бета-блокатора составила 28,9% (412 детей), а во второй (до начала использования шкалы) 45,2% (546 детей). Выводы. Оценочная шкала для определения показаний к системному медикаментозному лечению МГ бета-адреноблокаторами позволяет объективно и достоверно оценивать и обосновать показания к назначению медикаментозной терапии, основываясь не только на опыте врача, но и на суммации показателей, которые могут повлиять на дальнейшее течение заболевания. Данную шкалу могут использовать врачи различных специальностей, которые занимаются лечением МГ, но необходимо помнить, что сама шкала носит рекомендательный характер при выборе метода лечения МГ.

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Проценко Т.В., Провизион А.Н.

Цель. Выявить особенности клиники и иммунологических показателей у больных с себорейным кератозом (СК) и инсулинорезистентностью (ИР). Материалы и методы. Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторные данные 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с СК, в т.ч. с ИР (1-я группа, 10 чел.) и без нее (2-я группа, 10 чел.). Контрольную группу составил 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) без дерматологической патологии, без проявлений СК и ИР. Оценивали количество и размеры очагов СК. ИР определяли по показателю индекса НОМА. В сыворотке крови определяли CD22 методом прямой иммунофлуоресценции с помощью реагентов производства ООО «СОРБЕНТ» (РФ) и концентрацию иммуноглобулина М (IgM) иммуноферментным методом с помощью коммерческих тест-наборов (Вектор-Бест, Россия).

Результаты. Возраст пациентов с СК колебался от 23 до 75 лет, лиц контрольной группы – от 24 до 65 лет. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 54,1±1,8 лет, в т.ч. в 1-й группе – 64,5±1,3 лет, во 2-й группе – 59,2±2,1, в группе контроля – 38,3±2,6 лет.

Проведенный клинический анализ показал различия в клинике СК у больных на фоне ИР и без нее. Так, очаги СК у больных с ИР располагались преимущественно по линиям натяжения кожи, независимо от зон, подверженных инсоляции, в то время как у больных без ИР они располагались в основном хаотично, преимущественно на солнцезащитных участках кожи. Достоверно отличалось количество очагов СК: в 1-й группе –  $38 \pm 5,0$ , во 2-й группе –  $9,6 \pm 0,8$  ( $p=0,0005$ ) и их размеры: в 1-й –  $1,99 \pm 0,13$  см, во 2-й –  $0,95 \pm 0,05$  см в диаметре ( $p=0,001$ ).

Сопоставление иммунологических показателей также выявило различия в сравниваемых группах. Так, количество CD22 В-лимфоцитов в периферической крови у больных в 1-й группе составило  $0,28 \pm 0,05$  Г/л, во 2-й группе –  $0,23 \pm 0,03$  Г/л, а в группе контроля  $0,16 \pm 0,03$  Г/л ( $p < 0,05$ ). Аналогичные данные были получены при исследовании уровня содержания IgM, который у больных 1-й группы составил  $1,88 \pm 0,24$  Г/л, 2-й группы –  $1,56 \pm 0,17$  Г/л, а в группе контроля –  $1,34 \pm 0,15$  Г/л ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Выявленные изменения у больных СК с ИР отражают метаболические и иммунологические изменения, которые необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЛИПОМАТОЗОМ СКАЛЬПА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования. «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»*

Леденцова С.С.

Липоматоз (Л) – процесс повышенного отложения жира в тканях с образованием опухолеподобных разрастаний. По распространению Л. может быть общим и местным (регионарным); по характеру процесса – диффузным, узловатым и диффузно-узловатым. Чаще всего множественные инкапсулированные липомы встречаются на туловище и конечностях, с относительно редким поражением головы. Количество опухолей может значительно варьироваться от 2 до 50 штук и больше. Размеры липом также вариабельны от нескольких миллиметров до 6 см в диаметре, максимальный размер липомы, описанный в англоязычной литературе, равен 25 см. Чаще отмечается медленный рост доброкачественного новообразования, у большинства пациентов растущая опухоль не вызывает никаких болезненных ощущений. Хотя Л. является доброкачественным заболеванием, многие пациенты в связи с косметическим дефектом стремятся удалить отдельные опухоли. В 1993 году был определен ген, в котором происходят изменения при Л., это дефект в хромосоме 12q15. В настоящее время считается, что эта болезнь возникает в результате транслокации гена HMGIC в хромосоме 12 и гена LLP на хромосоме 3. В большинстве случаев, описанных в литературе, был определен аутосомно-доминантный тип наследования, мужчины страдают в два раза чаще, чем женщины. В основном болезнь проявляется после 30 лет. Если липомы не приносят дискомфорта, связанного с нарушением функции соседних органов, не подвергаются частой травматизации и не создают косметических проблем, то рекомендуется наблюдение и выжидательная тактика без удаления. Нами был проведен поиск литературы для сбора информации о Л. области головы и шеи в интернет-ресурсе PubMed за последние 10 лет. В общей сложности было обнаружено 48 сообщений: 85% пациентов были мужчинами со средним возрастом 35 лет, 74% случаев появились в области шеи, тогда как 23% – на лице и коже головы. В 89% случаев проводилось хирургическое иссечение, в 11% случаев – липосакция. Под нашим наблюдением находится мужчина 1984 г. р. (37 лет), обратившийся на амбулаторный прием с жалобами на образование на коже головы с потерей волос над ним. Считает себя больным в течение последних 4 лет, когда впервые на фоне полного благополучия обнаружил образование на коже волосистой части головы на затылке, около 1 см в диаметре, без субъективных ощущений. Обратился к хирургу в ВМА им. Кирова, где образование было расценено как липома и удалено с последующим гистологическим подтверждением диагноза. Через 6 месяцев после удаления первого образования появилось новое на темени, которое также было удалено хирургически. В дальнейшем пациент пережил 5 операций в течение последних 3 лет по поводу удаления липом скальпа. Из анамнеза известно, что подобные образования всю жизнь беспокоили

отца пациента, но локализовались они на туловище. Сестер и братьев не имеет. Хронические заболевания отрицает. Последний элемент, по поводу которого настоящее обращение, появился в височно-теменной зоне слева примерно год назад, к моменту обращения имел диаметр около 4 см, мягкую консистенцию, легко сдвигался в сторону, был безболезненным. Поверхность кожи над образованием была не изменена, обращала на себя внимание частичная потеря волос, соответствующая площади образования. На трихоскопии визуализировались устья пустых волосных фолликулов и vellusные волосы, признаки воспаления, рубцевания не были обнаружены. Тест натяжения отрицательный. На коже волосистой части головы имелись рубцы на местах прежних хирургических вмешательств с потерей волос на рубцовых дефектах. На остальных кожных покровах и слизистых без патологических образований и высыпаний. Пациент подвергся клинико-лабораторному исследованию: клинический, биохимический анализы крови – патологических отклонений обнаружено не было. Стандартное исследование на гемоконтактные инфекции – ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис – с отрицательным результатом. На УЗИ органов брюшной полости – без патологии. Пациенту было рекомендовано очередное иссечение образования с гистологическим исследованием полученного материала и наложением трихофитного шва, с дальнейшей пересадкой волосных фолликулов для закрытия дефектов с потерей волос. Вывод: для липом области скальпа выжидательная тактика нецелесообразна в связи с нарушением трофики волосных фолликулов связанной с увеличением в размерах образования, может появиться дополнительная эстетическая проблема в виде алопеции, что приводит к ухудшению качества жизни у этих пациентов, таким образом в данной ситуации оптимально раннее хирургическое удаление.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»*

Раводин Р.А., Анохина Л.С.

Цель: усовершенствовать алгоритмы диагностики базальноклеточного рака кожи.

Материал и методы: учитывая распространенность базальноклеточного рака кожи, существующие методы диагностики (цитологическое исследование, панч-биопсия, эксцизионная биопсия), а также появление новых диагностических подходов (дерматоскопия), встает вопрос о последовательности использования и значении данных методов в диагностике различных форм базалиом.

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с базальноклеточным раком кожи (20 женщин и 10 мужчин в возрасте от 35 до 88 лет, средний возраст – 56,5 года): 15 – с поверхностной формой и 15 – с нодулярной.

Результаты. Наибольшей чувствительностью и специфичностью обладала эксцизионная биопсия для нодулярной формы БКР – 97% и 99% соответственно, для поверхностной формы эти показатели были чуть ниже, но значимо не отличались – 94% и 96% соответственно. Панч-биопсия характеризовалась меньшей чувствительностью и специфичностью – 79% и 85% соответственно, для нодулярной формы эти показатели были чуть выше – 85% и 93% соответственно. Чувствительность цитологического метода диагностики не превышала 55% при специфичности 67% для поверхностных базалиом и 60% и 75% для нодулярных базалиом. Дерматоскопия при нодулярном БКР характеризовалась высокой чувствительностью – 80% при специфичности – 85%, при поверхностной форме эти показатели составили 73% и 82% соответственно.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о необходимости использования комплексного подхода с обязательным применением дерматоскопии в диагностике различных форм базальноклеточного рака кожи (особенно его поверхностного варианта). Применение панч-биопсии на этапе предварительной диагностики является более предпочтительным, чем цитологического исследования ввиду ее более высокой информативности.

## LICHEN PLANOPILARIS: ВЗГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА И ТРИХОЛОГА

Клиника anti-age медицины «БиоМи Вита», Москва

Щербина И. Н.

Красный плоский лишай – распространенный дерматоз, хорошо известный дерматологам и трихологам, характеризующийся хроническим воспалительным процессом с поражением кожи и слизистых оболочек, волос и ногтей. На волосистой части головы проявление фолликулярного плоского лишая носит название LPP и существует в 4 формах:

1. Классический КПЛ.
2. Синдром Грэхема–Литтла–Лассуэра–Пикарди.
3. Фронтальная фиброзная алопеция Коссарда (FFA).
4. Фронтальная фиброзная алопеция типового распределения или АГА-паттерна (FAPD).

Многообразие клинических проявлений КПЛ только на волосистой части головы порождает трудности в диагностике этого дерматоза, являющегося наиболее частым проявлением рубцовой алопеции.

Учитывая стремительность развития патологического процесса, характеризующегося необратимой стойкой утратой волос (очаговая, диффузная, фронтальная, окцепитальная, круговая и сочетанная формы алопеции), своевременная диагностика и адекватное лечение являются необходимым условием успешной терапии.

На настоящий момент метод обзорных фотографий, проведение трихоскопии и биопсии стали обязательными инструментами в проведении качественной дифференциальной диагностики этого дерматоза.

В докладе рассматриваются четкие дефиниции между различными клиническими формами LPP, характерные трихоскопические паттерны и трудности гистологической интерпретации полученных результатов на поздних этапах заболевания с исходом в псевдопелладу Брока, которую многие клиницисты совершенно справедливо относят к самостоятельной нозологии, имеющей четкие гистологические признаки.

## СОДЕРЖАНИЕ СБОРНИКА ТЕЗИСОВ

<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Захарова А.Б., Дербенева Т.В., Томилин А.А.</i> Организация диспансерного наблюдения и лекарственного обеспечения пациентов с хроническими дерматозами в городе Москве в условиях ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2020 году .....	40
<i>Голоусенко И.Ю.</i> Диагностика редких дерматозов, ассоциированных с системной патологией .....	40
<i>Чернявский И.И. Маликова Ю.Ю.</i> Опыт лечения онихомикозов методом подологической обработки .....	41
<i>Подчасов В.Н., Сергеева И.Г.</i> Использование ультразвукового исследования в оценке состояния кожи при терапии нетакимабом (клинический случай) .....	41
<i>Демина О.М.</i> Роль полиморфизма генов врожденного иммунитета в патогенезе тяжелой формы акне .....	42
<i>Котельникова М.А., Симонова Н.В.</i> Оценка корреляционных взаимосвязей между маркерами оксидативного стресса и дерматологическими индексами у больных розацеа легкой и средней степени тяжести .....	42
<i>Киянская Е.С., Исламов В.Г., Ковалева М.Н., Роженков А.С., Елистратова И.В.</i> Вялая кожа .....	42
<i>Исламов В.Г., Киянская Е.С., Елистратова И.В., Одаряева Т.С., Леонтьев Р.В., Улупова П.Ю.</i> Твердый шанкр прямой кишки .....	43
<i>Мельниченко Н.Е., Гранина И.В., Очкурова М.М.</i> Особенность течения болезни Девержи у ребенка 9 лет .....	44
<i>Мельниченко Н.Е., Козлова А.В., Меньшикова Я.Е.</i> Заболеваемость различными формами псориаза у детей по данным стационара ГБУЗ АО АОКВД .....	44
<i>Артемьева С.И., Михайлова И.А.</i> Возможности применения системной терапии псориаза у пациентов с ВИЧ-инфекцией .....	45
<i>Джапуева А.Я., Жукова О.В., Доля О.В., Терещенко А.В., Фриго Н.В.</i> Метотрексат в низких дозах в лечении красного плоского лишая: предварительная оценка эффективности и безопасности .....	45
<i>Волкова С.Б., Тихомиров Т.А., Годзенко Т.А.</i> Клинический случай острой язвы Чапина–Липшютца .....	46
<i>Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Катунина О.Р.</i> Новое в лечении генитального склероатрофического лишая у мужчин .....	46
<i>Карпова О.А.</i> Современная терапия ладонно-подошвенных кератодермий .....	47
<i>Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Соколова А.А.</i> Склередема Бушке–Оллendorфа и соединительнотканый невус как субъекты клинко-дифференциального противостояния .....	47

<i>Добродородная Ю.Г., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н.</i>	
<b>Влияние психоэмоциональных факторов на манифестацию псориаза у подростков</b> .....	<b>48</b>
<i>Корнят М.С., Негашева Е.С., Пилявская С.О., Катунина О.Р., Заторская Н.Ф.</i>	
<b>Особенности диагностики и лечения пациентов с акнеподобной сыпью, получающих противоопухолевую таргетную терапию</b> .....	<b>48</b>
<i>Гехт М.А., Корнишева В. Г.</i>	
<b>Влияние применения атравматического перевязочного материала на показатели крови при буллезном эпидермолизе у детей</b> .....	<b>49</b>
<i>Петров В.А., Волнухин В.А.</i>	
<b>Распространенность атопического дерматита у детей, больных витилиго</b> .....	<b>49</b>
<i>Воронцова И.В., Денисова Е.В., Бобров М.А., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Корсунская И.М.</i>	
<b>Болезнь Бехчета-смежная проблема ревматолога и дерматолога</b> .....	<b>50</b>
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Плиева К.Т., Бобров М.А.</i>	
<b>Гистологическое исследование как незаменимый метод верификации и дифференциальной диагностики острого вариолиформного параспориоза Муха-Габермана</b> .....	<b>50</b>
<i>Разнатовский К.И., Алимбаев Т.З., Максимова М.Д., Гулордава М.Д.</i>	
<b>Использование регистра больных псориазом для оценки иммунологического статуса пациентов</b> .....	<b>51</b>
<i>Ильин Л.А., Романова И.В., Палуха В.В.</i>	
<b>Клинический случай множественной сирингомы</b> .....	<b>51</b>
<i>Чернова Н.И., Заторская Н.Ф., Проскурина М.И., Терещенко Г.П., Негашева Е.С.</i>	
<b>Актуальные аспекты лазерного лечения склероатрофического лишена вульвы у женщин</b> .....	<b>52</b>
<i>Егорова Д.А., Потекаев Н.Н., Морозов С.П., Доля О.В.</i>	
<b>Методы лучевой диагностики опорно-двигательной системы при поздних формах сифилиса у взрослых</b> ...	<b>52</b>
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Томилин А.А., Мельниченко О.О., Анохина Л.С.</i>	
<b>Взаимодействие дерматовенерологической и онкологической служб города Москвы в рамках реализации проекта по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи, включая меланому, в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»</b> .....	<b>52</b>
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Шалагинова А.В.</i>	
<b>Клинический случай пациентки с множественными эруптивными везикулезными кистами</b> .....	<b>53</b>
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.</i>	
<b>Сезонные изменения кожи и других контактирующих с внешней средой систем пациента старше 65 лет в связи с COVID-19</b> .....	<b>54</b>
<i>Ахтямов С.Н., Овакимян И.М., Ефрим О.И.</i>	
<b>Интермиттирующая терапия акне роаккутаном</b> .....	<b>54</b>
<i>Каирова А.Н., Попенова Л.Д., Гилякова Д.Н.</i>	
<b>Клинический случай грибовидного микоза</b> .....	<b>55</b>
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю., Мелихова Ю.В., Давыдкин В.Ю.</i>	
<b>Концепция влияния волн COVID-19 на паттерны кожи и слизистой оболочки у пациентов старше 65 лет</b> ...	<b>55</b>
<i>Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Петров А.А.</i>	
<b>К вопросу целесообразности аллергодиагностики</b> .....	<b>56</b>
<i>Чесноков А.Б., Винник Ю.Ю., Крюченко И.Л.</i>	
<b>Опыт лечения грибовидного микоза</b> .....	<b>56</b>

<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю., Давыдкин В.Ю.</i> Профилактические и терапевтические распознающие паттерны углеводов и гликоконъюгатов, постбиотики поддержки биотопов кожи и слизистой оболочки .....	57
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.</i> Мегапаттерны, распознаваемые лектинами защитных систем организма: новый потенциал против патологий кожи и слизистой оболочки .....	57
<i>Потекаев Н.Н., Демина О.М., Косталевская А.В., Шульгина И.Г., Ильин Л.А., Палуха В.В., Рустамов А.Н., Власова М.В.</i> Патофизиологические механизмы развития воспалительной реакции при акне .....	57
<i>Купеева И.А., Иванова М.А., Гаджимурадова К.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.</i> Региональные особенности буллезного эпидермолиза и подходы к его профилактике .....	58
<i>Зайнуллина О.Н.</i> Наружная терапия атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией .....	58
<i>Топычканова Е.П., Бакуров Е.В., Кохан М.М.</i> Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия в диагностике базальноклеточной карциномы кожи малого размера .....	59
<i>Демина О.М.</i> Роль молекулярно-генетических факторов ремоделирования клеточного матрикса в патогенезе акне .....	59
<i>Сулейманов Э.А., Дениева М.И., Балабекова Ф.Г., Измаилова Ф.И.</i> Опыт применения генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с псориазом и коморбидными заболеваниями в Чеченской Республике .....	59
<i>Каткова К.В., Абдулаева Н.А., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.</i> Редкий клинический случай – синдром Андогского .....	60
<i>Сафин Д.А., Романов Д.В.</i> Ошибочные диагнозы сосудистой патологии у детей и взрослых. Врачи первичного звена на острие атаки .....	60
<i>Яськова И.В., Шульгина И.Г.</i> Случаи множественных повторных заражений сифилисом у ВИЧ-позитивного пациента .....	61
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Поршина О.В., Заторская Н.Ф., Корнят М.С.</i> Актуальность сифилитической инфекции среди детского населения на примере заболеваемости сифилисом в городе Москве .....	61
<i>Миродилова Ф.Б.</i> Современные методы лечения урогенитального трихомониаза у женщин. ....	62
<i>Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.</i> О клинико-иммунологических особенностях папилломавирусной инфекции пациентов с остроконечными кондиломами .....	62
<i>Ягунова Ю. М., Яськова И. В., Шульгина И.Г.</i> Регистрация случаев реинфекции у больных сифилисом, в том числе имеющих ВИЧ-позитивный статус. Статистические наблюдения. ....	63
<i>Маляренко Е.Н., Магарышкина О.В., Кошелев Ю.А., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Кузнецов Д.В., Чистова О.Ю.</i> Клинический случай неоднократных реинфекций с выявлением патологии в ликворе. ....	63

<i>Емельянова С.В., Винник Ю.Ю., Матыскина Н.В., Шапранова И.М.</i> Особенности заболеваемости сифилисом беременных женщин в Красноярском крае. ....	64
<i>Депутатенко В.В., Старенкова Т.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.</i> Особенности работы коммерческого приема пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем. ....	64
<i>Климова Е.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М., Ситничук Н.Е.</i> Распространенность возбудителей урогенитальных инфекций у женщин с заболеваниями мочеполового тракта. ....	64
<i>Бобко С.И.</i> Зуд головы: от простого к сложному. ....	65
<i>Прожерин С.В.</i> Отсроченная позитивация серологических реакций при вторичном сифилисе на фоне ВИЧ-индуцированной иммуносупрессии: наблюдение из практики. ....	65
<i>Туаева Р.Г., Лосева О.К., Нагибина М.В., Бессараб Т.П.</i> Особенности диагностики патологии сердечно-сосудистой системы у пациентов с коинфекцией сифилис+ВИЧ. ....	66
<i>Темников Д.В., Гомберг М.А., Темников В.Е., Марченко Б.И.</i> Анализ структуры сопутствующих заболеваний у больных нейросифилисом в Ростовской области. ....	66
<i>Негашева Е.С., Гущин А.Е., Полевщикова С.А., Фриго Н.В.</i> Выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, с количественной оценкой у пациентов дерматовенерологического профиля. ....	67
<i>Иншакова П.А., Винник Ю.Ю., Карачева Ю.В., Алексеева О.П.</i> Клинико-морфологические особенности новообразований кожи на приеме у врача-косметолога. ....	67
<i>Гладько В.В., Измайлова И.В.</i> Клинический случай отсроченного иммунного ответа на введение интрадермального филлера на основе гиалуроновой кислоты. ....	67
<i>Раджабова М.М.</i> Клинический опыт применения фотодинамической терапии в косметологии и дерматологии. ....	68
<i>Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.</i> Предикторы преждевременного старения кожи. Риски в косметологии. ....	68
<i>Васильева Е.В.</i> Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений височной области. ....	69
<i>Дьяченко Ю.Ю.</i> Коллагенстимулирующее действие препаратов на основе гиалуроновой кислоты. ....	69
<i>Дубовая Е.Г.</i> Правовые основы непрерывного медицинского образования для косметолога. ....	69
<i>Малышев А.С., Винник Ю.Ю., Василишина Т.В.</i> Опыт применения дерматоскопии в практике врача-дерматовенеролога с подозрением на злокачественные новообразования кожи и слизистых оболочек. ....	70

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

Перспективы развития организации медицинской помощи пациентам детского  
возраста с опухольями кожи, слизистых оболочек и мягких тканей ..... 70

*Романов Д.В., Сафин Д.А.*

Использование оценочной шкалы как критерий начала системной медикаментозной терапии  
младенческой гемангиомы ..... 71

*Проценко Т.В., Провизион А.Н.*

Клинико-иммунологические особенности себорейного кератоза  
у больных с инсулинорезистентностью ..... 71

*Леденцова С.С.*

Клинический случай наблюдения пациента с липоматозом скальпа ..... 72

*Раводин Р.А., Анохина Л.С.*

Сравнительный анализ методов диагностики базальноклеточного рака кожи. .... 72

*Щербина И. Н.*

Lichen planopilaris: взгляд дерматолога и трихолога ..... 73