



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

15

Международный форум
дерматовенерологов
и косметологов

«СИНТЕЗ НАУКИ
И ПРАКТИКИ»

International Forum
of Dermatovenereologists and Cosmetologists
«SYNTHESIS OF SCIENCE AND PRACTICE»

СБОРНИК ТРУДОВ

15–17 марта 2022

Москва

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АКНЕ

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский государственный стоматологический институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В.

Цель исследования: сравнение двух методов – Global Acne Grading System (GAGS) и Дерматологического Индекса Акне (ДИА) для оценки степени тяжести угревой болезни. GAGS учитывает шесть местоположений лица и груди / верхней части спины с коэффициентом для каждого местоположения в зависимости от площади поверхности (лоб = 2, правая щека = 2, левая щека = 2, нос = 1, подбородок = 1, грудь и верх спины = 2+2); оценка определяет от 0 до 4 (нет поражения = 0, один комедон = 1, одна папула = 2, одна пустула = 3, один узелок = 4). Локальный балл = коэффициент x оценка.

Результаты оценивают по следующим баллам: 1–18 легкая степень тяжести; от 19 до 30 баллов среднетяжелая; 31–38 тяжелая; > 38 баллов крайне тяжелая степень тяжести. Максимальное количество баллов 52. ДИА, предложенный Американской Академией Дерматологии в 1999–2000гг. для определения тяжести дерматоза, фиксируется количество комедонов, папул, пустул, узлов. Значение ДИА определяет тяжесть течения акне как: легкая степень – от 1 до 5, средняя степень – от 6 до 10, тяжелая степень – от 11 до 15.

Материалы и методы. В исследование были включены 64 больных с угревой болезнью, обратившихся на прием в консультативную поликлинику Республиканской кожно-венерологической клинической больницы за период март – июнь 2021 года. Из них было 26 мужчин и 38 женщин – 40,6 и 59,4%. Исследование проводилось с соблюдением морально-этических принципов и проведением процедуры информированного добровольного согласия на участие в исследовании. Для оценки степени тяжести акне были задействованы три исследователя, врачи дерматологи, которые прошли полную подготовку с точки зрения интерпретации оценок по вышеперечисленным шкалам. Подавляющее число больных было в возрасте от 18 до 25 лет – 28,9% и 31,5% соответственно. Исходя из того, что в среднем по группе дебют акне у мужчин приходился на 14±1,6 лет, а у женщин на 13±1,1 лет, средняя продолжительность заболевания большинства обратившихся пациентов возрастной группы 18–25 лет варьировала от 4 до 11 лет у мужчин и от 5 до 12 лет – у женщин.

Полученные результаты. При обследовании пациентов с помощью индекса GAGS наблюдалось 46,8% больных с легкой степенью тяжести, 39,1% со средней и 14,1% с тяжелым течением акне. Причем при легкой степени тяжести количество женщин превосходило мужчин в соотношении 60% на 40%, при средней степени тяжести соотношение составило 44% на 56% и при тяжелом течении 33% на 77% соответственно, при достоверном различии только при тяжелом течении акне ($p < 0,05$). При оценке степени тяжести акне с помощью индекса ДИА – 40,6% больных были с легкой степенью тяжести, 42,2% со средней и 17,2% с тяжелым течением акне. При легкой степени тяжести количество женщин также превосходило мужчин – 61,5% на 38,5%, при средней степени тяжести соотношение составило – 55,6% на 44,4% и при тяжелом течении – 36,4% на 63,6% соответственно, при достоверном различии по полу только при тяжелом течении акне ($p < 0,05$). Как при

методе GAGS, так при ДИА во всех парах между 1 и 2 исследователем, 3 и 2, а также 3 и 1 исследователем не наблюдалось достоверных отличий ($p > 0,05$). Иными словами, при применении двух методов оценки степени тяжести акне между тремя независимыми исследователями не было достоверных отличий при постановке степени тяжести акне, что может говорить о надежности их применения.

Выводы. При сопоставлении больных с акне легкой, средней и тяжелой степенями тяжести не было достоверно значимых различий между шкалами GAGS и ДИА с высоким показателем уровня корреляции между этими методами оценки. Это говорит о надежности применения данных методов. Однако, метод оценки GAGS считается более рутинным методом, который требует больше внимательности от врача и больше времени для его проведения, что касается метода ДИА, то данный метод характеризуется подсчетом акне-элементов, без применения коэффициентов, что дает преимущество во времени. Учитывая, что данный метод оценки степени тяжести по качеству не уступает методу GAGS, его можно применять для оценки степени тяжести акне в повседневной практике дерматолога.

СТРАТЕГИЯ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ НА ГРУППУ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-23 ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА

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

Артемьева С.И., Жукова О.В., Михайлова И.А., Леонова В.С.

Актуальность. Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи, которое на сегодняшний день рассматривается как системный процесс с учетом связи с множеством коморбидных состояний. С появлением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) лечение псориаза претерпело значительные перемены благодаря их высокой эффективности и благоприятному профилю безопасности. Гуселькумаб – полностью человеческое IgG1 μ моноклональное антитело, которое избирательно связывается с субъединицей p19 интерлейкина 23. К настоящему времени в литературе опубликовано небольшое количество серий случаев из реальной клинической практики, отражающих применение гуселькумаба при псориазе тяжелой степени, включая показатель выживаемости в течение длительного периода времени, а также сохранение эффективности у пациентов с сопутствующими патологиями. В двух различных клинических исследованиях (VOYAGE1 и NAVIGATE) гуселькумаб доказал свою эффективность у пациентов с псориазом, которые не ответили должным образом на терапию адалимумабом и устекинумабом. Кроме того, гуселькумаб показал некоторое преимущество над ингибитором интерлейкина (ИЛ)-17A – секукинумабом – в исследовании ECLIPSE. В проведенном нами исследовании серии клинических случаев отмечено, что гуселькумаб способен воспроизвести результаты, полученные в клинических исследованиях, в условиях реальной клинической практики. При этом представленные случаи также вызывают интерес с учетом наличия у них сопутствующего метаболического синдрома, ожирения, которое зачастую затрудняет ответ на терапию, данная группа пациентов обычно отличается особой торпидностью течения псориаза и определенной рефрактерностью к проводимому лечению.

Цель. Изучение эффективности препарата гуселькумаб у пациентов с тяжелым псориазом и отсутствием ответа на терапию различными видами биологической терапии в анамнезе.

Материалы и методы. Было проведено исследование серии клинических случаев пациентов с тяжелым псориазом, получавших лечение препаратом гуселькумаб в дозе 100 мг подкожно на 0, 4, а далее каждой 8 неделях на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». В исследование были включены 3 пациента с вульгарным псориазом тяжелой степени, которые не ответили должным образом на предыдущую терапию селективным иммуносупрессором – ингибитором ФДЭ4, ГИБП: анти-ФНО α , анти-ИЛ17А. Тяжесть заболевания и ответ на лечение оценивали по индексам PASI и DLQI на 0, 12, и 16 неделях.

Результаты. Средний возраст наших пациентов составил 35,4 лет, все 3 больных – женщины, средняя продолжительность псориаза – 17,1 (9,4) лет, средний индекс массы тела – 36,4. Они также имели несколько сопутствующих заболеваний: 66,6 % – дислипидемию, 33,3 % – сахарный диабет, 100% – ожирение. У всех пациентов в анамнезе применялся препарат апремиласт, без выраженной динамики в течение 1 года терапии, а также предшествовало лечение несколькими группами биологических препаратов – анти-ФНО α (адалимумаб) и анти-ИЛ17А (нетакимаб/секукинумаб), в 1 случае также применялся препарат ингибитор ИЛ12/23 – устекинумаб. ГИБП применялись в течение не менее 1 года, с недостаточным эффектом со стороны кожного патологического процесса. Причиной перехода на гуселькумаб была неэффективность предыдущего лечения (100%). Значимых различий в показателях PASI или DLQI между пациентами в разные временные точки не наблюдалось. У всех больных наблюдалось выраженное снижение показателей PASI и DLQI с 0 по 12 недели. После 12-й недели и до 16-й недели показатели PASI и DLQI оставались низкими и стабильными. Пропорция выживаемости на 16 неделе терапии составила 100%.

Выводы. Наши результаты демонстрируют, что в условиях реальной клинической практики гуселькумаб воспроизвел результаты клинических исследований. Кроме того, полученные результаты показывают, что терапия с применением группы ингибиторов ИЛ-23 может быть стратегией переключения у пациентов, которые не отвечают должным образом на другие биологические препараты при лечении тяжелого псориаза, а также могут быть препаратами выбора у пациентов с коморбидным ожирением. Ограничением данного исследования является малая выборка пациентов, однако с учетом полученных результатов продемонстрированы многообещающие результаты.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗУДА ПРИ ПСОРИАЗЕ

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

Артемяева С.И., Смердова М.А., Доля О.В.

Актуальность. Псориаз – хроническое воспалительное заболевание, которое оказывает выраженное негативное влияние на различные аспекты жизни пациентов. Согласно современным данным, зуд сопровождается псориазом в 60–80% случаев, при этом большинство больных считают данный симптом наиболее отягощающим заболеванием. Известно, что в развитии воспаления в коже и формировании зуда у больных хроническими воспалительными дерматозами принимают участие различные медиаторы воспаления, в том числе нейрпептиды и белки факторы роста. По данным немногочисленных исследований отмечено участие отдельных биомаркеров в патогенезе зуда при псориазе, в том числе нейрпептида Y (NPY), растворимого сосудистого адгезивного белка-1 (VAP-1). Ряд исследований также свидетельствует о влиянии антимикробных пептидов на формирование симптома зуда. К антимикробным пептидам относятся: липокалин 2 (LCN2) и бета-дефензин 2 (DEFB2/hBD-2). Учитывая возможность терапевтического

воздействия на уровень продукции вышеописанных биомаркеров, необходимо проведение исследования комплекса биологических мишеней в патогенезе зуда при псориазе, что позволит в дальнейшем разработать подходы к выбору терапии больных «зудящим» псориазом с учетом тяжести заболевания и интенсивности зуда.

Цель. Изучение патогенетических аспектов зуда при псориазе с помощью исследования комплекса биомаркеров крови.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовалось 88 образцов крови от пациентов с псориазом в возрасте 27–78 лет (25 женщин; 63 мужчины), разделенных на 3 группы в зависимости от тяжести кожного процесса, проводимой терапии и наличия жалоб на зуд: I группа – пациенты с «экстремально» тяжелым псориазом (n=30); II – пациенты с коморбидными патологиями и «зудящим» псориазом (n=30); III – группа контроля (незудящий псориаз), пациенты со среднетяжелым псориазом, получающие стандартные методы терапии (n=28). Методом ИФА у всех больных определяли в сыворотке крови содержание DEFB2/hBD-2, LCN2, sVAP-1 и NPY в соответствии с инструкциями производителя. Критериями исключения для обеих групп были наличие какого-либо системного заболевания, использование кортикостероидов, наличие злокачественных новообразований любого типа в анамнезе, беременность. Статистический анализ проводился с применением дисперсионного анализа ANOVA с помощью программного обеспечения Japovi 1.6.23 solid. P < 0,05 считали статистически значимым. Результаты DEFB2/hBD-2: при значении F=321 (p<0,001) обнаружены статистически значимые различия. Уровень DEFB2 в крови у пациентов I группы (3982±663 пг/мл) и II группы (5578±449 пг/мл) выше по сравнению с группой контроля (1245±803 пг/мл) на 2737 пг/мл (p<0,001) и 4333 пг/мл (p<0,001) соответственно. Разница среднего показателя между пациентами II группой и I группой составляет 1596 пг/мл (p<0,001). LCN2: при значении F=82,4 (p<0,001) обнаружены статистически значимые различия. Уровень LCN2 в крови у пациентов I группы (8,51±1,17 пг/мл) и II группы (15,5±7,17 пг/мл) выше по сравнению с группой контроля (5,19±1,11 пг/мл) на 3,32 пг/мл (p=0,011) и 10,36 пг/мл (p<0,001) соответственно. Разница среднего показателя между пациентами II группой и I группой составляет 7,03 пг/мл (p<0,001). sVAP-1: при значении F=179 (p<0,001) обнаружены статистически значимые различия. Уровень sVAP-1 в крови у пациентов I группы (434±66,4 пг/мл) и II группы (689±205 пг/мл) выше по сравнению с группой контроля (214±38,3 пг/мл) на 220 пг/мл (p=0,011) и 475 пг/мл (p<0,001) соответственно. Разница среднего показателя между пациентами II группой и I группой составляет 255 пг/мл (p<0,001). NPY: при значении F=71,9 (p<0,001) обнаружены статистически значимые различия. Уровень NPY в крови у пациентов I группы (141±35,3 пг/мл) и II группы (59,3±14,7 пг/мл) ниже по сравнению с группой контроля (573±837 пг/мл) на 433 пг/мл (p=0,002) и 514 пг/мл (p<0,001) соответственно.

Выводы. По результатам проведенного исследования выявлено увеличение уровней DEFB2/hBD-2, LCN2 и sVAP-1 у всех пациентов с псориазом, при этом уровень маркеров в крови пациентов с «зудящим» псориазом достоверно выше, чем у пациентов без зуда. Уровень маркера NPY достоверно ниже у пациентов с «зудящим» псориазом при сравнении с «незудящими» формами. Полученные результаты доказывают участие данного комплекса биомаркеров в патогенезе зуда при псориазе.

РОЛЬ ПЕПТИДА, СВЯЗАННОГО С ГЕНОМ КАЛЬЦИТОНИНА (CGRP), И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ (VEGF) В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

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

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

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – распространенное хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся поражением кожи и слизистых оболочек, в частности слизистой оболочки полости рта (СОПР). В развитии воспаления в коже и слизистой оболочке полости рта у больных хроническими воспалительными дерматозами принимают участие цитокины и другие медиаторы воспаления, в том числе факторы ангиогенеза и нейропептиды. Одним из наиболее значимых нейропептидов считается пептид, связанный с генами кальцитонина (Calcitonin gene-related peptide; CGRP). Немаловажную роль в развитии хронических воспалительных заболеваний кожи играет ангиогенез, являющийся определяющим фактором в репарации и формировании новых тканей. Ключевым регулятором ангиогенеза является фактор роста эндотелия сосудов (Vascular endothelial growth factor A; VEGF-A). Однако значимость CGRP и VEGF в развитии КПЛ кожи и СОПР остается не до конца выясненной. Цель исследования. Изучить роль биомаркеров (CGRP и VEGF-A) в развитии иммунного воспаления при КПЛ с изолированным поражением СОПР и сочетанным поражением кожи и СОПР.

Материалы и методы. В исследовании использовались образцы крови, полученные от 41 пациента с КПЛ (35 женщин, 6 мужчин; средний возраст 60,6±12,2 лет). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от локализации поражения. 1-ю группу (21 человек) составили пациенты с сочетанным поражением КПЛ кожи и СОПР, 2-ю (20 человек) – с изолированным КПЛ СОПР (экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы). В качестве группы контроля были обследованы 17 здоровых добровольцев. Изучение уровня биомаркеров в сыворотке крови проводилось методом ИФА («Человеческий VEGF-A – иммуноферментный набор для количественного определения человеческого васкулоэндотелиального фактора роста А», фирма производитель Thermo Fisher scientific, инструкция предоставлена от ЗАО «БиоХимМак»; «Пептид, родственник гену кальцитонина; набор для определения методом ИФА», фирма Cloud-Clone Corp., официальный дистрибьютор в России). Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения Japovi 1.6.23 solid. Достоверность различия выборок рассчитывалась по непараметрическому критерию Манна–Уитни. Показатель $p < 0,05$ считали статистически значимым. Результаты. В результате проведенных исследований было установлено следующее. Уровень VEGF-A ($M \pm \sigma$) в крови пациентов 1-й группы (70,4±69,0 пг/мл) и 2-й группы (53,8±34,6 пг/мл) был ниже по сравнению с группой контроля (111,7±109,4 пг/мл); при этом во 2-й группе отличие от группы контроля было статистически значимым ($p < 0,05$). Уровень CGRP ($M \pm \sigma$) в крови пациентов 1-й группы (52,5±43,4 пг/мл) и 2-й группы (44,6±38,8 пг/мл) также был ниже по сравнению с группой контроля (81,4±32,3 пг/мл); во 2-й группе отличие от группы контроля было статистически значимым ($p < 0,01$).

Заключение. В результате проведенного исследования было установлено статистически достоверное снижение уровня определявшихся биомаркеров VEGF-A и CGRP у пациентов с КПЛ и изолированным поражением СОПР в сравнении с группой контроля. Данное обстоятельство свидетельствует о возможном участии данных биомаркеров в патогенезе КПЛ СОПР и может быть обусловлено системным нарушением ангиогенеза и обмена нейромедиаторов, модулирующим и поддерживающим ка-

склад иммунологических событий, которые в конечном итоге приводят к развитию хронического воспаления слизистой оболочки полости рта.

МОНИТОРИНГ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»; Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский крайевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Бекетова Е.Г., Винник Ю.Ю., Бекетов А.М.

Упразднение должности «клинический миколог» на законодательном уровне не внесло значимых изменений в работу областных и краевых диспансеров. В «КККВД № 1» была продолжена работа по микологии согласно пройденному сотрудниками (врачами лабораторной диагностики и дерматовенерологами) обучению в НИИ «Медицинской микологии им. П.Н. Кашкина», с использованием современных методик и наработок. Из известных в настоящее время около двух миллионов видов грибов патогенными для человека считаются около 600 видов. В период с 2018 по 2020 год в Красноярском крае было зарегистрировано 3465 больных микозами: онихомикозы – 58%, микозы гладкой кожи и волосистой части головы – 42%.

В структуре грибковых заболеваний кожи подавляющее большинство случаев традиционно относится к поражениям верхних и нижних конечностей – 72% (микозы кистей 6%, микозы стоп 66%). Доля микозов туловища и складок составила 25%. Следует отметить, что в последнее время отмечается тенденция к росту поражений этих локализаций. На общем дерматологическом приеме при помощи лабораторных исследований подтвердили микологическую патологию методом микроскопии – 97%, а методом посева – 10% от всех обследований, тогда как на специализированном микологическом приеме диагноз был подтвержден соответственно в 87% и 70%. Помимо нативной микроскопии и микроскопии окрашенных препаратов мы в своей практике используем идентификацию видов грибов методом посевов при разных температурных режимах, с использованием специальных сред для выделения дерматомицетов и грибов рода Candida. Определенную сложность при диагностике микозов кожи представляют нитчатые недерматомицеты и дрожжи, так как часто они являются контаминантами. Кроме того, используется метод повторных посевов для подтверждения диагноза микоз. На сегодняшний день в нашем регионе заболеваемость трихофитией в 2,5 раза превышает микроспорию. В тоже время антропофильные и зоофильные формы регистрируются в равном количестве. Несмотря на отсутствие специализированного приема в настоящее время диагностика микотической инфекции проводится на должном уровне всеми врачами-дерматовенерологами КККВД № 1.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА ПРИ АКНЕ

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

Белякова Г.Л., Масюкова С.А., Ильина И.В., Сорокина Е.В.

В лечении различных клинических разновидностей и степени тяжести акне особое место отводится топическим препаратам, которые

используются как при моно-, комбинированной, так и поддерживающей терапии. Входящие в состав бензоилпероксид, ретиноиды (третиноин, изотретиноин, адапален), антибиотики, азелаиновая кислота воздействуют на основные патогенетические механизмы заболевания и обладают комедолитическим, противосеборейным, антибактериальным и антиандрогенным действием, таким образом снижая бактериальную колонизацию *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*), фолликулярный гиперкератоз и воспаление. Несмотря на их широкое применение в клинической практике и выраженное лечебное действие, каждый из них имеет побочные эффекты, что снижает приверженность к терапии этими препаратами. Поэтому продолжается поиск и разработка новых патогенетических альтернативных топических препаратов, снижающих риск возникновения побочных эффектов. Перспективным препаратом является экстракт зеленого чая (катехинов), в состав которого входят четыре основных катехина: эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG), эпигаллокатехин (EGC), эпикатехин-3-галлат (ECG) и эпикатехин (EC) с содержанием 60%, 20%, 14% и 6% действующего вещества. Катехины проявляют антиоксидантную активность, нейтрализуют свободные радикалы, путем активации эндогенных антиоксидантных ферментов. Эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG) является эффективным антиоксидантом, благодаря широкому спектру биологических эффектов, таких как антиоксидантное, фотозащитное, омолаживающее, противовоспалительное, иммуномодулирующее, противоопухолевое, нейропротекторное, кардиопротекторное, противовирусное и антибактериальное действие. Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата экстракта зеленого чая (эпигаллокатехин-3-галлата) в терапии акне средней степени тяжести.

Материалы и методы. Анализ материалов и оформление результатов исследования проводилось на основании наблюдения за 29 больными, из них 18 женщин в возрасте от 14 до 24 лет и 11 мужчин от 14 до 24 лет. В исследуемую группу отбирались пациенты с вульгарными папуло-пустулезными акне средней степени тяжести. Диагноз ставился на основании анамнеза и физикального осмотра. Тяжесть заболевания оценивалась с использованием дерматологического индекса акне (ДИА). Для этого проводили подсчет элементов, а именно комедонов, папул и пустул, при этом высыпания могли отсутствовать, быть единичными (до 1 до 5), регистрироваться в умеренном количестве (от 6 до 15) и в большом количестве (16 и больше). Каждый показатель оценивался в определенное количество баллов, легкая степень оценивалась от 1 до 5, средняя – от 6 до 10 баллов. Индекс оценивался до и после лечения препаратом на основе экстракта зеленого чая (эпигаллокатехин-3-галлата). Препарат применялся в качестве монотерапии наружно в форме крема на пораженные участки кожи лица тонким слоем два раза в день на очищенную кожу в течение 4 недель. Соответственно пациентов осматривали до лечения и через 1 месяц после окончания лечения.

Полученные результаты. Результат проводимого лечения оценивался на основе сравнительной характеристики ДИА до и после лечения. Дерматологический индекс акне до лечения с учетом пола распределился следующим образом, у женщин среднее значение составило $6,71 \pm 1,2$, у мужчин – $7,82 \pm 1,5$ баллов. По окончании лечения ДИА у девушек составил $4,11 \pm 0,9$, для юношей – $4,64 \pm 1,0$ баллов. ДИА после завершения курса терапии вульгарных папуло-пустулезных акне средней степени стал значительно ниже у обоих полов.

Выводы. Наружная терапия с применением препаратов на основе экстракта зеленого чая (эпигаллокатехин-3-галлата) является альтернативным эффективным методом лечения акне средней степени тяжести и может применяться как при моно-, так и в комплексной терапии заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ И ФРАКЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПОСТАКНЕ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии медицинского института РУДН, Москва
Блюмина В.А., Жукова О.В., Исматуллаева С.С., Горский В.С.

Введение. К настоящему времени предложено и апробировано большое количество методов лечения рубцов кожи, в числе которых используется фракционная радиочастотная абляция (ФРА). Также в качестве одного из перспективных подходов к лечению рубцовых изменений кожи в настоящее время рассматривается применение обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП), которая все шире используется в различных областях медицины с целью стимуляции и модулирования процессов репарации поврежденных и травмированных тканей.

Цель. Повышение эффективности и безопасности комплексной терапии постакне рубцов кожи.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 78 пациентов с рубцами постакне, которые были рандомизированы в 2 группы. 36 пациентов группы 1 получали ОТП, 42 пациента группы 2 получали комплексное лечение, включавшее введение ОТП и фракционную радиочастотную абляцию (ОТП+ФРА). Процедуры ОТП осуществлялись в технике микропапул в количестве 6 с интервалом 14–21 день. Сочетанное применение методов ОТП и ФРА пациентам группы 2 производилось по схеме: первая процедура – ФРА, через две недели – ОТП в технике микропапул, далее через 14 дней ФРА, затем – 5 процедур ОТП с интервалом 14–21 день. ОТП получали путем центрифугирования крови. Методы обследования включали клиническое обследование, оценку состояния рубца по модифицированной Ванкуверской шкале, оценку качества жизни пациентов по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ). Анализ результатов исследования был выполнен с помощью пакетов программного обеспечения Statsoft. STATISTICA 10 и Microsoft Excel 2016. Межгрупповые сравнения по количественным показателям проводились с использованием рангового непараметрического критерия Манна–Уитни в несвязанных выборках и с помощью критерия Вилкоксона в связанных выборках.

Результаты. В результате проведенного лечения у больных с рубцами все клинические показатели выраженности рубцовых изменений кожи статистически значимо снижались, наиболее выраженная динамика была характерна для пациентов группы 2. Оценка состояния рубцов по Ванкуверской шкале показала, что через 6 и 12 месяцев после лечения у большинства пациентов снизилась выраженность объективных оценок рубцовых изменений кожи. Применение предложенного подхода к лечению рубцовых изменений постакне также сопровождалось статистически значимым снижением субъективных ощущений больных и повышением величины ДИКЖ. Отмечены изменения выраженности типа, цвета, консистенции рубцов, а также тенденция к снижению субъективных ощущений жжения, зуда и напряжения рубца. При этом в обеих группах не наблюдалось нежелательных реакций как в ходе проведения процедур лечения, так и в дальнейшем после окончания терапии – в раннем и отдаленном периодах.

Обсуждение. Комплексное применение ОТП и ФРА снижает выраженность объективных показателей выраженности рубцовых изменений постакне и субъективных ощущений пациентов, способствует нормализации состояния рубцов по Ванкуверской шкале, а также улучшению качества жизни пациентов. Результаты исследования свидетельствуют,

что использование ОТП в комплексном лечении рубцовых изменений кожи является клинически эффективным и безопасным методом лечения и позволяет расширить спектр терапевтических подходов в отношении рубцов.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛЬЦИТОНИН-ГЕН-РЕГУЛИРУЕМОГО ПЕПТИДА, ВАСКУЛЯРНОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ПРИ ПРУРИГО

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия», Москва
Бобко С.И., Стердова М.А.*

К настоящему времени известно, что кальцитонин-ген-регулируемый пептид (CGRP) является маркером нейровоспаления кожи, и в ряде работ отмечается повышение его экспрессии в нервных волокнах кожи больных пруриго (Vaalasti A., 1989; Liang Y., 2000; Abadia Molina F., 1992). VEGF-A васкулярный эндотелиальный фактор роста известен как основной фактор ангиогенеза кожи, продуцируемый различными резидентными клетками кожи, в том числе кератиноцитами (Krull C., 2016), его экспрессия в коже повышена и отражает патогенетические особенности пруриго, коррелируя со степенью тяжести заболевания (Krull C., 2016). Задачей данного исследования явилось изучение уровня биомаркеров в крови, потенциально связанных с патогенезом заболевания: CGRP и VEGF – A.

Материалы и методы исследования. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS Statistics 27 (IBM). Для описания данных в связи с малыми выборками и большой вариацией данных использовались квартили распределения, а для сравнения групп применялся непараметрический критерий Манна–Уитни. Критический уровень значимости для определения достоверных различий был выбран $p < 0,05$. В лабораторном исследовании на базе Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии использовалось 30 образцов крови от пациентов с пруриго в возрасте 20–89 лет (19 женщин, 11 мужчин). Методом ИФА у всех пациентов с пруриго определяли в сыворотке крови содержание VEGF-A и CGRP в соответствии с инструкциями производителя (человеческий VEGF-A (иммуноферментный набор для количественного определения человеческого васкулоэндотелиального фактора роста A (VEGF-A), Thermo Fisher scientific, набор для определения пептида, родственного гену кальцитонина (CGRP), методом ИФА, Cloud-Clonecorp.). Группа пациентов была представлена 11 пациентами мужского пола (41–89 лет), средний возраст 62,82; и 19 пациентами женского пола (20–88 лет), среднего возраста 58,42 лет, клиническая картина представлена локализованными или генерализованными высыпаниями на коже туловища и конечностей в виде пятен, эскорирированных папул или узлов, бляшек, точечными и линейными эскоририациями, сопровождающимися зудом и другими ощущениями, с исходом в атрофические рубцы и гиперпигментированные пятна. У трети пациентов отмечалась 1 степень тяжести до 5 пруригинозных элементов на фоне проведенной терапии, у трети больных наблюдалась 2 степень тяжести пруриго от 6 до 19 пруригинозных высыпаний, у трети больных отмечалась 3 степень тяжести от 20 до 100 пруригинозных элементов. Для сравнения уровня показателей была набрана группа контроля, представленная 2 мужчинами от 55 до 72 лет среднего возраста 63,5 лет и 17 женщинами в возрасте от 34 до 64 лет среднего возраста 43,17 лет без патологии кожи.

Результаты. Медианное значение уровня VEGF-A в крови у пациентов пруриго составило 38,2 пг/мл (1 и 3 квартиль соответственно: 22,2 и 83,2). У лиц контрольной группы значение этого показателя

составило 86,4 пг/мл (1 и 3 квартиль: 48,3 и 117,0). Таким образом, можно утверждать о более низком значении показателя у исследуемой группы. Это различие было статистически достоверным ($p = 0,027$ непараметрический U-критерий Манна–Уитни). Уровень CGRP в крови у пациентов с пруриго составил 48,5 [17,7; 95,9] пг/мл по сравнению с группой контроля 83,3 [50,0; 92,6] пг/мл. Наблюдаемое различие между исследуемой и контрольной группой также оказалось статистически значимым ($p = 0,023$). Влияние пола и возраста на показатели установлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. При пруриго показано, что нервные волокна в пруригинозных высыпаниях экспрессируют кальцитонин-ген-связанный пептид, влияющий на нейрогенное воспаление вовлечением воспалительных клеток [Liang Y., 2000]. Иммуногистологические исследования показали при пруриго наличие дермальной нейрональной гиперплазии [Liang Y., 1999.], что согласуется с повышенным уровнем в дерме пруригинозных высыпаний фактора роста нервов и его рецептора тиразинкиназы A [Johansson O., 2002.]. Низкий уровень по сравнению с контрольной группой определявшихся биомаркеров в крови пациентов с пруриго можно объяснить особенностями исследуемой методики

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

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

Бобров М.А., Жукова О.В., Катунина О.Р., Заторская Н.Ф., Вишневская А.А.

Парапсориазы – заболевания из группы приобретенных дерматозов с неустановленной этиологией, объединяющая заболевания, различные по своему патогенезу, клинической и морфологической картине, прогнозам и подходам к лечению. Клинические проявления парапсориазов весьма разнообразны, одним из клинических вариантов парапсориаза является петириаз лихеноидный. В практике детских дерматологов чаще всего встречается острая форма лихеноидного петириаза Муха–Габермана (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta), его хронический вариант – петириаз лихеноидный хронический Юлиусберга (pityriasis lichenoides chronica). Однако нередко оба типа могут наблюдаться у одного и того же пациента. Из-за волнообразного появления высыпаний для лихеноидного петириаза характерен эволюционный полиморфизм элементов сыпи, когда наряду с покрытыми чешуйками папулами и пустулами обнаруживаются такие элементы сыпи, как эрозии, корки, гиперпигментированные пятна. Нередко при верификации диагноза лихеноидного парапсориаза прибегают к проведению гистологического исследования, так как его клиническая картина имеет сходство с рядом дерматозов, в частности с полиморфным ангиитом, лимфоматоидным папулезом и другими дерматозами. Гистопатологические признаки острого и хронического лихеноидного петириаза имеют сходство, однако при острой форме изменения обычно более выражены. Так при хроническом лихеноидном петириазе отмечается умеренный акантоз эпидермиса с паракератозом и небольшими скоплениями лимфоцитов, имитирующими микроабсцессы Мунро. Часто наблюдается спонгиоз. В поверхностных отделах дермы присутствуют периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. При остром лихеноидном петириазе отмечаются схожие изменения, однако они более утрированы: отмечается выраженный межклеточный отек и спонгиоз, внутриклеточный отек вплоть до некроза кератиноцитов базального слоя, что может приводить к отслолке эпидермиса. Более выражена интенсивность воспалительной инфильтрации с экзоцитозом клеток воспалительного инфильтрата в эпидермальный пласт. Отмечается выраженная экстравазация эритроцитов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА

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

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

Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) – системное воспалительное идиопатическое заболевание, преимущественно поражающее кожу и мышцы, встречается с частотой один случай на 1 миллион детей. У наблюдавшегося нами пациента эритематозные пятна располагались на коже вокруг глаз и на лице, по форме напоминая бабочку. Со временем кожный процесс перешел на кожу верхних конечностей, не сопровождаясь поражением мышц. Клиническая картина, в виде двусторонней красновато-пурпурной отечной эритемы на коже лица, аналогичной окраски высыпаний на коже разгибательных поверхностей верхних конечностей, может указывать на кожные проявления дерматомиозита, однако не исключает подострую красную волчанку. По заключению гистологического исследования патологические изменения могут наблюдаться при заболеваниях соединительной ткани – подострой волчанке и дерматомиозите. Пациент был консультирован ревматологом, проведена лабораторная диагностика с выявлением повышенного уровня КФК, ЛДГ и щелочной фосфатазы, характерного для миозита. Оценивая результаты дерматологического, лабораторного и гистологического обследований можно отметить редкий вариант ювенильного амиопатического дерматомиозита, который затрагивает исключительно кожу и характеризуется отсутствием мышечной слабости, несмотря на характерные лабораторные показатели. В рамках дифференциальной диагностики с подострой волчанкой пациенту предстоит дополнительное обследование: проведение МРТ и биопсии мышц с последующим лечением у ревматологов в стационарных условиях. У большинства пациентов с ЮДМ со временем наступает безмедикаментозная ремиссия. Однако в ряде случаев прогноз может быть неблагоприятным. Статистика указывает на летальность при ЮДМ в 3,1% и развитие серьезных функциональных нарушений в 6,5%. В основном поражаются обе ткани с последующей подкожной и мышечной кальцификацией, контрактурами и постепенным развитием вторичного заболевания соединительной ткани.

ДОЗОВОЗАВИСИМАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО ОТВЕТА ИНГИБИТОРАМИ ЯНУС-КИНАЗ

Медицинский институт непрерывного образования Московского государственного университета пищевых производств, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва

Волчек И. А., Теряев А.С., Новоженев В.Г., Попова О.А., Гладько О.В., Морозова Е.М., Афанасьева Л.С.

ЯК-киназы (Janus Associated Kinases – JAKs) способствуют передаче сигналов от многочисленных цитокинов и факторов роста, играющих важную роль в гемопоэзе и функции иммунной системы. В этой связи все большую актуальность приобретает использование ЯК-киназ в современной клинической медицине и, в частности, дерматологии. Однако диапазон рекомендуемых доз весьма невелик и ограничивается, как правило, 1–5 мг на прием. Исследования влияния сверхмалых доз препаратов до сих пор практически не изучено. Целью исследования явилось определение действия ингибитора ЯК3, Барицитиниба, на синтез цитокинов и ростовых факторов в культуре клеток человека. Оценку дозозависимой активности Барицитиниба производили в культуре

моноклеарных клеток периферической крови (МНК) здоровых доноров. Фракция МНК получена путем выделения на градиенте плотности фикола (Панэко, Россия) с $p=1,077$ по стандартной методике. После второй отмывки осадок клеток каждого донора был ресуспендирован в 1 мл среды RPMI-1640 (Панэко, Россия) с 10% эмбриональной бычьей сыворотки (Biosera, Франция) и антибиотиками – пенициллином 50 Ед и стрептомицином 50 мкг (далее – полная среда), производили подсчет количества и жизнеспособности клеток в камере Горяева, с окраской 1% трипановым синим. Выделенные клетки каждого донора развели полной средой до концентрации 2×10^6 в 1 мл и внесли по 200×10^5 в лунки A1:F6 96-луночного планшета (Nunc, Дания). В качестве индуктора экспрессии ЯК-киназ и продукции цитокинов использовали фитогемагглютинин (ФГА) в конечной концентрации 10 мкг/мл полной среды. В эксперименте использовали Барицитиниб в концентрациях 1 мкг/мл и 10 пг/мл. Препарат вносили в соответствующие лунки планшета по 10 мкл. Конечный объем среды во всех лунках – 250 мкл. Планшет поместили в условия влажной атмосферы с 5% CO₂ при 37°C на 48 часов. После культивирования планшеты с клетками центрифугировали и в супернатанте определяли концентрацию фактора некроза опухолей альфа (TNF α), гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF), интерферона альфа (IFN α), интерлейкина 2 (IL-2), интерлейкина 4 (IL-4) и интерлейкина 6 (IL-6). Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex ProTM Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. Кроме того, для дополнительного контроля результатов исследования в супернатанте определяли концентрацию Интерлейкина 6 на оборудовании фирмы SIEMENS с использованием набора реагентов для определения интерлейкина 6 (IL-6) IMMULITE 2000 той же фирмы. Установлено, что Барицитиниб в концентрации 1 мкг/мл обладает иммуносупрессивным действием и достоверно снижает индуцированную ФГА продукцию цитокинов, в особенности, TNF α , IFN α , IL-2 и IL-6. В меньшей степени GM-CSF и IL-4. Например, уровень интерлейкина 6 при использовании Барицитиниба в стандартной дозе снижался в разных методических приемах с $1084,2 \pm 14,1$ пг/мл в контроле до $276,4 \pm 9,5$ пг/мл или с $786,14 \pm 20,3$ пг/мл (контроль) до $259,11 \pm 11,1$ пг/мл (опыт). Однако, при использовании сверхмалой концентрации препарата уровень цитокинов наоборот, достоверно повышался. Так, например, Барицитиниб в концентрации 10 пг/мл значительно повышал уровень IL-6 ($1084,2 \pm 14,1$ пг/мл в контроле и $1567,2 \pm 17,3$ пг/мл в опыте или $786,14 \pm 20,3$ пг/мл – контроль и $1231 \pm 22,3$ – опыт). Та же тенденция отмечена и для других цитокинов. Дозозависимая инверсия действия веществ, в частности фармацевтических субстанций, известна. Однако в отношении ингибиторов функций ЯК-киназ такое явление обнаружено впервые, что открывает новые пути поиска регуляторов внутриклеточных сигнальных процессов.

РЕГУЛЯЦИЯ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ

Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва

Волчек И.А., Теряев А.С.

Модуляция цитокиновой активности является залогом профилактики и успешного лечения многих заболеваний, в том числе дерматологических. В поиске таких средств современная наука использует, в том числе, опыт традиционной медицины, в частности китайской. Известен успешный опыт использования древними и современными китайскими врачами *Tripterygium wilfordii* («лоза бога грома») для лечения аутоиммунных заболеваний и псориаза. Целью исследования было определить активность экстрактов *Tripterygium wilfordii* отдельно и в комплексе с экстрактами других растений, оказывающих активное

иммуномодулирующее действие на уровень основных классов цитокинов *in vitro*. В культуре интактных и стимулированных ФГА донорских человеческих мононуклеаров определяли уровень TNF α , GM-CSF, IFN γ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8 и IL-10. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex ProTM Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. В лунки планшета с клетками добавляли экстракты *Tripterygium wilfordii* (1), *Centipeda minima* (2), *Vinca rosea* L. (3), отдельно, а также их комбинации (1+2; 1+3; 2+3; 1+2+3). Использовали широкий диапазон концентраций с конечной концентрацией в культурах: 1,5 мг/мл, 0,75 мг/мл, 0,1 мг/мл, 0,01 мг/мл. Установлено, что каждое вещество обладает ингибирующей активностью в отношении синтеза всех исследованных цитокинов, в особенности TNF α , IFN γ , IL-2 и IL-6. Снижение уровня синтеза цитокинов было в диапазоне 30–78%. Комбинации экстрактов оказались предсказуемо более активны, в особенности комбинация 1+2+3 (снижение, например, уровня TNF α на 83%) и 1+2 (снижение уровня TNF α на 65%). Активность монопрепаратов была разной. Выделялась активность *Centipeda minima*, затем *Tripterygium wilfordii* и затем *Vinca rosea* L. Таким образом, использование экстрактов *Centipeda minima*, *Tripterygium wilfordii* и *Vinca rosea* L., а также их комбинаций, является перспективным для профилактики и лечения заболеваний и процессов, имеющих в основе и/или сопровождающихся цитокиновым дисбалансом.

ВЛИЯНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Государственное бюджетное учреждение «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Чеченской республики, Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Грозный
Дениева М.И., Дворянкова Е.В., Байсултанов И.Х.*

Псориаз – распространенное генетически детерминированное воспалительное иммунозависимое хроническое заболевание кожи и других органов и систем. Анализ публикаций за последние 5 лет показал, что более 50% пациентов, страдающих псориазом, – женщины детородного возраста до 45 лет [2]. Отмечена прямая связь между манифестацией или обострением псориаза с наступлением и/или прерыванием беременности на протяжении всего срока, что позволяет сделать выводы о том, что дисрегуляция иммунной системы при псориазе, вероятно, является фактором риска. Также следует отметить тот факт, что лечение беременных и лактирующих женщин ограничено в связи с узким выбором лекарственных препаратов на данном этапе. Для оценки влияния изменения гормонального профиля у женщин, страдающих псориазом, было проведено исследование, включающее в себя исследование плазмы периферической крови с определением уровня следующих показателей: кортизол, пролактин, тестостерон, дигидроэпиандростерон. В исследование вошли 120 женщин, страдающих псориазом, в возрасте 18–45 лет, с длительностью заболевания более 10 лет, частотой обострения не менее 2–3 раз в год, на момент исследования с прогрессирующей стадией псориаза. Исследование плазмы периферической крови проводилось на 3–5 день менструального цикла. Критерии невключения в исследование: отсутствие коморбидной патологии, не беременные и не кормящие, на момент исследования не принимающие пероральные контрацептивы, базисную, таргетную и генно-инженерную биологическую терапию. Исследование проводилось на 3–5 день менструального цикла. Результаты исследования показали следующие: 1. У 47 женщин (39%) было отмечено повышение кортизола и пролактина в плазме периферической крови, также отмечена корреляция повышения уровня пролактина с уровнем кортизола. 2. У 72 (60%) женщин отмечено

повышение уровня тестостерона. 3. У 58 (48%) женщин отмечается снижение уровня дигидроэпиандростерона. Таким образом, можно предположить, что повышение уровней пролактина и кортизола может быть связано со стрессом женщины, страдающей псориазом в прогрессирующей стадии, а также может служить маркером выраженной активации коры надпочечников в острую стадию псориаза, формируя «замкнутый круг» данной патологии. Повышение уровня тестостерона у женщин фертильного возраста, страдающих псориазом, может являться одним из ключевых факторов ненаступления и/или развития неблагоприятных исходов беременности. Повышение уровня тестостерона может быть связано с нарушением менструального цикла, вплоть до аменореи, отсутствие овуляции в менструальном цикле, развитием синдрома поликистозных яичников. Снижение уровня дигидроэпиандростерона у женщин с псориазом может служить предиктором развития следующих патологий: снижение резистентности тканей к инсулину, развитие сахарного диабета 2 типа, высокий риск развития коронарной болезни сердца и риск развития раннего инсульта, что укладывается в картину развития метаболического синдрома у женщин с псориазом. А также пациентки со сниженным уровнем дигидроэпиандростерона более восприимчивы к тревоге и депрессии. Полученные результаты исследования могут использоваться для оценки репродуктивного здоровья женщин, страдающих псориазом, служить маркерами для определения тяжести развития псориаза, коррекции и профилактики развития коморбидной патологии и требуют дальнейшего изучения проблемы.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПАТОГЕНЕЗА 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, Москва

Демина О.М., Потеев Н.Н., Карпова Е.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н., Солнцев В.В., Заторская Н.Ф.

Введение. Акне – наиболее часто диагностируемый дерматоз у пациентов в возрасте от 11 до 30 лет. Высыпания, обычно появляются во втором десятилетии жизни, становятся все менее и менее интенсивными и исчезают в конце второго или начале третьего десятилетия. Тем не менее, есть случаи сохранения процесса заболевания до тридцати или даже после сорока лет жизни. Характерным является и локализация высыпаний, которая в 90% встречается на коже лица, груди и спины, реже – на других участках тела. Общеизвестно, что вследствие локализации и хронической природы заболевание часто становится серьезной психологической проблемой для пациентов.

Цель: провести анализ литературных данных о роли генетической предрасположенности в патогенезе акне.

Материалы и методы: полнотекстовые статьи из баз данных Pubmed, Scopus и WoS за период 1985–2021 гг.

Результаты. Анализ литературных данных показал, что роль генетической предрасположенности в формировании акне дискутируется уже в течение более 100 лет. Поиск генотипических маркеров у пациентов с различной степенью тяжести акне представляет трудную задачу, что обусловлено многофакторным патогенезом и ролью триггерных факторов в формировании акне. В настоящее время имеется ряд исследований о генетических ассоциациях при акне. Среди наиболее изученных факторов патогенеза, в проявлении которых исследовались различия генотипов пациентов, – факторы воспаления. На сегодняшний день в нескольких исследованиях выявлены различные SNP, связь которых

с тяжестью течения акне не воспроизводилась в других исследованиях, а результаты носят противоречивый характер.

Выводы. Таким образом, анализ литературных данных показывает, что влияние генетических факторов на развитие акне имеет значение, но требует дальнейшего изучения. Полученные данные подтверждают сложность и многофакторность патогенеза акне с участием различных наследственных компонентов и требуют дальнейшего изучения.

УРОВНИ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ И ТРАНСЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ВОДЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, ФГБОУ ВО
«Воронежский государственный медицинский университет имени
Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Донцова Е.В., Новикова Л.А., Борзунова Л.Н., Королева Т.В.

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) сохраняет актуальность, которая определяется широким распространением заболевания, хроническим, рецидивирующим течением болезни и недостаточной эффективностью терапии. Среди факторов, участвующих в развитии атопического дерматита, наряду с IgE-опосредованной гиперчувствительностью, важное место занимает дисфункция барьерной функции кожи. Роль барьерных нарушений кожи стала более определенной после обнаружения LOF (loss-of-function) - мутации гена филагрина, ключевого белка, обеспечивающего конечную дифференциацию клеток эпидермиса и формирование барьерной функции кожи. Цель: изучение особенностей влажности кожи и трансэпидермальной потери воды при атопическом дерматите у детей. Материалы и методы: в работе представлен материал, основанный на результатах обследования 164 детей: 85 (51,8%) мальчиков и 79 (48,2%) девочек с установленным диагнозом АтД. Возраст пациентов варьировал от 4 до 15 лет (средний возраст $8 \pm 2,9$ лет). Контрольную группу составили 30 здоровых детей аналогичного пола и возраста. Всем пациентам проводилось клиническое обследование. Степень тяжести АтД оценивалась с помощью подсчёта индекса SCORAD. Определение барьерной функции кожи у пациентов с АтД проводили путем исследования влажности кожи и трансэпидермальной потери воды. С целью определения водного баланса в коже применялся метод корнеометрии с использованием аппарата Corneometer® CM 825 многофункционального комбайна «Multi Probe Adapter MPA 5/9 COURAGE+KHAZAKA electronic» (GmbH). Измерение трансэпидермальной потери воды у исследуемых пациентов проводилось путём TEWL-метрии (Trans Epidermal Water Loss) с помощью аппарата Tewameter® TM 300 многофункционального комбайна «Multi Probe Adapter MPA 5/9 COURAGE+KHAZAKA electronic» (GmbH). Измерялось количество влаги, испаряющееся с площади поверхности за единицу времени при стандартных условиях. Результаты: настоящим исследованием установлено, что у детей с АтД индекс SCORAD в среднем равнялся $35,84 \pm 2,42$ балла, что свидетельствует о среднетяжелой форме течения заболевания. У 125 (76,2%) пациентов АтД проявился до 1 года жизни, у 17 (10,4%) детей - в возрасте 1-3 года, у 11 (6,7%) пациентов симптомы заболевания появились с 4-6 лет, 8 (4,9%) детей отмечают начало предъявления жалоб с 7-11 лет и только у 3-х (1,8%) пациентов дебют АтД отмечался с 12 лет. Результаты отдельных характеристик барьерной функции кожи указали на статистически значимые нарушения её влажности и трансэпидермальной потери воды. Так, показатель корнеометрии у больных детей с АтД был ниже в 2,6 раза ($26,98 \pm 0,8$ у.е.) по сравнению с аналогичным параметром в контрольной группе ($70,3 \pm 1,92$ у.е.; $p < 0,001$). На фоне снижения влажности кожи отмечены значительные изменения в трансэпидермальной потере воды: показатель TEWL был выше в 3,3 раза ($36,86 \pm 0,8$ г/ч/м²) по

сравнению с лицами из здоровой группы ($11,2 \pm 0,88$ г/ч/м²; $p < 0,001$). Выводы: вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что у обследованных нами детей с атопическим дерматитом констатируется нарушение барьерной функции кожи, проявляющееся уменьшением увлажненности кожных покровов и увеличением трансэпидермальной потери воды, что сопровождается значениями индекса SCORAD, соответствующими среднетяжелой форме заболевания. Дальнейшее исследование патогенетического потенциала изучаемых показателей барьерной функции кожи может быть перспективным, в том числе и в обосновании новых подходов к лечению АтД у детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В ДАГЕСТАНЕ

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

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

Клинические формы, сроки манифестации и особенности течения врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) в различных регионах мира отличаются. Это обусловлено, в частности, как близкородственными браками, так и экзогенными факторами. Вышеуказанные факторы обуславливают подходы к профилактике и симптоматической терапии ВБЭ. Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологии ВБЭ в Дагестане, определение подходов к его профилактике и динамическому наблюдению.

Материалы и методы. Обследован в период с 2019 по 2021 годы контингент больных с установленным ранее и с предварительным диагнозом БЭ. Разработана анкета-опросник, позволяющая обобщить распределение больных по типам, проследить генеалогию, пол и возраст; установить влияние экзогенных факторов. Работа проводилась в очно-дистанционном и дистанционном формате специалистами Центра ВБЭ ГБУ РД РКВД и клиническими ординаторами ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ. Результаты и заключение. Количество пациентов БЭ на 2021 год составило 130 человек. Из них у 64% диагностирован простой тип, у 6% – пограничный, у 28% – дистрофический и 1% – Киндлер-синдром. В Республике Дагестан контингент больных с рецессивно и доминантно наследуемыми мутациями приблизительно одинаков. При доминантной форме необходимо тщательное клиническое обследование пациента, а при рецессивной – подробное изучение семейного анамнеза. Пациенты с БЭ в родословной, либо входящие в контингент группы риска должны находиться под пристальным динамическим наблюдением педиатра и дерматовенеролога до 6–7 летнего возраста. Было изучено распределение пациентов БЭ по административным районам и городам Республики Дагестан. Максимальные абсолютные показатели зафиксированы в Кизлярском районе (33 человека), городах Каспийске (22) и Махачкале (21), Хасавюртовском районе (9), городе Кизляре (7) и в Тарумовском районе (5). Число случаев БЭ в впервые верифицированным диагнозом в 2020 году составило 12 человек и 3 человека в 2021 году. Учитывая, что Дагестан является южным и, как следствие, регионом с жарким климатом, востребован комплекс профилактических мероприятий в летний период. На этот период нецелесообразно пребывание пациентов в республике. В зависимости от тяжести состояния пациента и, как следствие, его мобильности мы предлагаем различные подходы. Транспортальным пациентам рекомендованы в летний период санатории северной части страны с прохладным климатом. В то же время погодно-климатические условия высокогорных районов Республики Дагестан с невысокой температурой воздуха способствуют также комфортному пребыванию. Этот подход рекомендуем малотранспортальному контингенту больных.

Нетранспортабельные пациенты должны максимально ограничить в период высоких температур пребывание на воздухе и находиться в помещении с искусственно охлаждаемым воздухом. Необходимо создать безопасную окружающую среду, уменьшить (исключить) физическую активность, работу по хозяйству.

БОЛЕЗНЬ БОРОВСКОГО В ПРАКТИКЕ МОСКОВСКОГО ДЕРМАТОЛОГА

*Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Корняк М.С., Валитова И.В.,
Косталевская А.В., Чудакова Т.Ю.*

Кожный лейшманиоз (КЛ) – эндемичное трансмиссивное протозойное заболевание человека (син.: пендинская язва, болезнь Боровского, годовик), вызываемое *Leishmania major*. Болезнь свойственна странам с теплым и жарким климатом – Средиземноморский район, Ближний Восток и Средняя Азия. В России местные случаи КЛ не регистрируются. Завозные случаи обычно бывают из стран ближнего и дальнего зарубежья. Чаще встречаются две формы КЛ: городской тип, или антропонозный (поздно изъязвляющийся), и сельский тип, или зоонозный (остронекротизирующий). При городском типе болезни резервуаром возбудителя является больной человек, при сельском – дикие грызуны. Заражение КЛ происходит через укус самки москита из рода *Phlebotomus*, которая является переносчиком возбудителя. Отмечается сезонность заболевания в теплое время года (май-сентябрь), когда увеличивается популяция насекомых. Лечение КЛ – производные пентавалентной сурьмы (стибоглюконат натрия и меглюмина антимононат). Используют также препараты группы триазолов, кетоконазолы. Положительная динамика наступает через 3–4 нед. с последующим рубцеванием. Также в литературе описаны случаи эффективности в отношении КЛ лазерных методик, а именно: СО₂-лазер, неодимовый Nd-YAG-лазер, эрбиевый лазер, которые путем нагревания оказывают селективное воздействие на очаг поражения при КЛ, способствуют более быстрой эпителизации и смягчению рубцовых изменений, а также препятствуют развитию вторичного бактериального инфицирования кожи. В качестве демонстрации приводим клинический случай пациентки 8 лет, уроженки Киргизии, которая заболела в мае 2021 года (в Киргизии), когда появился на кончике носа маленький безболезненный узелок. Папа, расценив его как пустулу, с помощью иголки самостоятельно проколол стенку образования. После манипуляции образование не исчезло, размеры постепенно стали увеличиваться, безболезненное, розоватого цвета, яркой гиперемии кожи кончика носа не отмечалось. Появление образования ни с чем не связывает. Возможно, был укус насекомого. В Киргизии не лечились. Образование стало увеличиваться в размерах, в связи с чем обратились к педиатру. Выставлен был диагноз: «Пиодермия». Неоднократно получала наружно мази с антибиотиком, ихтиол, хлорамфеникол+метилурацил – без эффекта. В связи с неэффективностью лечения обратились к врачу-дерматологу в частный центр. Диагноз «Пиодермия», назначено лечение: Цефтриаксон № 10 инъекций, крем с фузидовой кислотой, хлорамфеникол+метилурацил, р-р фуорцин – без эффекта. В декабре 2021 г. обратилась в консультативно-диагностическое отделение филиала «Юго-Западный». Общее состояние удовлетворительное. Температура тела – в пределах нормы. Кожа вне очага поражения – нормальной окраски, без высыпаний. Регионарные подчелюстные, шейные, подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. С учетом жалоб, эпиданамнеза, анамнеза заболевания, клинических данных был выставлен предварительный диагноз: Кожный лейшманиоз? Хроническая пиодермия? Дискоидная красная волчанка? Назначено обследование: консультация детского онколога с целью исключения онкологического процесса, ОАК, посев биологического материала на условно-патогенную флору, посев на грибковую инфекцию, биопсия кожи. Гистологические изменения в пределах биоптата соответствуют кожному лейшманиозу. Остальные анализы без грубой

патологии. После проведения диагностической биопсии кожи путем иссечения кожного лоскута и наложения швов отмечается некоторая положительная динамика кожного процесса, пациентке рекомендовано консультация инфекциониста и проведение специфической терапии. Учитывая редкую встречаемость в России КЛ, с чем обычно связана трудность раннего распознавания данного заболевания, представленный клинический случай представляет собой интерес для практикующих врачей. По-прежнему основным вопросом остается тактика ведения таких пациентов. Изучение и внедрение новых методов терапии КЛ может способствовать успеху в терапии КЛ, в том числе в детской практике, ввиду ряда трудностей в проведении специфического лечения на территории РФ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭЛАСТОЛИТИЧЕСКОЙ ГИГАНТСКОЙ ГРАНУЛЕМОЙ

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

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Донченко И.Ю.

Кольцевидная эластолитическая гигантская гранулема – доброкачественное гранулематозно-эластолитическое заболевание кожи, возникающее на открытых участках тела. Этиология неизвестна. Сообщалось о выявлении заболевания у пациентов с сахарным диабетом, липоидном некробиозом, саркоидозом, а также о редких случаях у пациентов с лимфомой или лейкоемией. Заболевание проявляется кольцевидными бляшками с эритематозным периферическим валиком размером 3–5 мм и слегка атрофическим гипопигментированным центром. Локализуется в зонах, подверженных хроническому солнечному излучению. Возникновению бляшек предшествует появление отдельных или сгруппированных красных папул, которые позже сливаются в кольцевидные фигуры. Размер очагов составляет от 1 до 10 см, реже больше. Количество бляшек обычно менее 10, чаще наблюдаются солитарные поражения. Заболевание обычно протекает бессимптомно, в редких случаях наблюдается незначительный зуд. Представлен случай кольцевидной эластолитической гигантоклеточной гранулемы у пациентки 66 лет с СД 2 типа, артериальной гипертензией и стеатозом в анамнезе. Пациентка М., считает себя больной с 2015 г., когда впервые, на фоне стресса, отметила появление высыпаний на коже верхних конечностей. Обратилась в 2017 году к дерматологу по месту жительства, которым был диагностирован «Васкулит», лечилась амбулаторно без эффекта. Не лечилась, к дерматологу не обращалась. В марте 2021 года отметила появление большого количества высыпаний. В июне 2021 г. обратилась к дерматологу по месту жительства, был выставлен диагноз: «Кольцевидная эритема?», пациентка была направлена на консультацию в ООСМП МНПЦДК ДЗМ. В августе в ООСМП было произведена диагностическая биопсия, по результатам которой установлено: «эпидермис обычной толщины, его слои дифференцированы, рыхлый кератоз. В верхних отделах дермы обнаруживаются очаги неполной деструкции коллагеновых волокон с прифокальной фигурной палисаднообразной инфильтрацией из гистиоцитов и лимфоцитов с примесью эпителиоидноклеточных макрофагов и гигантских многоядерных клеток. Вокруг сосудов поверхностного сплетения умеренная периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Гистологические изменения могут соответствовать Кольцевидной гранулеме, но стоит клинически дифференцировать с липоидным некробиозом и эластолитической гранулемой. Заключение: патологические изменения могут наблюдаться при кольцевидной гранулеме, учитывая наличие в составе инфильтрата единичных гигантских многоядерных клеток клинически дифференцировать с другими дерматозами, сопровождающимися формированием

палисадных гранулем- эластолитической гранулемой и липоидным некробиозом». Была направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». При поступлении: патологический процесс на коже носит распространенный хронический воспалительный характер. На коже туловища, верхних и нижних конечностей отмечаются диссеминированные, местами сгруппированные, плотные уплотненные блестящие в проходящем свете узелковые элементы округлой формы, розовато-красного цвета, местами с цианотичным оттенком, расположенным кольцевидно, склонные к эксцентрическому росту. Дермографизм белый. Видимые слизистые интактны. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. В объеме комбинированной терапии получала: ангиопротективные препараты, системные ГКС (Метилпреднизолон 16 мг), наружно борно-нафталановая паста, Флуоцинолона ацетонид мазь 2 раза в день 10 дней, мазь Такролимус 2 раза в сутки. Выписана с улучшением, с рекомендациями продолжить прием системных ГКС с последующим титрованием дозы под контролем дерматолога по месту жительства, наружно 0,03% мазь такролимус 2 раза в день. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью данного заболевания среди дерматологических пациентов. Исходом эластолитических гранулем может явиться развитие вторичной анетодермии в результате полной потери эластических волокон в верхней части дермы. Таким образом, клиническая картина эластолитических гранулем не является специфичной и имеет значительное сходство с кольцевидной гранулемой и липоидным некробиозом. Всем пациентам с предварительным диагнозом данных дерматозов и локализацией высыпаний на открытых солнцу участках тела или распространенным характером поражения необходимо проведение гистологического исследования для подтверждения диагноза и исключения эластолитических гранулем.

АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРИОРИТЕТЫ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ИМПЕТИГО ГЕБРЫ

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

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

Герпетиформное импетиго Гебры – редкое заболевание, впервые описанное Ф. Гебра 150 лет назад. Детальное описание клинической картины в 1887 году предоставил М. Капоши. Заболевание имеет серьезный прогноз, обусловленный достаточно высокой вероятностью летального исхода. Этиология и патогенез его остаются неизвестными. Клиническая картина болезни представляет собой множественные герпетиформные сгруппированные пустулы на эритематозном фоне, чаще локализующиеся на коже крупных складок. Затем пустулы ссыхаются в корочки, отпадают и оставляют участки депигментации. Островоспалительный процесс на коже может приобретать характер эритродермии и зачастую приводить к ухудшению общего состояния больного. Заболевание отличается хроническим рецидивирующим течением с затяжными, трудно купируемыми периодами обострения. Возникновение этого заболевания связывают с аутоинтоксикацией, часто наблюдается у беременных и может быть одной из причин внутриутробной гибели плода. Предпосылкой возникновения болезни могут быть нейроэндокринные расстройства, связанные с дисфункцией паращитовидных и половых желез, гипокальциемия. Заболевание может возникать и в послеродовом периоде, при дисменорее и даже в менопаузу. Со временем установлено, что заболевание может возникать у мужчин и у детей обоего пола. Существующий спектр лечения этого заболевания включает: системные препараты, ГКС, ретиноиды, цитостатики, антибиотики, дезинтоксикационные и противовоспалительные средства, препараты кальция, витамин D3, гормональную терапию, ПУВА-терапию,

сеансы гемотрансфузии. При обострении болезни и ухудшении общего состояния пациента обязательно стационарное лечение. Пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением у дерматолога, консультироваться с врачами смежных специальностей из-за развития осложнений со стороны других органов и систем. Больные обычно получают определенную группу инвалидности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

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

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Вишневская А.А.

Термином параспориаз (П) объединены в одну гетерогенную группу 3 дерматоза, проявляющиеся папулами, эритемой, чешуйками, бляшками – лихены каплевидный, лихеноидный и бляшечный, их единая классификация отсутствует. У детей наблюдаются преимущественно острый и хронический П: pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (ф. Муха-Габермана) и pityriasis lichenoides chronica (ф. Юлиусберга). При сравнении с псориазом, число больных П встречаются в 10 раз реже, при этом число мальчиков в 45 раз больше. Клиническая картина П более выражена при острой форме, отличаясь большим числом некротизированных папул, рубцов, истинным полиморфизмом. Клинические диагнозы в части случаев нуждаются в гистологических обследованиях, особенно при токсидермии, лимфоматоидном папулезе, для исключения лимфомы. Хроническая форма продолжительнее по времени протекания заболевания, течение рецидивирующее. Хотя субъективно, мало беспокоит П, при удовлетворительном общем состоянии, требует серьезного отношения, диспансерного наблюдения, лечения – системные ГКС, антибиотики, антигистаминные, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные препараты, наружные противовоспалительные средства.

ПУСТУЛЕЗНЫЙ СЕКТОР КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

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

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

В структуре заболеваемости кожными болезнями пустулезные дерматозы – относительно редкая патология. А ее нозологический диапазон оказывается достаточно обширным и включает около двадцати вариантов. Среди них: генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша, субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона, герпетиформное импетиго Гебры, стойкий суппуративный акродерматит Галлопо, бактерид Эндрюса, ладонный пустулез Барбера, хронический рецидивирующий фурункулез, эозинофильный пустулезный фолликулит, пустулезные сифилиды. За редким исключением эти болезни можно отнести к группе редких заболеваний. Существующее в настоящее время представление о нозологической сущности, происхождении дерматозов и их развитии содержит много неясного. Особого внимания заслуживает генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша, впервые описанный как пустулезные высыпания, возникшие на фоне обычного псориаза. Вместе с этим описаны случаи, когда пустулезные высыпания существуют долгое время, не сочетаясь с типичными псориазическими эфлоресценциями. В настоящее время одновременно существуют совершенно противоположные мнения:

пустулезный псориаз является самостоятельным заболеванием и второе, что он имеет лишь патогенетическую близость с обычным псориазом. Ладонно-подошвенный псориаз в последнее время чаще классифицируется как ладонно-подошвенный пустулез, являющийся хроническим воспалительным заболеванием кожи. Оно характеризуется формированием стерильных пустул на ладонях и подошвах и упорным рецидивирующим течением. Сейчас нет единого мнения о происхождении, патогенезе и взаимоотношении между различными клиническими пустулезными формами дерматозов. Во многом это определяется редкой встречаемостью этой патологии. Вместе с этим следует отметить, что пустулезные формы отличает упорное хроническое и рецидивирующее течение, сопряженное с трудностями лечения и реабилитации этих заболеваний.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА РАЗЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ (СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ)

Государственная клиническая больница им. М. Е. Жадкевича, Москва

Зянгиров Р.Р.

Пациенты с псориатическим артритом получают различную терапию, которая влияет не только на сопутствующую патологию, но и на психологические особенности личности. Известно, что физические дефекты, повреждения кожи при псориатическом артрите могут приводить к депрессии и тревожности.

Целью исследования является анализ взаимосвязи различных видов терапии с качеством жизни, тревожностью и депрессией и определение связи между психологическими характеристиками личности и клиническими проявлениями. Автор проводил исследования с декабря 2019 года по август 2020 года. В исследование были включены 100 пациентов с псориатическим артритом ЗАО г. Москвы на различной терапии. У пациентов определялся индекс активности заболевания как BASDAI и PASI и проводился анализ крови и мочи. Пациенты заполняли 3 анкеты: SF-36, анкету депрессии по Беку и анкету тревоги по Спилбергу. Результаты. Всего 100 пациентов с ПСА. 75% пациентов сообщили по крайней мере об одном коморбидном состоянии – гипертонической болезни. 2 группы пациентов с БПВП – 68 человек, биологическая терапия – 32. В группе пациентов с БПВП уровень депрессии был выше, более того, у пациентов, получающих сульфасалазин, – чем у пациентов на биологической терапии ($p < 0,05$). Но тревожность более распространена в группе пациентов с биологическими препаратами ($p < 0,05$). Качество жизни оказалось выше в группе пациентов с препаратами, но сопоставимо среди пациентов, получающих метотрексат в монотерапии. Выводы. Выбор терапии для пациентов с ПСА должен учитывать наряду с активностью и психологические особенности личности. Конфликта интересов нет!

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ОЗОНОТЕРАПИИ

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; Российский университет дружбы народов, кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии
Ибрагимов О.Д., Солметова М.Н.

Актуальность. Подводя итоги многих лет изучения псориаза (пс) как системного заболевания, многие авторы пришли к выводу, что это

аутоиммунное, генетически обусловленное заболевание кожи, не поддающееся тотальной эрадикации, клинически проявляющееся шелушащимися папулами и бляшками, наносящее порой чувствительный урон как социальному, так и экономическому статусу больного. Высокая частота заболеваемости с различной длительностью ремиссии позволила выработать передовые методы лечения, одним из которых стала озонотерапия – аутогемотерапия озоном, которая позволяет быстро и без больших затрат добиться клинического эффекта. Однако в научной литературе недостаточно освещены клинико-патоморфологические параллели регресса псориатических изменений под влиянием озонотерапии. Цель исследования. Оценка воздействия озона на патоморфологические изменения и пролиферативную активность в коже больных псориазом. Материал и методы исследования. Забор морфологического материала – эксцизия высыпного элемента до и после озонотерапии – изучался на базе ЦНИЛ ТМА по отработанной методике (фиксация формалином, проводка и заливка): окрашивание гематоксилином и эозином с шик-реакцией на гликоген и нейтральные мукополисахариды. Гистологический препарат изучался с помощью современного оптического оборудования (производство Австрия), митотический индекс на каждые 1 000 клеток рассчитывали для каждого отдельного слоя эпидермиса. Статистическая обработка полученного материала проводилась по Матцевечюте–Эрингене (1964 г.).

Результаты исследования. После первого курса озонотерапии структура кожных слоев, пораженных псориазом, при существенных признаках улучшения структурных изменений, именно в эпидермисе – уменьшение пролиферативной активности ($1,18 \pm 0,17$), более выраженное в шиповидном слое, и уменьшение воспалительных и дистрофических изменений в эпидермисе, полной нормализации тканевой картины не наблюдалось. В базальном слое обнаруживались деструктивно измененные клетки, а местами атрофия. В дерме и соединительнотканной строме также были получены гистологические признаки частичного эффекта. Вывод. На основе анализа динамических изменений патоморфологической картины псориатически пораженных кожных участков после первого курса озонотерапии выявлено достоверное улучшение основных структурных показателей кожи: нарастание пролиферативной активности в эпидермисе и тенденция к восстановлению патоморфологических нарушений в дерме.

КОНСТИТУЦИОННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН ВТОРОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Иванова Е.В., Винник Ю.Ю., Евсеева Н.А.

При всем многообразии теорий патогенеза псориаза, большое значение придается нарушениям обмена веществ, проявления которых сложны и многообразны. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении проблемы псориаза, вопросы клинических особенностей его течения в зависимости от соматотипа остаются недостаточно изученными. Вместе с тем выявление данных взаимосвязей дает возможность прогнозировать развитие разных клинических форм псориаза, а также оценивать эффективность проводимой терапии

Всем 130 пациенткам, поступившим в стационар по поводу псориаза, проведено антропометрическое обследование с последующим соматотипированием. Анамнестически установлено, что большинство женщин

(70 человек – 54%) начало заболевания связывают с психоэмоциональным стрессом. В 12% случаев в качестве причины дебюта заболевания выступали «прочие» факторы, среди которых имели место физические нагрузки, тяжелое течение острого респираторного заболевания, прием лекарственных препаратов, употребление алкоголя, курение, влияние климатогеографических факторов и профессиональных вредностей. 45 человек (35%) возникновение псориаза ни с чем не связывали. В зависимости от сезонности рецидивов болезни выделяли три формы псориаза: зимнюю, летнюю, смешанную. Смешанная форма встречалась наиболее часто у 68,75, в зимний период обострения регистрировались в 19% случаев. Значительно реже – 11,5% – встречалась летняя форма. Для определения типа телосложения исследуемых пациенток (II период зрелого возраста) применен индекс Rees–Eisenck. Все обследованные женщины распределялись на три соматотипа: астенический (12%), нормостенический (28%) и пикнический (60%) ($p < 0,001$), что существенно отличается от группы сравнения женщин г. Красноярск, где $p < 0,05$. Таким образом, распределение соматотипов среди больных и в группе сравнения женщин города Красноярск было неравнозначным. У страдающих псориазом преобладал пикнический тип, а в здоровой группе большую долю составляли нормостеники. Для пикников характерны большая площадь поражения кожи, ее интенсивная инфильтрация, сильная степень шелушения, более высокий индекс PASI, среднее значение которого составило 39 баллов, у нормостеников наиболее легкое течение (28,3 балла), что было статистически достоверно $p < 0,01$. Кроме того, установлена взаимосвязь между тяжестью псориаза и наличием у больного метаболического синдрома или его отдельных проявлений: чем выше индекс PASI, подразумевающий более тяжелое течение псориаза, тем выше риск выявления у больного метаболического синдрома или его отдельных проявлений. В ходе исследования большая часть – 58% – имели диагностические признаки метаболического синдрома (увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину, артериальная гипертензия). Метаболические нарушения являются важным патогенетическим механизмом развития псориаза, что необходимо учитывать при назначении комплексной терапии больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ЛЕВАНДОВСКОГО–ЛЮТЦА

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва
Ильин Л.А., Романова И.В.*

Введение. Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского–Лютца (Бородавчатая эпидермодисплазия) – редкое наследственное заболевание, проявляющееся распространенными бородавчатыми высыпаниями, склонными к злокачественной трансформации. Впервые заболевание было описано Lewandowsky и Lutz в 1922 году, однако генетическая природа заболевания была обнаружена только через 80 лет. Чаще всего бородавчатая эпидермодисплазия наследуется по аутосомно-рецессивному типу наследования. Заболевание может быть спорадическим или иметь семейный характер. Патогенез верруциформной эпидермодисплазии до конца не изучен. Согласно существующим исследованиям, в основе болезни лежат мутации в генах EVER1 и EVER2 в хромосоме 17q25. Вследствие этого происходит нарушение выработки CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, а также адекватного уровня естественных киллеров. Помимо этого нарушается регуляция баланса цинка в кератиноцитах. Указанные факторы способствуют аномальной восприимчивости человека к инфекции ВПЧ. Дополнительное влияние канцерогенных факторов (УФ-излучение и др.) повышает риск развития злокачественных опухолей кожи.

Цель. Рассмотреть клинический случай пациента с редким генодерматозом.

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

Результаты. На прием обратился мужчина 66 лет с жалобами на высыпания на коже спины, правой верхней конечности, внутренней поверхности левого бедра, периодический зуд. Со слов пациента высыпания беспокоят более 3 лет. Возникновение заболевания ни с чем не связывает, самостоятельно не лечился. Отмечает медленное прогрессирование заболевания. При осмотре патологический процесс носит распространенный, несимметричный, подостровоспалительный характер, локализуется на коже верхней трети спины, разгибательной поверхности правой верхней конечности, внутренней поверхности левого бедра. Представлен множественными папулами диаметром 3–5 мм с полигональными очертаниями застойно-красного, фиолетового цвета, склонными к группировке и сливанию в бляшки с умеренной инфильтрацией и шелушением. Ногтевые пластины не изменены. Видимые слизистые без патологии. Пациенту выставлен предварительный диагноз: Простой хронический лишай. Рекомендовано лечение антигистаминными препаратами, топическими глюкокортикостероидами, эмолиентами без видимой динамики. При гистологическом исследовании: слоистый и компактный ортогиперкератоз, очаговый паракератоз, внутриклеточный отек кератиноцитов в верхних отделах; в дерме: слабовыраженные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Заключение: гистологические изменения могут наблюдаться при плоской бородавке, верруциформной эпидермодисплазии. Пациенту рекомендована фотозащита, топической ретиноид в течение месяца. После курса лечения пациент отметил минимальную положительную динамику. Лечение и наблюдение продолжено.

Выводы. Описан клинический случай приобретенной верруциформной эпидермодисплазии Левандовского–Лютца. Несмотря на редкость данного заболевания, необходимо всегда помнить о верруциформной эпидермодисплазии при длительно существующих очагах на кожных покровах. Выраженная склонность данного дерматоза к злокачественной трансформации, требует настороженности врача-дерматовенеролога при ведении пациентов с верруциформной эпидермодисплазией. Для своевременной диагностики необходимо проведение гистологического исследования биоптатов кожи из очагов.

ТЕРАПИЯ ЗУДА ПРИ СЕНИЛЬНОМ КСЕРОЗЕ КОЖИ

*Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина», Барнаул
Карпова О.А.*

Более половины дерматологических пациентов предъявляют жалобы на зуд кожи различной локализации, интенсивности и этиологии. Большую группу среди дерматозов, сопровождающихся зудом, занимают пациенты с сенильным зудом и ксерозом. Распространенность хронического зуда у пожилых пациентов, согласно исследованию датских ученых, составляет 28,9% и не зависит от пола. В среднем ежедневный зуд в течение 30 минут беспокоит 75% пожилых людей. Учитывая распространенность, социальную значимость и сложность в лечении зуда у пожилых людей с ксерозом кожи, актуален поиск нового средства, которое снижает симптомы зуда, увлажняет эпидермис и может использоваться как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении. Таким средством, разработанным специально для решения проблем зуда и сухости в пожилом возрасте, а также для ухода за возрастной кожей с учетом ее инволютивных изменений является российский крем с уникальным составом: Натуральные масла (подсол-

нечника, сои и карите) восстанавливают защитный барьер кожи, питают ее и делают более гладкой и эластичной. Полидоканол – успокаивает кожу, снижает чувствительность рецепторов. Мочевина – компонент натурального увлажняющего фактора кожи, удерживает влагу в коже, предохраняет ее от пересыхания, поддерживает баланс микробиома кожи. Экстракты (алоэ вера, ромашки и календулы) – устраняют покраснение, раздражение, тонизируют и успокаивают кожу. Витамин Е – оказывает антиоксидантное действие. Так как с возрастом pH кожи сдвигается в более щелочную сторону, использование крема с полидоканолом и эмолентами нормализует pH и поддерживает на физиологическом уровне 5,5.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности, безопасности и удобства применения крема с полидоканолом, натуральными маслами, мочевиной и витамином Е у пациентов с сенильным зудом и ксерозом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов (10 женщин и 20 мужчин) в возрасте $83 \pm 5,65$ лет, с сенильным ксерозом и зудом кожи. С давностью заболевания от 1 месяца до 5 лет. В исследовании не включались пациенты с гиперчувствительностью к компонентам препарата, ментальными расстройствами. Все 30 пациентов (100%) предъявляли жалобы на ощущение дискомфорта и зуда, на чувство стягивания 10 (33,3%), жжение 15 (50%) человек. В клинических проявлениях у 30 (100%) пациентов были выявлены повышенная сухость и сниженный тургор кожи, шелушение кожи у 25 (83,3%), усиленная десквамация у 25 (83,3%), наличие микротрещин у 10 (33,3%), экскориации у 13 (40%). Для оценки интенсивности зуда и вызываемого им нарушения повседневной деятельности в дневное и ночное время использовался индекс Behavioral rating scores (BRS), состоящий из двух вопросов. В сумме минимальное – 0 баллов, а максимальное – 8 баллов. В среднем BRS у респондентов составил $4,6 \pm 0,8$. На момент начала исследования пациенты не получали никакой наружной терапии. Испытуемые наносили крем тонким слоем на проблемные участки кожи или на всю кожу 1–2 раза в сутки, а также в течение дня по мере необходимости после водных процедур до полного исчезновения зуда. Наблюдение продолжалось 4 недели.

Результаты. Установлено, что после нанесения крема с полидоканолом, натуральными маслами, мочевиной и витамином Е зуд прекращался уже через 3–5 минут, длительность противозудного эффекта сохранялась в течение 4–5 часов. BRS на фоне лечения уменьшился до $1,6 \pm 0,2$. Уменьшение сухости, шелушения кожи были видны после первого применения и полностью прекратились на 8–12 дни лечения. Микротрещины эпителизировались на 2–3 день лечения. Полностью зуд был купирован у всех 30 (100%) пациентов. Ни одному из исследуемых назначение системных препаратов для уменьшения зуда не потребовалось. После купирования клинических проявлений пациенты применяли крем с полидоканолом, эмолентами и витамином Е 2 раза в день с профилактической целью. Спустя 4 недели после окончания основного лечения ни один пациент не отметил рецидива или ухудшения состояния. Все пациенты 30 (100%), применявшие крем с полидоканолом, натуральными маслами, мочевиной и витамином Е, отмечали удобство применения и хорошие органолептические свойства – крем не раздражал кожу, не обладал неприятным запахом, хорошо впитывался. Выводы. Результаты исследования показали, что российский крем с полидоканолом, натуральными маслами, мочевиной и витамином Е является эффективным, безопасным и удобным в применении средством и может быть рекомендован для профилактики и лечения зуда, а также увлажнения при ксерозе кожи у пожилых людей.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Российский университет дружбы народов, Москва
Касихина Е.И., Острецова М.Н., Валитова И.В.

Мастоцитоз включает гетерогенную группу расстройств, характеризующихся клональной, неопластической пролиферацией тучных клеток, накапливающихся в одном или нескольких органах. В большинстве случаев поражение кожи является первым клиническим проявлением заболевания. Клиническое обследование включает сочетание морфологического, иммуногистохимического, проточно-цитометрического иммунофенотипирования и молекулярного методов исследования. Кожный мастоцитоз преобладает у детей, тогда как системный мастоцитоз является наиболее характерной клинической формой заболевания у взрослых. По этой причине при подозрении на мастоцитоз у взрослых пациентов и детей используются различные диагностические алгоритмы. Мастоцитоз с дебютом в детском возрасте – это клональное заболевание с уникальным, преимущественно доброкачественным течением, по сравнению с мастоцитозом у взрослых.

Цель исследования – оценить иммунофенотип тучных клеток при кожном мастоцитозе у детей и соотнести его с клиническим течением. В процессе наблюдения за 5 пациентами проведено иммуногистохимическое исследование для изучения экспрессии маркеров CD2, CD25 и CD30 в биоптатах кожи при поражении мастоцитозом. Показанием для исследования являлось стойкое повышение уровня триптазы в сыворотке крови выше 11 мкг/л, а также устойчивые к терапии антигистаминами проявления пятнисто-папулезного (ППМК) и диссеминированного кожного мастоцитоза у детей старше 2 лет. Экспрессия CD2 и CD25 была выявлена у 2 детей с диссеминированным кожным мастоцитозом, но не определялась у 3 детей с ППМК и высоким уровнем триптазы. В то же время экспрессии CD30 не было выявлено ни у одного пациента. Скорее всего, данный маркер не является индикатором более тяжелого течения заболевания. Экспрессия CD30 была недавно обнаружена на большинстве опухолевых тучных клеток и в настоящее время представляет собой новую лекарственную мишень для системного мастоцитоза. Аберрантная экспрессия CD2 и CD25 является отличительной чертой системного мастоцитоза, поскольку оба белка экспрессируются в тучных клетках костного мозга у подавляющего большинства пациентов с системным мастоцитозом. Чувствительность и прогностическая значимость этих маркеров в диагностике кожного мастоцитоза менее ясны и требуют дальнейшего междисциплинарного ведения детей с тяжелыми формами данного заболевания.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

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

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

Пузырчатка – группа аутоиммунных, опасных для жизни буллезных заболеваний, поражающих кожу и слизистые оболочки. Опасность болезни обусловлена прогрессирующим течением, сопровождающимся усиленными катаболическими процессами, присоединением вторичной бактериальной и вирусной инфекции. Основная цель в лечении больных пузырчаткой – уменьшение воспалительного ответа и продукции аутоантител. Для лечения применяют препараты системных кортикостероидов и иммунодепрессантов. В качестве дополнительного лечения

эффективны методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез), терапевтический эффект которых обусловлен мощным направленным действием на иммунореактивность организма путем удаления иммуноглобулинов, комплемента, интерлейкинов, простагландинов, циркулирующих иммунных комплексов антиген-антитело или элиминацией определенных клеточных популяций и субпопуляций Т-системы иммунитета. Пузырчатка часто осложняется вторичной инфекцией. Развитию данного осложнения способствуют следующие факторы: наличие входных ворот для инфекции вследствие наличия полостных и эрозивных элементов, нарушение трофики кожи, повышение рН поверхности кожи, медикаментозная иммуносупрессия при назначении системной терапии, снижение активности противомикробных факторов защиты кожи, а также возможное несоблюдение правил асептики и антисептики при обработке очагов на коже и слизистых. Вторичное инфицирование препятствует адекватному отклику на иммуносупрессивную терапию и тормозит эпителизацию эрозивных дефектов. Это объясняет необходимость своевременного исследования посева на микрофлору с определением антибиотикочувствительности, раннего назначения антибактериальных препаратов. По завершении курса антибиотиков к лечению подключают цитостатическую терапию. Ввиду гепатотоксичности обеих групп нецелесообразно их одновременное назначение. Комбинированное применение цитостатических препаратов с кортикостероидами, в сочетании с экстракорпоральными методами лечения позволяет в более короткие сроки и при меньших суточных дозах кортикостероидов добиться хороших терапевтических результатов. Для снижения кумулятивной дозы ГК возможно назначение азатиоприна как стероид-сберегающего средства в дозе 100–200 мг/сут внутрь. Азатиоприн – синтетическое имидозольное производное 6-меркаптопурина. Введение имидозольного кольца в структуру меркаптопурина привело к усилению специфичности иммуносупрессорного действия препарата. Азатиоприн обладает большим иммунодепрессивным действием и меньшим цитоксическим эффектом. Он легче переносится большими и редко дает осложнения, позволяет в более короткие сроки снижать суточную дозу системных ГК. Необходима постоянная поддерживающая терапия препаратами данных групп, что приводит к развитию серьезных осложнений и побочных явлений, в связи с чем данная группа больных должна проходить своевременные инструментальные и лабораторные обследования (контроль лабораторных анализов, ЭФГДС, колоноскопия, денситометрия и проч.). Любые осложнения требуют адекватной коррекции, помощи специалистов смежных специальностей. Больные, получающие длительную кортикостероидную терапию, должны находиться на высокобелковой диете, им следует назначать препараты кальция, калия, магния, ингибиторы протонной помпы.

СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО

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

Киянская Е.С., Афанасьева Ю.Н., Исламов В.Г., Одаряева Т.С., Леонтьев Р.В.

Введение. Саркоидоз (болезнь Бенье–Бека–Шаумана) – полисистемное гранулематозное заболевание неясной этиологии, гистологически характеризующееся наличием эпителиоидноклеточных гранул без казеозного некроза. При саркоидозе могут быть поражены все органы и ткани (за исключением надпочечников). Наиболее часто в процесс вовлекаются медиастинальные лимфатические узлы, легкие, печень, селезенка, кожа, глаза, кости кистей и стоп. Саркоидоз может протекать остро с поражением медиастинальных лимфатических узлов и легких, артралгиями, повышением температуры и высыпаниями на коже по типу узловатой эритемы, но чаще заболевание характеризуется хроническим

течением со специфическими изменениями кожи. Кожа поражается в 20–25% случаев. Различают саркоидоз, локализующийся собственно в коже (мелкоузловый, крупноузловый, диффузно-инфильтративный), в подкожной клетчатке (узловатый), а также атипичные формы. Среди атипичных форм выделяют пятнистые, лихеноидные, псориазиформные, верруциформные, аннулярные, эритродермию.

Цель исследования. Описание клинического случая саркоидоза у военнослужащего по контракту 32 лет.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, результаты обследования.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находился мужчина 32 лет, военнослужащий по контракту. Болен в течение месяца, когда появились боли в горле, увеличились шейные лимфоузлы, затем состояние улучшилось, но по вечерам появилась субфебрильная температура, покраснение и отек голеней. Обратился в поликлинику, с диагнозом рожистое воспаление голеней направлен в ДВО ГВКГ. Жалобы при поступлении на болезненное покраснение и отек голеней, боль слева, субфебрилитет по вечерам. Кожный статус: кожный процесс представлен очагом гиперемии плотно-эластичной консистенции, размером с ладонь больного на передней поверхности левой голени, на передней поверхности нижней трети правой голени определяется болезненный гиперемированный узел размером с грецкий орех. Отмечается отек левого голеностопного сустава. Шейные и паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненные при пальпации. Выставлен предварительный диагноз узловатая эритема.

Результаты специальных исследований. Проведена диагностическая биопсия кожи. Гистологическое исследование: в препарате кусочек кожи, в дерме отмечаются четко очерченные очаги из эпителиоидных клеток с примесью лимфоцитов, главным образом по периферии. В эпидермисе особых изменений не отмечалось.

Заключение. Гистокартина соответствует клиническому диагнозу: саркоидоз кожи, узловатая форма. Эзофагогастродуоденоскопия: поверхностный гастрит очаговый умеренно выраженный. МСКТ-исследование легких и органов брюшной полости от 17.05.2016 года: Заключение: КТ-данные характерны для саркоидоза ВГЛУ. Единичные очаговые изменения верхней доли правого легкого. Патологические изменения органов брюшной полости не получены. Добавочные почечные артерии слева. В периферической крови отмечается лимфопения 9,4%. В связи с выявленными изменениями в лабораторных анализах, с учетом результатов патоморфологического исследования выставлен диагноз: Саркоидоз с поражением надключичных, подмышечных, внутригрудных лимфоузлов. Пациент переведен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения.

Вывод. Саркоидоз кожи может быть одним из первых проявлений болезни, диагностика которого позволяет обосновать проведение тщательного обследования других органов и систем.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛИТТЛА–ЛАССЮЭРА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО

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

Киянская Е.С., Афанасьева Ю.Н., Елистратова И.В., Одаряева Т.С., Леонтьев Р.В.

Введение. Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – хроническое воспалительное заболевание кожи с подострым или хроническим течением, поражающее кожу и слизистые оболочки. Классические поражения кожи представляют собой высыпания мономорфных, плоских, блестящих, полигональных, милярных, бледно-розовых папул, которые увеличиваются в размерах и приобретает сиренево-фиолетовый

оттенек. Некоторые из узелков имеют характерное центральное пупковидное вдавление, на поверхности крупных узелков патогномичный для заболевания серовато-белый сетчатый рисунок (сетка Уикхема). Заболевание сопровождается зудом, часто интенсивным. Наиболее часто высыпания локализируются на коже внутренней поверхности предплечий, области лучезапястных суставов, крестца, передней поверхности голени, половых органах. Поражения слизистых оболочек полости рта встречается в 20–35% случаев, вместе с высыпаниями на коже, иногда изолированно. К атипичным формам заболевания относятся: кольцевидная, эритематозная, гипертрофическая, пемфигоидная, атрофическая, пигментная, эрозивно-язвенная, фолликулярная. Фолликулярный или остроконечный лишай, представляет собой фолликулярные и перифолликулярные папулы и проявляется в виде нерубцовой алопеции, поредения, выпадения волос в области подмышечных впадин и лобка. У многих больных на волосистой части головы развивается ограниченная псевдопелада. Типичная триада синдрома Литтла–Лассюэра характеризуется рубцовой алопецией, фолликулярными и перифолликулярными папулами на коже, алопецией подмышечных впадин и области лобка, но возможен и неполный набор симптомов.

Цель исследования. Описание клинического случая синдрома Литтла–Лассюэра у военнослужащего на фоне аутоиммунного тиреоидита, эутиреоза.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, результаты обследования.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находился мужчина 35 лет, военнослужащий по контракту. Из анамнеза: месяц назад обратился к дерматологу по месту службы с жалобами на зудящие высыпания и очаги облысения на волосистой части головы. При исследовании материала с волосистой части головы на патогенный грибок обнаружен мицелий патогенного гриба. Диагностирован микоз волосистой части головы, проводилась системная антимикотическая терапия, без положительной динамики. С диагнозом: Микоз волосистой части головы, поступил в КВО. Жалобы при поступлении на зудящие высыпания и очаги облысения на волосистой части головы. Кожный статус: Кожный процесс представлен очагами округлой формы, цвета кожи, слегка западающими, местами сливными, без или с редким ростом волос, некоторые волосы с чешуйками у основания, локализованные на коже волосистой части головы: на теменной, затылочной, височной справа областей. На непораженной коже волосистой части головы отмечаются единичные фолликулярные красные папулы, пустулы. На боковых поверхностях плеч, предплечий, бедер, туловища множественные мелкие шиповидные папулы с перифолликулярным воспалением. На коже пояснично-крестцового отдела позвоночника пятна вторичной пигментации с фиолетовым оттенком. Результаты специальных исследований. Гистологическое исследование: в препарате кусочек кожи, в дерме расположены дериваты (потовые и сальные железы, волосяные фолликулы) нормального гистологического строения. Отмечается незначительный гиперкератоз и утолщение зернистого слоя, в дерме незначительная лимфоидная инфильтрация вокруг части сосудов, местами полосовидного характера. Заключение: гистокартинна не противоречит клиническому диагнозу: синдром Литтла–Лассюэра. Эзофагогастродуоденоскопия: бульбит эрозивный, поверхностный очаговый умеренно выраженный гастрит. УЗИ ОБП: Заключение: УЗ-признаки диффузных изменений поджелудочной железы. Консультация терапевта: Хронический гастродуоденит, обострение. Эрозивный бульбит. Стеатогепатит минимальной степени активности. В связи с выявленными изменениями в лабораторных анализах, с учетом результатов патоморфологического исследования выставлен диагноз: Красный плоский лишай. Синдром Литтла–Лассюэра. Пациенту было назначено лечение, включающее: глюкокортикоидную, ангиопротективную, антигистаминную, гепатопротективную и витаминотерапию. Вывод. Настоящим наблюдением хотим обратить внимание на важность

ранней диагностики таких редких дерматозов, как синдром Литтла–Лассюэра, для предотвращения развития очагов рубцовой алопеции, значительно влияющей на качество жизни и исполнение служебных обязанностей военнослужащих.

ПОЭТАПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул
Ковалева Ю.С., Неймарк А.И.*

Роль инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – *S. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium* и прочих урогенитальных инфекций (УГИ), таких как *U. urealyticum*, *M. hominis* в этиологии циститов у женщин несомненна на сегодняшний день. Опубликованы исследования об ассоциации *S. Trachomatis*, *U. Urealyticum* и *M. genitalium* с хроническим и интерстициальным циститами у женщин.

Цель исследования: оценка эффективности комплексной терапии хронического рецидивирующего цистита у женщин, протекающего на фоне урогенитальных инфекций.

Материалы и методы: на клинической базе кафедры урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России (урологическое отделение НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО РЖД») было проведено клиничко-лабораторное обследование и лечение 45 женщин с рецидивирующими ХЦ, протекающими на фоне патогенной и/или условно-патогенной УГИ. Проведено микроскопическое и бактериоскопическое исследование мочи, идентификация УГИ с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) и бактериологическое исследование материала из уретры. При выявлении *M. genitalium*, *S. trachomatis*, *U. urealyticum* и *M. hominis* назначался доксициклин моногидрат по 100 мг 2 раза в сутки – 10 дней, при непереносимости доксициклина – джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки – 10 дней. При выявлении *T. vaginalis* назначался метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки – 7 дней или орнидазол – по 500 мг 2 раза в сутки – 5 дней. Все получали ферментный препарат в суппозиториях Лонгидаза 3000 ЕД интравагинально, после основного курса терапии лечение ХЦ продолжили инстилляциями МП. И всем пациенткам проводилась накожная лазеротерапия (аппарат «Мустанг-2000»).

Результаты исследования и обсуждение: продолжительность ХЦ составила у 26,6% (12 женщин) от 10–15 лет, у 9% (4 пациентки) – свыше 15 лет, это были женщины старше 50 лет. У 51% больных (23 женщины) имелся анамнез заболевания до 5 лет и от 5–9 лет стаж ХЦ отмечали 13,4% женщин. До лечения жалобы на различные дизурические расстройства наблюдались у 42 (93,9%) женщин, а императивное мочеиспускание отметили 51% пациенток. Боли в надлобковой и поясничной областях наблюдались у 27 (61%) и у 6 (14%) пациенток соответственно, жжение в области уретры отмечала каждая вторая больная ХЦ. После проведенной терапии уменьшилось количество пациенток, предъявляющих жалобы на боевой симптом на 96,7%, дизурические расстройства купировались у 84,9% больных, а учащенное мочеиспускание сохранялось лишь у 7,5% женщин. В общем анализе мочи (ОАМ) до лечения лейкоцитурия наблюдалась у 36 (80,5%) пациенток, эритроцитурия – у 29 (64%) женщин, а протеинурия – у 13 (30,2%) больных. После лечения у 43 (96,5%) больных произошла нормализация показателей ОАМ и у 2 (4,4%) пациенток сохранялась лейкоцитурия. До лечения бактериурия в клинически значимых концентрациях была выявлена у 28 (61,2%) пациенток, а отсутствие роста микрофлоры у 17 (38,8%) женщин. После терапии бактериурия отмечалась в 2 случаях, в остальных 97,6% случаях имелось отсутствие роста флоры. Патогенные и условно-патогенные микроорганизмы

в виде моноинфекции наблюдались у 21 (46,5%) больной, чаще всего были диагностированы *U. urealyticum* или *M. Hominis* – в 26,7% и 11,1% , и в 8,8% случаев диагностирована *C. trachomatis*. У 24 (53,5%) женщин обнаружены: *U. urealyticum* + *M. hominis* в 15%, *U. urealyticum*+ *T. vaginalis* диагностирована в 9% случаях, *C. trachomatis* + *M. hominis* в 11% наблюдений и *M. genitalium* + *M. Hominis* в 8,1% . У 10,4% имелись ассоциации с другими микроорганизмами и уреаплазмами. После лечения элиминация бактериальных возбудителей регистрировалась у 97,6% пациенток и у 2 (4,4%) женщин отмечался рост микрофлоры. По данным ПЦР-диагностики, спустя 4 недели элиминация возбудителей УГИ регистрировалась у 42 (93,6%) женщин.

Заключение. Поскольку заболевание не является угрожающим жизни, терапевтическим приоритетом должно быть качество жизни пациента, а комплексный подход к лечению больных хроническим циститом, ассоциированным с УГИ, позволяет наиболее полно воздействовать на все звенья патогенеза заболевания, что отражается на успешном исходе лечения данной категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ РЕЦЕПТОРА IL-7 НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ, ФЕНОТИП И ВНУТРИКЛЕТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ IFN γ , IL-4 И IL-17 В CD4+ КЛЕТКАХ ПАМЯТИ ПРИ ВУЛЬГАРНОМ ПСОРИАЗЕ

Новосибирский национальный исследовательский университет, Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии, Новосибирск

Колерова А.В., Блинова Е.А., Сергеева И.Г.

Актуальность. Впервые об иммунологической памяти при псориазе заговорили после того, как трансплантация клинически здоровой кожи от пациентов с псориазом мышам с иммунодефицитом привела к развитию клинических и гистологических признаков заболевания у реципиентов [Mak et al., 2009]. CD4+ и CD8+ клетки памяти способны инициировать каскад воспалительных реакций, что приводит к развитию высыпаний в одних и тех же локализациях [Diani et al., 2016]. Gaide и соавт. установили, что резидентные клетки памяти имеют общее происхождение с центральными клетками памяти (Tcm), что указывает на возможность репопуляции пула резидентных клеток памяти кожи за счет центральных Т-клеток памяти [Gaide et al., 2015]. Также была выявлена прямая корреляционная связь между количеством CD4+CCR4+ Tcm со значением PASI и негативная – между количеством CCR5+ центральных клеток памяти и PASI [Bosè et al., 2013]. Эти данные указывают на участие CD4+ центральных и эффекторных клеток памяти в развитии заболевания и его рецидивов, что обуславливает необходимость исследования механизмов регуляции данной популяции при псориазе. Известно, что одним из основных факторов, поддерживающих популяцию CD4+ клеток памяти и обеспечивающих их высокую продолжительность жизни, является IL-7 [Lei et al., 2017]. Исходя из вышеуказанного, была сформирована цель исследования – оценить влияние блокады альфа-цепи рецептора IL-7 (CD127) на пролиферацию, фенотип и внутриклеточное содержание IFN γ , IL-4 и IL-17 в CD4+ центральных и эффекторных клетках памяти *in vitro* при псориазе. Материалы и методы. Объектом исследования являлись мононуклеарные клетки периферической крови (МНК ПК) 21 пациента с вульгарным псориазом (7 мужчин и 8 женщин, средний возраст 35,6 \pm 5,7 лет, среднее значение PASI – 21,06 \pm 5,48). CD4+ эффекторные (Tem) и центральные (Tcm) клетки памяти получали путем магнитной сортировки, используя оборудование компании MiltenyiBiotec (США). Tem и Tcm культивировали в течение 6 дней в присутствии/отсутствии IL-7 и моноклональных антител к альфа-цепи рецептора IL-7. На 6-й день культивирования

клетки отмывали, окрашивали конъюгированными с флуорохромами моноклональными антителами к поверхностным маркерам Tcm и Tem, α -цепи рецептора IL-7, общей γ -цепи. Для определения внутриклеточного содержания IFN γ , IL-4 и IL-17 клетки пермеабелизовали, фиксировали и окрашивали моноклональными антителами к указанному цитокину. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Graphpad.

Результаты. Мы выявили прямую корреляционную связь между количеством IL-17+ Tem и Tcm и значением индекса PASI, что указывает на участие данной клеточной популяции в поддержании воспаления при вульгарном псориазе. Действие IL-7 сопровождалось повышением пролиферации Tem и Tcm. Снижалась экспрессия CD127, повышалась – CD132 по сравнению с культурами без стимуляции. В группе пациентов с PASI менее 10 наблюдалось достоверное повышение количества CD127+CD132+CD4+ Tem в ответ на действие IL-7, при этом у пациентов с тяжелой формой заболевания количество таких клеток имело тенденцию к снижению. IL-7 приводил к повышению внутриклеточного содержания IL-17 Tcm. Блокада α IL-7R приводила к снижению пролиферации, экспрессии CD127 и CD132 Tcm и Tem по сравнению с клетками, культивируемыми в условиях действия IL-7. Также повышалось внутриклеточное содержание IL-4 и снижалось – IFN γ и IL-17. Выводы. Таким образом, действие IL-7 приводит к активации CD4+ клеток памяти, усиливает их пролиферацию и продукцию IL-17, что может способствовать усилению выраженности воспаления при псориазе. Блокада альфа-цепи рецептора IL-7 уменьшает пролиферацию CD4+ клеток памяти без их активации, приводит к сдвигу соотношения Th1/Th2 в сторону продукции Th2 цитокинов и к снижению продукции IL-17, что, можно предположить, благоприятно скажется на течении вульгарного псориаза.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Центр по профилактике инфекционных заболеваний», Санкт-Петербург, Вологда

Котрехова Л.П., Цурупа Е.Н., Разнатовский К.И., Аль-Кауси З., Вашкевич А.А.

Онихомикоз стоп чаще всего встречается у людей пожилого и старческого возраста. У этой группы больных отмечается высокий риск развития нежелательных явлений при приеме системных противогрибковых препаратов. Иногда это обстоятельство побуждает и врача, и самого больного отказаться от терапии онихомикоза. Альтернативой системной противогрибковой терапии является назначение топических антимикотиков.

Цель: оценка эффективности топической терапии онихомикоза стоп у больных старших возрастных групп по сравнению с больными молодого и среднего возрастов.

Методы и материалы. Представлены результаты сравнительного, открытого, проспективного исследования, проведенного с марта 2018 г. по декабрь 2021 г. на кафедре дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и в БУЗ ВО «Центр по профилактике инфекционных заболеваний». Было включено 169 больных онихомикозом стоп, вызванным дерматофитами, в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 64,3 года; медиана – 68 лет, 95% доверительный интервал – 64,1–71,7 лет). Критерии включения: больные совершеннолетнего возраста, обоих полов; онихомикоз стоп, вызванный дерматофитами (*T. rubrum*, *T. interdigitale*, *T. tonsurans*) и доказанный положительными результатами микроскопического и культурального исследований; противопоказания для

приема системных антифунгальных препаратов. Критерии исключения: отсутствие информированного согласия, несовершеннолетний возраст, беременность, лактация, непереносимость одного из компонентов пенетрирующего раствора с тербинафином (Патент на изобретение RU 2138 654 С2). Распределение больных онихомикозом стоп старше 60 лет проведено случайным образом при помощи таблиц случайных чисел в 3 исследуемые группы. В группу сравнения (4-я группа) вошли больные онихомикозом стоп в возрасте от 18 до 60 лет. Больным 1 группы проводили медицинский аппаратный педикюр 1 раз в месяц (группа плацебо); больным 2 группы кроме аппаратного педикюра применяли пенетрирующий раствор с тербинафином 1 раз в день. У больных 3 и 4 групп сочетали аппаратный педикюр, нанесение пенетрирующего раствора с тербинафином 1 раз в день и комплексную терапию для коррекции нарушений со стороны вегетативной нервной системы и периферического кровообращения в нижних конечностях. Эти больные получали тофизопам по 50 мг 2 р. в день курсами по 1 месяцу с перерывом 1–2 месяца и кальция добезилат по 500 мг 2 р. в день по 1 месяцу 3 курса в год. Результаты терапии оценили через 12 месяцев (52±1 неделя) от начала лечения, они включали в себя оценку клинического и микологического эффективности. Исследуемые группы были сопоставимы между собой по полу, количеству пораженных ногтевых пластинок. Результаты исследования. Исследование закончили все 169 пациентов, нежелательных явлений не было. Наилучший результат терапии был отмечен в 3 и 4 группах: клиническая эффективность составила 44,2% (95% ДИ 30 – 61%) и 51,9% (95% ДИ 33 – 71%), микологическая – 49,0% (95% ДИ 33 – 66%) и 54,2% (95% ДИ 35 – 71%), соответственно. В группе плацебо клиническая (8%; 95% ДИ 0 – 18%) и микологическая эффективности (10%; 95% ДИ 0 – 21%) были статистически достоверно ниже, чем в 3 и 4 группах ($p < 0,005$). В группе больных, которым проводились медицинский педикюр и терапия пенетрирующим раствором с тербинафином, клиническая (29%; 95% ДИ 14 – 45%) и микологическая (32%; 95% ДИ 16 – 48%) эффективности были выше, чем в 1 группе, но ниже, чем в 3 и 4 группах. В 3 и 4 группах у больных, не достигнувших выздоровления, отмечалась положительная динамика в течении онихомикоза: уменьшилось количество пораженных ногтей (с 7; 95% ДИ 5–9 до 4; 95% ДИ 1–7) и средняя площадь поражения ногтевых пластинок (с 67%; 95% ДИ 55–79% до 38%; 95% ДИ 25–51%). Выводы. Комбинированное лечение онихомикоза стоп с регулярным медицинским педикюром, нанесением пенетрирующего раствора с тербинафином, а также с терапией нарушений кровообращения и иннервации дистальных отделов нижних конечностей было эффективным у больных всех возрастных групп, в том числе пожилого и старческого возраста. Комбинированное лечение значительно уменьшило риск распространения грибковой инфекции с инфицированных ногтей на кожу и другие ногти.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

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

Котрехова Л.П., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Цурупа Е.Н., Резцова П.А.

Третьей по численности группой среди пролеченных в микологической клинике в 2021 г. больных (после больных псориазом и атопическим дерматитом) стали больные микробной экземой – 203 человек из 1845,11%. Ключевую роль в развитии этой патологии играют разнообразные инфекции, приводящие к микробной сенсибилизации организма человека. Способствовать развитию микробной экземы могут как бактерии и грибы, так и микст инфекций (бактериально-грибковых).

Цель: оценить роль бактериально-грибковых инфекций в развитии микробной инфекции, а также оценить эффективность топической терапии трехкомпонентным кремом с беклометазоном, гентамицином и клотримазолом (кандидерм).

Методы и материалы. По дизайну исследование было одноцентровым, когортным. В исследование было включено 35 больных в возрасте от 18 до 79 лет (46,1±10,7 лет; медиана 49 лет; 19 мужчин и 14 женщин) с микробной экземой, вызванной микст-инфекциями (бактериально-грибковыми).

Основные результаты. Частота встречаемости бактериально-грибковых инфекций у больных микробной экземы составила 33% (35 из 105 случаев). Оказалось, что спектр ассоциаций возбудителей при локализации экзematозных высыпаний на коже головы, шеи, туловище, верхних конечностей отличен от спектра возбудителей при локализации высыпаний на нижних конечностях. Так, при локализации высыпаний на коже головы, шеи, туловище, верхних конечностей (22 случая) среди возбудителей бактериальных инфекций выделяли *Staphylococcus aureus* (52%, 12 из 21), *S. epidermidis* (29%, 6 из 22), *Streptococcus pyogenes* (19%, 4 из 21), а среди грибов – *Candida albicans* (52%, 11 из 22), *Malassezia* spp. (48%, 10 из 22). Наиболее часто выявляемой ассоциацией при данной локализации была ассоциация *S. aureus* с *C. albicans* (29%, 6 из 22). При локализации высыпаний на нижних конечностях (12 случаев) выделяли *S. aureus* (67%, 8 из 12), *Pseudomonas aeruginosa* (25%, 3 из 12), *Proteus* spp. (8%, 1 из 12); среди грибов – *Trichophyton rubrum* (58%, 7 из 12), *T. interdigitale* (17%, 2 из 12), *C. albicans* (25%, 3 из 12). Чаще других при данной локализации была ассоциация *S. aureus* с *T. rubrum* (50%, 6 из 12). Назначение фиксированной трехкомпонентной комбинации в форме крема кандидерм было сделано всем больным микробной экземой, обусловленной бактериально-грибковой инфекцией. Его наносили 2 раза в день в течение 2–4 недель. Эффективность терапии оценивали по окончании 2-й и 4-й недели. К концу 2-й недели полное разрешение отмечалось у 21 больного из 35 (60%), улучшение у 14 больных (40%). На 4-й неделе от начала лечения полное разрешение микробной экземы было отмечено у всех 35 больных (100%).

Заключение. Высокая выявляемость (33%, 35 из 105 случаев) бактериально-грибковых инфекций у больных микробной экземой и разнообразие спектра ассоциаций возбудителей диктуют необходимость проведения микробиологических исследований перед назначением необходимой терапии комбинированными препаратами, включающими глюкокортикостероид, антибиотик и антимикотик (кандидерм или аналогичные препараты). Такой подход будет способствовать повышению эффективности терапии микробной экземы, что и было продемонстрировано в нашем исследовании.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ИХТИОЗОМ

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

Введение. Сочетание ассоциированных с мутацией в гене филагрина (FLG) заболеваний – ихтиоза и атопического дерматита (АтД) встречается в клинике. Применение ультразвукового сканирования кожи для динамического наблюдения пациентов диктует важность изучения параметров кожи этим методом.

Цель исследования. Определить ультразвуковые характеристики эпидермиса у пациентов с ихтиозом и мутацией в гене FLG (2282del4) на участках кожи, типичных для очагов АтД.

Материалы и методы исследования. Методом простой последовательной выборки было отобрано 7 человек гомозигот по мутации в гене FLG 2282del4, 7 гетерозигот и 4 пациента без мутации. Ультразвуковое

сканирование проводили датчиком с частотой 75 МГц, глубиной проникновения 4 мм, оценивали толщину и эхоплотность эпидермиса на коже локтевых, подколенных сгибов и щек. У каждого пациента делали 10 замеров на каждой контрольной точке.

Результаты исследования. Толщина эпидермиса локтевого сгиба в коже пациентов-гомозигот составила 86 [84; 103] мкм, гетерозигот – 90 [77; 96] мкм, без мутации – 107 [86, 127] мкм, подколенной области – 86 [70; 113], 98 [82; 98], 109 [90; 133] мкм соответственно, щеки – 82 [75; 92], 74 [70; 90], 100 [73, 117] мкм соответственно. Эхоплотность эпидермиса локтевого сгиба в коже пациентов-гомозигот была 141 [108; 151] мкм, гетерозигот – 108 [96; 135] мкм, без мутации – 91 [73, 119] усл. ед., подколенной области – 128 [116; 157], 146 [107; 170], 112 [91; 131] усл. ед. соответственно, щеки – 107 [100; 152], 85 [80; 146], 105 [62, 116] усл. ед. соответственно.

Вывод. Толщина и эхоплотность эпидермиса у пациентов с ихтиозом (гомозигот по мутации в гене FLG 2282del4) на коже очагов, типичных для АТД, отличаются от показателей кожи пациентов с ихтиозом без мутации.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

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

Мельниченко Н.Е., Реснянская Г.В., Очкурова М.М.

Контагиозный моллюск, описанный впервые в 1817 г. Т. Бейтменом (Th. Bateman, англ. Врач, 1778–1821), есть доброкачественное вирусное заболевание кожных покровов и слизистых оболочек, склонное к спонтанному регрессу в разные сроки от момента заражения. Возбудитель контагиозного моллюска вирус семейства *Roviviridae*. Это крупный, имеющий двойную ДНК-спираль вирус, морфологически напоминающий кирпич (параллелепипед в геометрии). Преимущественно же поражаются дети, пик заболеваемости у которых приходится на 11–12 лет, а также тинейджеры и молодые взрослые (в возрасте 20–29 лет), особенно ведущие активную сексуальную жизнь при частой смене партнеров. Дети заражаются при тесном контакте с лицами, инфицированными вирусом контагиозного моллюска, или с содержащими его фомитами (в быту, спорте, банях и плавательных бассейнах). На фоне ВИЧ-заболевания контагиозный моллюск проявляется в качестве оппортунистического дерматоза за счет трансформации его субклинической формы в клиническую. Применительно к дерматозам вирусной этиологии субклиническая форма характеризуется, как известно, наличием в организме вируса и отсутствием клинических проявлений этих дерматозов или слабой их выраженностью. Контагиозный моллюск выявляется до 10% случаев у ВИЧ-инфицированных и до 30% у больных СПИДом. У больных СПИДом контагиозный моллюск нередко протекает атипично, клинически симулируя разнообразные дерматозы: базальноклеточную карциному, кератоакантому, кожный рог, бородавки, внутридермальные невусы, остроконечные кондиломы, красный плоский лишай и другие дерматозы. Превалируют или могут быть единственными крупными моллюсками диаметром до 10–15 мм и реже до 20 мм и более, получившие в современных публикациях наименование гигантских. Высыпания моллюсков у больных СПИДом, как и у ВИЧ-инфицированных, могут быть многочисленными и распространенными по коже и поражать ее любые участки. Однако они могут быть и единичными, и даже одиночными. Очаги поражения кожи при ВИЧ-заболевании variabelны по количеству, локализации и обширности. В них моллюски

могут быть разрозненными, реже сгруппированными или конгломератными. Конгломерат образуется при «слиянии» мелких моллюсков, сохраняющих в нем свою «автономность»: конгломерат напоминает поверхность булыжной мостовой. Для ВИЧ-инфицированных более характерен разрозненный, а для больных СПИДом – сгруппированный или конгломератный варианты. Возможны различные сочетания этих вариантов. Контагиозные моллюски на лице, особенно сгруппированные и конгломератные, вызывают косметические беспокойства. Клиническое течение контагиозного моллюска у ВИЧ-инфицированных и особенно у больных СПИДом тяжелое и длительное. Спонтанные ремиссии редки. Стандартное лечение малоэффективно или не эффективно вовсе. Клинический случай больной кожного отделения АОКВД. Больная М., 41 год, из г. Благовещенска. Поступила в АОКВД с диагнозом: Контагиозный моллюск, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, ВГС. Жалобы при поступлении на распространенные высыпания на животе, половых органах, ягодицах. Больна около двух лет, самостоятельно не лечилась, появление высыпаний связывает с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ с 2016 года, лечение получает около трех месяцев. Состоит на учете в СПИД-центре. ВГС с 2014 года, состоит на учете у инфекциониста. Перенесла первичный сифилис в 18 лет, пролечена, с учета снята. Локальный статус: Патологический процесс распространенный. Локализован на коже живота, лобка, ягодиц с переходом на большие половые губы и область ануса. Представлен в виде папул желтовато-белого цвета до 0,5 см в диаметре с пупковидным вдавлением. При сдавлении образований отмечается белесоватое крошковидное отделяемое. Дермографизм красный, нестойкий. На основании жалоб, анамнеза, клиники выставлен диагноз: Контагиозный моллюск, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, ВГС. Клинический и биохимический анализ крови в пределах нормы. РМП на сифилис – отрицательный. Лечение: даны санитарно-гигиенические рекомендации. Интерес данного случая заключается в распространенности процесса, который обусловлен ВИЧ-инфекцией.

ОКТ В ДИАГНОСТИКЕ ФОТОПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород
Миронычева А.М., Шливко И.Л., Абдуллаева Л.Э., Козикова Д.Е.

Введение. В возникновении признаков старения кожи, в том числе предраковых новообразований, в основном играют роль экспозомальные факторы, среди которых большое значение принадлежит ультрафиолетовому излучению. В настоящее время для определения степени фотостарения используется визуальная шкала Глогау, согласно которой выделяют 4 стадии с последовательным увеличением риска развития предраковых и злокачественных новообразований кожи. Для определения тактики ведения пациентов представляется актуальным использование неинвазивных методов исследования кожи.

Цель. Оценить возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в диагностике фотоповреждения кожи.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе центра диагностики и лечения опухолей кожи университетской клиники ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России. В исследовании приняло участие 8 человек, по 2 человека с каждой стадией фотостарения кожи по Глогау. Всего проанализировано 16 ОКТ-изображений, полученных с использованием аппарата оптической когерентной томографии «ОКТ1300-Е», разработанного в ИПФ РАН, 16 вертикальных и 32 горизонтальных срезов, полученных с помощью программы OCT-view. Анализировали изображения кожи скуловой области и кожи верхней трети внутренней поверхности плеча.

Результаты. При сравнении вертикальных ОКТ-срезов кожи скуловой области наблюдается последовательное уменьшение контраста между оптическими слоями, уменьшение плотности расположения сосудов, увеличение их поперечного размера и уменьшение количества и размера волосных фолликулов. При аналогичном сравнении вертикальных ОКТ-срезов кожи внутренних поверхностей плеч такие изменения не выявлены. При исследовании горизонтальных ОКТ-срезов кожи скуловых областей плотность расположения структур, соответствующих сально-волосным комплексам, значительно выше при 1 стадии фотостарения, с последующим снижением к 4 стадии.

Обсуждение. Полученные данные при сравнении ОКТ-срезов кожи на открытых и на закрытых участках кожного покрова свидетельствуют о различиях фото- и хроностарения на ОКТ-изображениях. Прогрессирующее снижение контраста между оптическими слоями соответствует описанному при гистологическом исследовании кожи с солнечной геродермией уплощению границы между эпидермисом и дермой, а изменения сосудов – утрате капилляров сосочкового слоя в сочетании со стойкой вазодилатацией. ОКТ представляется перспективным методом исследования для объективного определения стадии фотостарения кожи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ ПИОДЕРМИИ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Мурашова Ю.А., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Радионова Е.Е.

Хроническая язвенная пиодермия – это глубокая форма стрептостафилодермии, характерными особенностями которой является образование язв неправильной формы с неровными подрытыми краями и серозно-гнояным отделяемым. Кожа вокруг язвы воспалена и инфильтрирована. Заживление происходит с образованием рубцов. Процесс чаще всего локализуется на волосистой части головы, конечностях, в области подмышечных и паховых складок. Характерно хроническое рецидивирующее течение. Диагноз устанавливается на основе характерной клинической картины и лабораторных методов исследования, в том числе путем исключения других нозологий, сопровождающихся развитием язвенных дефектов, таких как туберкулез кожи, сифилис, венерическая лимфогранулема. Под нашим наблюдением находилась пациентка С. 60 лет с диагнозом: Хроническая язвенная пиодермия. Считает себя больной с 2019 г., когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметила появление высыпаний на коже левой голени. В связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства, выставленный диагноз пациентка уточнить затрудняется, наружно использовала анилиновые красители, тГКС. На фоне терапии пациентка отметила положительную динамику кожного процесса. В феврале 2021 г. отметила появление язвенных дефектов на коже бедер, с тенденцией к периферическому росту, дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз «Трофические язвы» и рекомендована консультация хирурга. Хирургом данный диагноз подтвержден, рекомендовано продолжить лечение тГКС, антибактериальными препаратами. Процесс протекал без выраженного положительного эффекта. В августе 2021 г. при повторном обращении к дерматологу, был выставлен диагноз «Пиодермия. Язвенно-некротическая форма», направлена в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» для дальнейшего обследования и лечения. Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный воспалительный характер. Локализован на коже внутренней поверхности бедер. Представлен язвенными дефектами, неправильно-овальной и округлой формы, с четкими границами, размером от 0,5 см до 7,0 см в диаметре, с неровными, подрытыми краями,

дно ярко-красного цвета, выполнено грануляционной тканью, гнойного характера отделяемое, островоспалительный периферический венчик. Края язвы при пальпации мягкие, умеренно болезненные. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Дермографизм красный. Субъективно: периодические «жгучие» боли в местах высыпаний. При обследовании: общий клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – в пределах референсных значений. С целью верификации диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи: Биоптат представлен фрагментом кожи с язвенным дефектом, занимающим всю площадь биоптата. Дно дефекта представлено дермой с полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией, разрастаниями грануляционной ткани, наложениями некротического детрита. В глубоких отделах дермы фиброз. Заключение: гистологические изменения в биоптате имеют вторичный характер и могут наблюдаться при гангренозной пиодермии. Проведен посев на микрофлору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам: Staph. Co (-) +++++, чувствителен: фузидиевая кислота, тетрациклин, мупироцин; Strep. Gr. С +++++, Enter. Faecalis +++++, чувствителен: фузидиевая кислота, пенициллин, мупироцин; Enter. Cloacae +++++, чувствителен: цефтазидим, ципрофлоксацин, мупироцин. Candidaglabrata ++. Соскоб на патогенные грибы с язвенных дефектов кожи бедер: не обнаружены. Проведено лечение: раствор цефтриаксона, 2 г, в/м № 10, декстран, 200 мл, в/в, пентоксифиллин 100 мг 1 таб. 3 раза в день, таб. преднизолона 40 мг, наружно: р-р фукорцина, спрей гидрокортизон + окситетрациклин 2 раза в день, ФТЛ: 10 процедур чрескожного лазерного облучения крови на аппарате «МИЛТА». На 14-е сутки дно язвенных дефектов покрылось грануляционной тканью, периферический венчик приобрел застойный оттенок. Пациентка выписана с улучшением кожного процесса, рекомендациями продолжить прием преднизолона в суточной дозе 40 мг/сут., наружно: анилиновые красители, тГКС. В течение 6 месяцев клинико-лабораторных наблюдений за пациенткой рецидивов не наблюдалось. Таким образом, представленный клинический случай имеет большой практический интерес для врачей-дерматовенерологов и других специальностей. В связи с редкостью данного заболевания своевременная диагностика, правильное ведение больных и раннее назначение системных глюкокортикостероидов способствуют уменьшению тяжести заболевания и улучшению качества жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Новикова Л.А., Донцова Е.В., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.

Актуальность. Псориаз представляет собой заболевание мультифакторальной природы, этиопатогенетические аспекты которого остаются недостаточно изученными. Активно исследуется роль генетических и иммунных факторов в патогенезе данного дерматоза. Особую актуальность при псориазе имеют обменные нарушения. Но, вместе с тем, значение их в патогенезе псориаза до сих пор до конца не выяснено. Цель: дать сравнительную характеристику особенностям метаболизма липидов у больных с распространенной и ограниченной формами псориаза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 больных с распространенной формой вульгарного псориаза (средний возраст 55,9±6,96 лет; мужчин – 30, женщин – 30). Группу сравнения составили 62 пациента с ограниченным псориазом (средний возраст 55,2±6,13 лет; мужчин – 32, женщин – 30). Контрольная группа представлена 40 здоровыми лицами аналогичного пола и возраста. В работе изучались такие

параметры липидного обмена крови, как общий холестерин (ХС общ.), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ). Общий холестерин определяли в сыворотке крови ферментативным энзиматическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Нидерланды) с использованием реактивов компании Analyticon Biotechnologies AG (Германия). ХС ЛПВП определяли в крови энзиматическим ферментативным методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Нидерланды) с использованием реактивов компании DiaSys (Германия). ТГ определяли в сыворотке крови энзиматическим ферментативным методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Нидерланды) с использованием реактивов BioSystems (Испания). ХС ЛПНП определяли расчетным методом по W. Friedewald (1972 г.): $ХС\ ЛПНП\ (ммоль/л) = (ХС\ общ. - ХС\ ЛПВП) - ТГ/2,2$. Для оценки степени атерогенности плазмы крови использовался метод, предложенный А.Н. Климовым в 1977 году – холестеринный коэффициент атерогенности (КА), который вычисляли по формуле: $КА = (ХС\ общ. - ХС\ ЛПВП) / ХС\ ЛПВП$. Результаты. Обобщающая оценка состояния кожного процесса по PASI, отражающего степень тяжести псориаза, у больных с распространенным псориазом составила в среднем $11,24 \pm 0,31$ балла, что соответствует среднетяжелой форме течения заболевания. Значение PASI у больных с ограниченным псориазом равнялось $9,6 \pm 0,01$ балла, что указывает на легкое течение заболевания. У пациентов с ограниченной формой псориаза уровень ХС общ. крови превышал его значение в контрольной группе ($4,49 \pm 0,6$ ммоль/л vs $4,18 \pm 0,58$ ммоль/л; $p < 0,001$). У пациентов с распространенным псориазом данный показатель был выше – $5,25 \pm 0,49$ ммоль/л ($p < 0,001$). При наличии ограниченной формы псориаза уровень ХС ЛПНП крови достоверно превышал значение исследуемого параметра в группе контроля ($2,45 \pm 0,51$ ммоль/л vs $2,11 \pm 0,39$ ммоль/л; $p < 0,001$), при распространенной форме заболевания равнялся $3,26 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,001$). Напротив, уровень в крови антиатерогенной фракции ХС ЛПВП у пациентов с ограниченным псориазом оказался достоверно ниже, чем в контрольной группе – $1,43 \pm 0,19$ ммоль/л vs $1,5 \pm 0,18$ ммоль/л ($p = 0,002$). В группе больных с распространенной формой заболевания уровень в крови ХС ЛПВП был более низким – $1,2 \pm 0,17$ ммоль/л ($p < 0,001$). У пациентов с ограниченной формой псориаза по сравнению со здоровыми лицами различий по показателю ТГ не выявлено ($1,35 \pm 0,22$ ммоль/л vs $1,28 \pm 0,21$ ммоль/л; $p > 0,05$). В группе больных с распространенным псориазом уровень в крови ТГ был достоверно выше, чем в контрольной группе – $1,69 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,001$). У пациентов с ограниченной формой псориаза КА был выше, чем в контрольной группе ($2,1 \pm 0,37$ ед. vs $1,92 \pm 0,25$ ед.; $p < 0,001$), более высоким его значение регистрировалось у больных с распространенной формой псориаза – $3,38 \pm 0,42$ ед. ($p < 0,001$). Выводы. Анализ липидного спектра крови больных псориазом показал, что у пациентов обнаруживаются атерогенные изменения, наиболее выраженные при распространенной форме.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва

Острцова М.Н., Благодир А.С.

Акне и атопический дерматит – одни из самых распространенных и не теряющих свою актуальность заболеваний в детской дерматологической практике. Оба заболевания существенно влияют на качество жизни пациентов и представляют медико-социальную проблему. Казалось бы, противоположные фенотипически, они могут наблюдаться одно-

ременно у одного пациента. В одном из недавних исследований было показано, что у лиц с атопическим дерматитом наблюдается такая же распространенность акне, как и в популяции без признаков атопического дерматита. Так, в исследовании, проведенном в Португалии, атопический дерматит у пациентов с акне в возрасте 14–18 лет встречался в 12,4% случаев, в Германии – в 8,7%, во Франции – в 14,4%, в Великобритании – в 15%, в Италии – в 18%, в Испании – в 19,8% случаев. Аналогичных данных по Российской Федерации на настоящий момент нет. Имеются предположения, что механизмы патогенеза атопического дерматита могут обуславливать меньшую выраженность и распространенность акне в случае сочетанной патологии. Течение акне у подростков на фоне атопического дерматита имеет свои особенности. Среди наблюдаемых нами подростков преобладают представители мужского пола (65%), дебют акне отмечается позже и преимущественно легкой степени тяжести (в 85%). В то же время атопический дерматит диагностируется у 15% подростков с более выраженной эволюцией элементов акне, большим количеством рубцов постакне и более тяжелым вариантом течения. Хроническое воспаление и нарушение барьерной функции кожи, присутствующие при обоих состояниях, могут провоцировать учащение рецидивов атопического дерматита. Кроме того, наличие угревых высыпаний и атопического дерматита часто провоцируют «ковыряние кожи» (в англоязычной литературе – «skin-picking») самими пациентами, что способствует усугублению проявлений как акне, так и атопического дерматита. Высокая распространенность и особенности течения заболеваний, в том числе упорное рецидивирующее течение, развитие вторичных инфекционных осложнений, нарушений адаптации пациентов, придают особую актуальность выбору терапии, в том числе ретиноидами. В случаях сочетания акне и атопического дерматита применение изотретиноина приводило к уменьшению интенсивности лихенизации в очагах поражения и снижению частоты обострений последнего. В целом, рассматривая проблему лечения подростков с акне и атопическим дерматитом, необходимо отметить практически полное отсутствие сообщений об исследованиях, посвященных изучению особенностей клинических проявлений подобной коморбидности, отсутствие алгоритмов диагностики и лечения данного контингента пациентов.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА

ООО «Многопрофильный медицинский центр «СОГАЗ», Санкт-Петербург

Парфенова М.А., Леденцова С.С., Скоробогатов Ю.В.

Введение. Выделяют 4 основных подтипа розацеа. Реже всего, в 0,4–2%, диагностируется IV подтип. Офтальморозацеа – это хроническое воспалительное заболевание, которое может возникать при отсутствии кожных признаков. Наиболее частыми поражениями глаз являются хронический блефароконъюнктивит с воспалением краев век, дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ) и синдромом сухого глаза (ССГ). Осложнения со стороны роговицы включают васкуляризацию роговицы, изъязвление, рубцевание и, в редких случаях, перфорацию. Диагностика во многом основывается на клинических признаках, хотя часто она откладывается из-за отсутствия кожных изменений. Тактика лечения варьируется от местной до системной, в зависимости от тяжести заболевания. Офтальморозацеа оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, и поэтому распознавание состояния является ключевой частью лечения.

Цель: оценить эффект лечения IPL (интенсивным импульсным светом) у пациентов с офтальморозацеа.

Материалы и методы. Были проанализированы клинические данные 50 пациентов с офтальморозацеа, которые проходили лечение IPL в отделениях дерматовенерологии и косметологии, офтальмологии ООО

«ММЦ «СОГАЗ» в 2021 году. Демографические данные, история болезни, результаты обследования (васкуляризация век, признаки мейбомиевых желез, покраснение конъюнктивы, время разрыва слезной пленки (TFBUT), окрашивание роговицы (OGS) и субъективные данные пациентов (OSDI), а также оценивался Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ)) – собирали при каждом посещении (D1, D15, D45, D75).

Результаты. Все включенные пациенты прошли три сеанса лечения IPL на оба глаза (D1, D15, D45). После лечения IPL (D75) наблюдалось значительное улучшение показателей TFBUT ($p < 0,001$), окрашивания роговицы (OGS) ($p < 0,001$), покраснения конъюнктивы ($p < 0,001$), отека края века ($p < 0,001$) и покраснения ($p < 0,001$), качество мейбума ($p < 0,001$), телеангиэктазии края века ($p = 0,005$), обструкция мейбомиевых желез ($p = 0,001$) и показатель OSDI ($p = 0,004$). Даже после первого сеанса IPL наблюдались значительные улучшения TFBUT ($p < 0,001$), окрашивания роговицы (OGS $p < 0,001$), покраснения конъюнктивы ($p < 0,022$), отека края века ($p < 0,001$) и покраснения ($p < 0,016$), были отмечены качество мейбума ($p = 0,014$) и показатель OSDI ($p < 0,013$). Значительные изменения ДИКЖ (21–30 баллов) были зафиксированы у 12,1% пациентов; у 44,4% пациентов ДИКЖ составил 11–20 баллов, у 33,3% – 6–10 баллов, в то время как ДИКЖ 2–5 баллов был зафиксирован у 5,6% пациентов, а ДИКЖ в размере 0–1 балл – только у 4,6% пациентов. Не было никаких соответствующих отрицательных побочных эффектов. Анализ подгрупп по возрасту, полу, длительности или тяжести заболевания и сопутствующий диагноз розацеа не выявил существенной разницы в эффективности. Обсуждение. IPL является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с офтальморозацеа, проявляющейся ДМЖ, ССГ, демодекозного блефарита, который может использоваться в качестве поддерживающего терапевтического варианта. Преимущества IPL-терапии перед другими способами лечения заключаются в патофизиологическом подходе, ликвидации хронического воспаления, длительном эффекте после лечения (3–6 мес.) благодаря кумулятивному эффекту и восстановлению функции. Лечение хорошо переносится пациентами, поскольку является инвазивным и происходит вне глазного яблока.

КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР ОЧАГОВОГО НЕЙРОДЕРМИТА ВУЛЬВЫ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург

Парыгина О.В., Смирнова И.О.

Введение. Очаговый нейродермит (ОН) – хроническое воспалительное заболевание кожи, которое может поражать аногенитальную область (АГО) [Thorstensen K.A., Birenbaum D., 2012]. Распространенность заболевания неизвестна, однако среди женщин, обращающихся в клиники патологии вульвы, ОН встречается у 35% [O'Keefe R.J., 1995]. ОН представляет собой результат порочного круга «зуд – воспаление – расчесы» [Corazza M., 2015]. Нередко дерматоз формируется на фоне других дерматозов вульвы, в первую очередь склероатрофического лишена [Virgili A., 2015]. Внешнее воздействие трением, мацерация, окклюзия средствами гигиены и тканью могут быть возможными провоцирующими факторами для развития зуда и дальнейшего развития ОН вульвы. ОН в АГО чаще представлен двусторонним процессом, однако иногда выявляется преимущественное поражение со стороны доминирующей руки [Lynch P.J., 2004]. Диагностика ОН вульвы и дифференциальная диагностика с другими хроническими дерматозами вульвы в некоторых случаях сложна. Клинические проявления при ОН могут быть представлены разными очагами, от минимальной гиперпигментации до выраженной лихенификации и отека. Нередко ОН вульвы приходится дифференцировать с гипертрофической формой красного плоского лишая вульвы. Так, например, иногда очаг ОН в области вульвы

утолщается и приобретает белый оттенок, что ошибочно может быть принято за склероатрофический лишень [Nestor P., 1982]. Также может наблюдаться сочетание дерматозов вульвы, например, ОН и склероатрофического лишена, что затрудняет диагностику.

Целью нашего исследования являлось оценить клинические проявления и выделить наиболее характерные признаки очагового нейродермита вульвы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 16 женщин с ОН вульвы. Возраст варьировал от 19 до 64 лет, средний возраст составил 43,69±3,11 лет. В ходе исследования оценивали анамнез заболевания, жалобы, клиническую картину.

Результаты. Основной жалобой у пациенток с ОН был зуд, который беспокоил всех женщин, находившихся под нашим наблюдением. Второй по частоте жалобой являлось жжение (в покое, при контакте с водой, при мочеиспускании), которое выявлялось в 37,5% случаев. Доминирующей локализацией при ОН вульвы являлись большие половые губы, которые вовлекались в процесс у всех женщин. У 2 пациенток (12,5%) поражение больших половых губ было в основном в верхней их части, а у 3 (18,75%) – в нижней. У 68,75% поражение больших половых губ носило более распространенный характер и затрагивало как верхнюю, так и нижнюю части. У половины пациенток было выявлено преимущественное поражение правой или левой области больших половых губ. Причем поражение той или иной стороны наблюдалось одинаково у 25% пациенток. Следующей доминирующей локализацией при ОН являлась перинальная область, которая была вовлечена в процесс в 25% случаев. Высыпания при ОН у всех пациенток были представлены очагами инфильтрации и лихенизации. Также у 37,5% женщин были выявлены дефекты кожного барьера в области больших половых губ, представленные линейными трещинами и эскориациями. Трещины и эскориации в области задней спайки и перинальной области были обнаружены у 12,5% пациенток, а в области передней спайки – у 6,25%. В большинстве случаев ОН вульвы был изолированным процессом, но у 2 женщин (12,5%) было выявлено одномоментное поражение вульвы и кожи кистей, которое было представлено экзематозным процессом. Выводы. 1. Основными жалобами, которые предъявляют пациентки с ОН вульвы, являются зуд (у 100% женщин) и жжение (37,5%). 2. Доминирующими локализациями при ОН вульвы являются большие половые губы и несколько реже перинальная область (100% и 25% случаев, соответственно). 3. Поражение больших половых губ носит преимущественно распространенный характер, затрагивая как верхние, так и нижние части губ (68,75%). 4. У половины женщин поражение при ОН вульвы носит асимметричный характер, с преимущественным поражением правой или левой половины вульвы, что наблюдалось в 25% случаев для каждой стороны. 5. Для более чем трети пациенток характерно наличие дефектов кожного барьера, представленных трещинами и эскориациями, которые выявляются в области больших половых губ, перинальной области и задней спайки.

АССОЦИАЦИЯ ВИТИЛИГО С ДРУГИМИ АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

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

Петров В.А., Жукова О.В., Волнухин В.А., Кочетков М.А.

Витилиго является многофакторным полигенным заболеванием со сложным патогенезом. В развитии дерматоза принимают участие как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Большинство экспертов основное значение в патогенезе витилиго отводят генетической предрасположенности, аутоиммунным механизмам и реакциям

окислительного стресса. В пользу аутоиммунного генеза витилиго свидетельствуют результаты исследований геномных ассоциаций, положительный эффект при лечении пациентов ультрафиолетовой фототерапией и иммуносупрессивными препаратами, а также данные об ассоциации заболевания с коморбидной аутоиммунной патологией. В литературе имеются работы, в которых установлена повышенная частота ассоциации витилиго с эндокринными аутоиммунными заболеваниями: аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом, болезнью Грейвса. Вместе с тем исследованию ассоциации витилиго с аутоиммунными заболеваниями кожи уделено значительно меньше внимания. В настоящем докладе будут рассмотрены вопросы, касающиеся структуры и распространенности различной коморбидной патологии у пациентов с витилиго, а также представлены результаты собственных исследований по изучению ассоциации витилиго с другими аутоиммунными заболеваниями кожи: гнездовой алопецией, псориазом, склеродермией, склероатрофическим лишеном, красной волчанкой.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ СЛУЧАЕВ ВИТИЛИГО

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

Петров В.А., Жукова О.В., Волнухин В.А., Кочетков М.А.

Витилиго является многофакторным полигенным заболеванием. Семейная агрегация является одним из аргументов генетической природы заболевания. По данным разных авторов, семейные случаи витилиго встречаются у 7–26% пациентов, причем у каждого третьего из них в семье имеются два и более больных родственника. Согласно нашим наблюдениям, семейные случаи витилиго встречаются у 24% пациентов. В ряде исследований показано, что для семейных случаев, в отличие от спорадических случаев, более характерны ранний дебют заболевания (до 20 лет), развитие несегментарного типа витилиго, распространенное поражение кожи, а также наличие коморбидной аутоиммунной патологии. Кроме того, у больных с отягощенным семейным анамнезом и большой площадью депигментации (более 50%) отмечается повышенный риск развития лейкотрихии.

Цель: описание клинического случая семейного витилиго у трех членов семьи. Материалы и методы: при описании клинического случая использовали данные анамнеза, клинического осмотра пациентов, а также результаты люминесцентной диагностики кожи в ультрафиолетовом свете и обследования смежных специалистов.

Результаты. Пациентка С, 41 год, обратилась в филиал ООСМП МН-ПЦДК ДЗМ с жалобами на белые пятна на коже, не сопровождавшиеся субъективными ощущениями. Впервые белые пятна появились в области кистей в 10-летнем возрасте, впоследствии аналогичные пятна стали возникать на других участках тела. Начало заболевания ни с чем не связывает, к врачу не обращалась, лечения не проводила. Локальный статус: на коже левой периорбитальной области, правого предплечья, груди и спины имеются отдельные депигментированные пятна с четкими границами молочно-белого цвета. Внутри очагов, локализованных на коже спины и груди, наблюдается перифолликулярная пигментация. При проведении люминесцентного исследования в лучах лампы Вуда отмечается ярко-белое свечение очагов депигментации. Остальной кожный покров и видимые слизистые свободны от высыпаний, придатки кожи не изменены. При сборе анамнестических данных установлено, что у сына и дочери больной также имеются белые пятна на коже, в связи с чем пациентке было рекомендовано обратиться на повторную консультацию вместе с детьми. При повторном обращении с пациенткой на прием явились сын (11 лет) и дочь (16 лет). У сына белые пятна на коже появились в 10-летнем возрасте, у дочери – в 13-летнем возрасте.

При клиническом осмотре у детей так же, как и у матери, выявлены очаги депигментации кожи: у сына очаги поражения локализовались на подбородке и лобке, у дочери – в области правого локтевого сгиба, на спине и бедрах. При проведении люминесцентного исследования кожи в лучах лампы Вуда наблюдается ярко-белое свечение очагов поражения как у сына, так и у дочери. На основании анализа данных анамнеза, клинического осмотра и результатов люминесцентной диагностики кожи в ультрафиолетовом свете всем пациентам установлен диагноз несегментарного витилиго. При обследовании смежных специалистов у матери выявлен узловой зуб; каких-либо других коморбидных заболеваний у пациентов не установлено. Поскольку площадь депигментации кожного покрова у каждого члена семьи составляла менее 10%, в качестве первой линии терапии больным было назначено лечение наружными средствами. На очаги депигментации в области лица рекомендовали применение топических ингибиторов кальциневрина 2 раза в сутки ежедневно, на очаги поражения в области туловища и конечностей – применение топических кортикостероидных препаратов 1 раз в сутки по интермиттирующей методике в течение 3 месяцев.

Выводы. В представленном клиническом наблюдении у всех членов семьи установлен ранний дебют витилиго (до 20-летнего возраста), а также несегментарный тип заболевания, что согласуется с имеющимися литературными данными об особенностях семейных случаев витилиго. Данное наблюдение свидетельствует о необходимости тщательного сбора анамнестических данных у пациентов с витилиго с целью выявления семейных случаев, что позволит более точно определять прогноз течения заболевания, а также тактику лечения и наблюдения больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ПЛАЗМАФЕРЕЗА) В ТЕРАПИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМ СЕМЕЙНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО–ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ

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

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

Болезнь Хейли–Хейли (семейная доброкачественная хроническая пузырчатка Гужеро–Хейли–Хейли) – редкий аутосомно-доминантный наследственный везикуло-буллезный дерматоз, характеризующийся супрабазальным нарушением связи между клетками эпидермиса. Клинические проявления заболевания манифестируют, как правило, на третьем или четвертом десятилетии жизни пациента в виде эритемы, везикуло-буллезных элементов, эрозий на коже, преимущественно в области естественных складок (боковая поверхность шеи, подмышечные, паховые складки, область пупка). Как правило, высыпания носят симметричный характер, характерно наличие мацерации кожи с образованием извилистых трещин по типу мозговых извилин, патогномичных для этого заболевания, однако встречается картина сегментарного расположения очагов поражения. Симптом Никольского не всегда положителен и только в очагах поражения. Акантолитические клетки обнаруживают, но без признаков дегенерации. При лечении семейной доброкачественной хронической пузырчатки нередко удается ограничиться наружным применением противомикробной терапии в сочетании с топическими глюкокортикостероидами в форме аэрозоля и крема. Однако в практике врача-дерматолога встречаются пациенты, требующие индивидуального подхода и подбор рациональной схемы терапии, с использованием полусинтетических антибактериальных препаратов, курса системных глюкокортикостероидов, в особо упорных случаях и при значительном распространении высыпаний. В качестве альтернативного

метода лечения возможно назначение системных ретиноидов, применение физиотерапевтических методов лечения. Одни и те же методы лечения, эффективны не у всех больных. В настоящее время имеется большой опыт отечественных и зарубежных исследователей по применению экстракорпоральной терапии (плазмафереза) при различных видах пузырчатки. В нашей практике имеется опыт ведения пациента с семейной доброкачественной хронической пузырчаткой Гужеро–Хейли–Хейли с применением курса процедур плазмафереза. Под нашим наблюдением находился пациент Ц. 49 лет, поступивший на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» 17.02.2021 г. Считает себя больным в течение 28 лет. Впервые высыпания появились на коже в области паховых складок, без видимой мотивации. Лечился амбулаторно, с 2003 г. применял наружно антибактериальные мази, с незначительным положительным эффектом. С 2005 г. неоднократно лечился стационарно, в составе комбинированной терапии получал системные ГКС, антибактериальные препараты, наружные средства, с кратковременным положительным эффектом. При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже передней и задней поверхности шеи, подмышечных и паховых складок, наружных половых органов, сопровождающихся жжением, болезненностью. На момент госпитализации, клинически отмечались высыпания в виде эрозивных, умеренно инфильтрированных бляшек ярко-розового цвета, с четкими границами диаметром до 6,0 см, единичные элементы с влажной поверхностью, преимущественно элементы покрыты подсохшими серозно-геморрагическими корочками. В области подмышечных и паховых складок, отмечалась мацерация кожи, кожа покрыта извилистыми трещинами, с вегетациями в виде низких гребешков (симптом «мозговых извилин»). Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь. Ожирение неуточненное морбидное с ИМТ – 41,9 кг/кв.м. Функциональный гиперинсулинизм. Инсулиннезависимый сахарный диабет. Недифференцированная шизофрения, непрерывный тип течения. После консультации психиатра, трансфузиолога, было принято решение, с целью снижения толерантности к базисной медикаментозной терапии, лечения клинических проявлений основного заболевания, включение в терапевтическую программу курса процедур плазмафереза. Была проведена комбинированная терапия с использованием системной антибактериальной, дезинтоксикационной терапии, наружных средств, а также было проведено три процедуры плазмафереза, с положительным эффектом на момент выписки в виде эпителизации эрозивных дефектов, значительного уменьшения инфильтрации высыпаний, регресса в пятна вторичной поствоспалительной гиперпигментации части элементов. Осложнений отмечено не было. В результате проведенного курса лечения отмечалась клиническая ремиссия в течение 9 месяцев. Данный пример можно расценивать как возможность применения альтернативных методов терапии у пациентов с данной нозологией, а также рассматривать экстракорпоральные методы при комплексном лечении как эффективные и перспективные схемы.

«ЛЕТНИЕ» ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

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

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Куркович Е.Ю., Невозинская З.А.

С приходом весны к врачу-дерматовенерологу все чаще обращаются пациенты с заболеваниями, характерными только для теплого периода года. К таким заболеваниям относятся ультрафиолетовая эритема, аллергическая реакция, развивающаяся после контакта с растением или после укусов насекомых, хроническая мигрирующая эритема Афцеллиуса–Липшютца после укуса клеща и «зуд купальщика». Ультрафиолетовая (солнечная) эритема развивается после длительного

пребывания под воздействием УФ-облучения. Состояние вызвано действием ультрафиолетового спектра излучения и может развиваться при воздействии не только солнца, но и искусственных источников ультрафиолета. Солнечная эритема проявляется эритемой различной степени выраженности. Фотофитодерматит (луговой дерматит) – это заболевание кожи, развивающееся под воздействием контакта кожи с фотосенсибилизирующими соединениями, содержащимися в растении и повышающими чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению, индуцирующими под действием солнечного или фототоксические или фотоаллергические реакции. Субъективно пациентов беспокоит чувство жжения, болезненности и зуда. Клиническая картина представлена очагами гиперемии иногда линейной формы, везикулезными и буллезными элементами с плотной покрывкой с серозным содержимым. После вскрытия пузыря обнажается медленно эпителизирующаяся эрозия, оставляющая после эпителизации длительно существующий очаг гиперпигментации. Флеботодермия – это дерматоз, обусловленный повышенной чувствительностью кожи к секрету слюнных желез и ядов насекомых, проявляющийся сильным зудом и высыпаниями. Ответом на укус насекомого является развитие аллергической реакции. Такого типа реакции обычно развиваются как иммунологические реакции I или IV типа. Клиническая картина флеботодермии представлена очагом эритемы, которая может иметь синюшный оттенок, и массивной инфильтрации, вплоть до изменения формы конечности. В центральной части очага, в месте укуса, обычно имеется корочка. Иногда на поверхности очага могут развиваться везикулезные, петехиальные элементы. Субъективно больные жалуются на сильный зуд. Хроническая мигрирующая эритема Афцеллиуса–Липшютца возникает на коже после укуса клеща рода *Ixodes*. На коже в месте укуса клеща появляется пятнистый элемент округлой или овальной формы ярко-розового цвета с четкой границей, склонный к периферическому росту и достаточно быстро увеличивающийся в размере. Высыпной элемент чаще единичный, однако могут быть и множественные. С течением времени даже без лечения высыпной элемент разрешается, но заболевание продолжает развиваться, поражая нервную систему, желудочно-кишечный тракт и опорно-двигательный аппарат. «Зуд купальщика» – это паразитарное заболевание, возбудителями которого являются церкарии, которые встречаются у водоплавающих птиц (уток). Заболевание развивается после купания в пресноводных водоемах со слабопроточной водой. Клиническая картина представлена сильно зудящими эритематозными пятнами, быстро превращающимися в красные отечные папулы и похожими на укусы. Иногда процесс сопровождается появлением волдырей, везикулезных элементов и даже развитием эритродермии. Зачастую острота воспалительных явлений уменьшается в течение нескольких дней, а через 10–14 дней процесс спонтанно разрешается. Мы хотели бы обратить внимание коллег на данную группу заболеваний, так как всего несколько месяцев осталось до появления целой плеяды «сезонных» расстройств.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Питуло О.А., Рычкова И.В., Мараках Марван Якин Нажи

Природные особенности Крыма позволяют полуострову занять важную нишу в кооперации субъектов Российской Федерации. Прежде всего речь идет о возвращении Крыму функций общегосударственной здравницы. Крымский полуостров является уникальным приморским климатическим курортом, где есть возможность сочетать прием грязевых процедур, раполечения с аэро-гелио-талассотерапией, что является особо значимым в лечении и реабилитации больных хроническими дерматозами. На территории Республики Крым расположено 825 санаторно-курортных

и гостиничных учреждения. Из них: 467 учреждений предоставляет специализированное санаторно-курортное лечение или услуги оздоровительного характера, 151 учреждение предоставляет специализированное санаторно-курортное лечение, 316 объектов предоставляют услуги оздоровительного характера, 358 учреждений – услуги по временному размещению, 26 месторождений лечебных грязей и 120 источников минеральных вод.

Существует множество неосвоенных месторождений, которые требуют дальнейшей разработки, к таким относится Чокракское озеро лиманного типа с лечебными иловыми грязями, расположенное на побережье Азовского моря. Грязи Чокракского месторождения рекомендованы для наружного применения при лечении широкого спектра заболеваний: болезней нервной системы, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой системы, костно-мышечной системы и хронических дерматозов (псориаз, атопический дерматит, экзема, склеродермия) и т.д.

На данном этапе необходимо представить новые данные о физико-химических свойствах грязей озера Чокрак в сравнении с физико-химическими свойствами пелоидов озера Саки и Мертвого моря с целью обоснования для применения в реабилитации больных с хроническими дерматозами.

Бальнеологическая ценность грязи озера Чокрак определяется высоким содержанием сульфидов железа, водорастворимых солей и микроэлементов, в том числе признанных терапевтически активными – бромом и бором, по своим свойствам они сходны с пелоидами озера Саки.

В настоящее время работы по поискам и оценке лечебных иловых грязей озера Чокрак продолжают. Основной задачей выполняемых работ является не только оценка качества и запасов лечебных грязей озера Чокрак, но и создание реабилитационной базы для многих заболеваний, в том числе и дерматологических, что является немаловажным как для жителей Крыма, так и для реабилитации больных со всей России. Грязелечение издавна по праву можно считать одним из самых эффективных, безопасных, малозатратных методов реабилитации у больных с хроническими дерматозами. По минерально-солевому типу грязь озера Саки, Мертвого моря и озера Чокрак сопоставимы. По соотношению сульфатов, карбонатов, хлоридов Сакские и Чокракские пелоиды исключительно относятся к сульфатно-карбонатному типу грязей с минерализацией до 200 г/л рН грязи 7,3 – слабощелочной, близкой к рН крови с высоким содержанием сульфатов, карбонатов магния, лития, марганца, селена, молибдена, обладающих значительным терапевтическим эффектом. В Сакских пелоидах – большое количество йода и серы, в Мертвом море обнаружены только их следы. По содержанию липидов Сакские пелоиды в 3 раза, а Чокракские пелоиды – в 4 раза превосходят илы Мертвого моря, по количеству витаминов (каротиноиды, аскорбиновая кислота (С), тиамин (В1), токоферолы (Е), ретинол (А) и аминокислот в 10, 12 и 2,5 раза соответственно.

Таким образом, Чокракское месторождение по своим физико-химическим и биологически активным остаткам, микроэлементам и витаминам превосходит не только илы Мертвого моря, но даже и Сакского, что не вызывает сомнения о его высокоэффективных свойствах.

Кроме того, потребность взрослого населения, подростков и детей в санаторно-курортной помощи, диктует организацию специализированного профильного дерматологического санатория, изучение механизма действия курортных факторов при различных дерматозах. Необходима научная разработка дифференцированных, персонализированных критериев отбора и методик курортного лечения дерматозов с учетом сопутствующей патологии на базе НИИ медицинской академии. Создание унифицированных клинико-функциональных тестов, необходимых для назначения рациональной курортной терапии, установление ее эффективности и составление полноценных рекомендаций.

ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БОРРЕЛИОЗЕ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Радионова Е.Е., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Ковалева М.Н.

Боррелиоз – инфекционное трансмиссивное заболевание, вызванное *Borrelia burgdorferi sensu lato*, передается иксодовыми клещами при укусе. При патологии поражаются: кожные покровы, суставы, сердце, нервная система. Без лечения заболевание принимает хроническую рецидивирующую форму. Среди кожных проявлений встречаются: хроническая мигрирующая эритема, вторичные эритемы. При поздних формах хронического боррелиоза: доброкачественные лимфоцитомы, хронический атрофический акродерматит.

Под нашим наблюдением находилась пациентка 3., 72 лет. Считает себя больной с июня 2018 г. когда впервые после укуса клеща появились боли в мышцах, ревматологом была диагностирована: Ревматическая полимиалгия. Назначен преднизолон 20 мг с постепенным титрованием дозы по 2,5 мг в 5 дней до полной отмены в течение 2 месяцев с улучшением: боли в мышцах уменьшились. В 2019 году после сдачи анализов крови на Антитела класса IgG, IgM к *Borrelia burgdorferi* (anti-*Borrelia burgdorferi* IgG – 23,4 Ед/мл, anti-*Borrelia burgdorferi* IgM – 3,2 Ед/мл) инфекционистом по месту жительства был выставлен диагноз: Боррелиоз, проведен курс антибиотикотерапии (доксциклин 100 мг по 1 таб 2 раза в день (утро, вечер) 14 дней). В феврале 2020 г. появились высыпания на коже правой кисти, через 6 месяцев отмечает появление высыпаний на коже большой половой губы слева. Не лечилась, к врачу не обращалась. В октябре 2020 г. обследовалась у гинеколога, уролога, онколога, предварительный диагноз: Доброкачественное новообразование вульвы. Воспалительный инфильтрат? левой большой половой губы. Взята диагностическая пункция. Данных за онкозаболевание не выявлено. В январе 2021 г. обратилась к дерматологу, с предварительным диагнозом «Красный плоский лишай, гипертрофическая форма?» направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный хронический воспалительный характер. На коже в области первого межпальцевого промежутка правой кисти визуализируется инфильтрированная бляшка с четкими границами, синюшно-розовой окраски, размером 2,0x1,0 см, в пределах которой единичные эрозивные дефекты в стадии эпителизации, с серозно-геморрагическими корками на поверхности, на коже в области левой большой половой губы отмечается бляшка с гладкой поверхностью, с выраженной инфильтрацией в основании, синюшно-розовой окраски, диаметром 3,0x8,0 см, с четкими границами и округлыми очертаниями, тестоватой консистенции, приподнятая над поверхностью кожи. Слизистые оболочки интактны. Дермографизм красный. Ногтевые пластины кистей рук и стоп не изменены.

Субъективно: слабый зуд в области высыпаний. При обследовании: из сопутствующих заболеваний: Ревматическая полимиалгия. АК I ст. II ФН 2. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3. Киста почки приобретенная. Цистит хронический, ремиссия. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН. Цереброваскулярная болезнь. ХИГМ. ДОО. Полиостеоартроз. С/после эндопротезирования коленных суставов от 2014–2015 г. ФН 2. полинейропатия в/конечностей. Остеохондроз позвоночника у взрослых. ХАИТ с узлообразованием эутиреоз; лабораторные показатели биохимии крови, ОАК, ОАМ – в пределах референсных значений. Anti-*Borrelia burgdorferi* IgG – 30,2 Ед/мл, anti-*Borrelia burgdorferi* IgM – 2,5 Ед/мл, АТ к нативной ДНК IgG – 1,36 МЕ/мл. С целью верификации диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи:

Заключение: признаков красного плоского лишая и лимфопрлиферативного заболевания в пределах доставленного материала не обнаружено, патологические изменения носят характер ангиита с очаговой

гигантоклеточной реакцией; необходимо клинико-морфологическое сопоставление с исключением других заболеваний, сопровождающихся формированием гранулем.

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, клинической и гистологической картины, наиболее вероятный диагноз: Хронический боррелиоз с атипичными гранулематозными поражениями на коже.

Пациентка была выписана к инфекционисту по месту жительства, которым был назначен курс антибиотикотерапии. Контроль антител через 2 месяца после окончания курса антибиотиков.

Таким образом, широкий спектр кожных симптомов боррелиоза приводит к сложности диагностики, несвоевременным и нерациональным назначением лечения больным. Данный клинический случай представляет интерес для врачей в связи с необходимостью междисциплинарного взаимодействия для своевременной диагностики, наблюдения и лечения пациентов с боррелиозом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

*Государственное учреждение Луганской Народной Республики
«Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки», Луганск*

Радионов В.Г., Радионов Д.В.

Актуальность. В последние годы наблюдается постоянный рост заболеваемости населения новообразованиями кожи, значительную долю которых составляют доброкачественные новообразования, предраки и рак кожи. В связи с этим актуальным является совершенствование подходов к диагностике, профилактике и лечению данной патологии. В случае ошибочного установления диагноза, больной подвергается неоправданно травмирующему хирургическому лечению, что обуславливает формирование косметического дефекта, сопровождающегося рубцовой деформацией тканей и формированием функциональных нарушений.

Цель работы. Разработать методики лазеротерапии и определить ее клиническую эффективность в лечении дерматологических и дерматоонкологических заболеваний. Материал и методы. Нами в 1980–1981 гг. была создана одна из первых лазерных лабораторий, насчитывающая более 10 лазерных аппаратов, работающих в трех областях спектра: красном, фиолетовом и сине-зеленом (гелий-неоновые, гелий-кадмиевые и аргоновые). Проведенные нами экспериментальные исследования по изучению влияния трех спектров лазерного излучения на «капилляротоксический» фактор сыворотки крови больных с сосудистой патологией, позволили разработать методики как наружной гелий-неоновой лазеротерапии (с длиной волны 0,63 мкм) при трофических язвах, язвенно-некротических васкулитах кожи, хронической язвенной пиодермии и др., с целью стимуляции процессов репаративной регенерации, так и проведение внутрисосудистого лазерного облучения крови при многих соматических заболеваниях, впоследствии названного ВЛОК. Среди большого разнообразия лазерных систем особую нишу занимают диодные лазеры, генерирующие излучение в инфракрасном диапазоне с длиной волны 810–1470 нм. Эти установки, как и СО₂ лазеры, мы используем в лечении многих сотен пациентов отделения дерматологии и опухолей кожи уже в течение почти 20 лет с хорошим терапевтическим и косметическим эффектом. Излучение диодного лазера хорошо поглощается важнейшими эндогенными хромофорами кожи – меланином, гемоглобином, водой и коллагеном. Немаловажными являются также экзогенные хромофоры, такие как пигмент для татуировок. Морфологические изменения в коже после воздействия излучением диодного и СО₂ лазеров, значительно отличаются от изменений после проведенной криодеструкции, элек-

трокоагуляции, радио-волнового воздействия или рентгеновского излучения. Данные лазеры позволяют сформировать четкие границы зоны коагуляционного некроза, обеспечить надежный гемостаз, избежать диффузного и перифокального воспаления, что влечет за собой раннее формирование грануляционной ткани, незначительные сроки регенерации послеоперационных ран с формированием нормотрофического рубца.

Выводы. Таким образом, наш 40-летний опыт использования высокоинтенсивных лазеров в лечении больных доброкачественными новообразованиями, предраками и раком кожи подтверждает целесообразность их применения в дерматоонкологической практике с целью достижения хорошего терапевтического и косметического результатов.

ИННОВАЦИОННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДРАКОВ И РАКА КОЖИ

*Государственное учреждение Луганской Народной Республики
«Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки», Луганск*

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

Актуальность. Заболеваемость раком кожи, как отмечают многие авторы, приобретает эпидемический характер во всем мире, и в последнее время значительно увеличивается количество заболевших пациентов трудоспособного возраста. Необходимо отметить, что в настоящее время наблюдается прирост заболеваемости раками кожи и значительно участились случаи первично множественного рака кожи, встречающегося более чем в 20% случаев. Среди эпителиальных опухолей кожи более 80% приходится на базальноклеточный рак (БКР), который по распространенности занимает у женщин 2-е место после рака молочной железы, а у мужчин – 3-е после опухолей легких и желудка. Наиболее частой его локализацией является область головы и шеи, где он располагается более чем в 90% случаев.

Цель исследования. На современном этапе развития дерматоонкологии для лечения рака кожи существует большое количество методов, таких как хирургическое лечение, короткофокусная рентгенотерапия, крио- и иммунотерапия, местная терапия, которая включает химио- и лазеротерапию, радиоволновое и фотодинамическое лечение. К сожалению, несмотря на их количество и разнообразие, ни один из методов не дает гарантии полного излечения, а вероятность развития рецидивов после проведенного лечения велика и каждый из перечисленных методов терапии имеет свои недостатки. Например, хирургическое лечение не всегда может быть использовано в труднодоступных и эстетически важных участках тела, т.к. косметический результат обеспечивает социальную реабилитацию пациентов на что у нас, к сожалению, пока не обращается должное внимание. Рентгенотерапия способствует образованию лучевого дерматита, формированию неэстетичных рубцов, атрофии кожи, гиперпигментации. Криодеструкция является болезненным методом лечения, с длительным периодом процессов репаративной регенерации в ране и большой вероятностью присоединения вторичной инфекции. При наличии большого количества опухолевых очагов, например, как при синдроме Горлина–Гольца, возможности применения существующих методов лечения ограничиваются. Одной из основных первоначальных причин образования рецидивов является то, что существующие границы опухоли превышают визуализирующиеся ее очертания, и подобрать адекватную площадь для деструкции или границы иссечения новообразования довольно непросто.

Выводы. Таким образом, с учетом постоянного роста заболеваемости раками кожи в последние десятилетия, а также отсутствия эффективных методов лечения, позволяющих добиться полного излечения и избежать

рецидивов заболевания, нами используется комбинированная терапия с применением деструктивных (лазеро- или криодеструкция) или хирургических (экзизионная биопсия) методов лечения, параллельно с введением иммуномодуляторов, с параллельным применением рекомбинантных интерферонов альфа-2b. Это позволило добиться синергизма действия, тем самым существенно повысить эффективность проводимой комплексной терапии. Данную методику лечения БКР мы используем в течение последних 15 лет с хорошими отдаленными результатами, а главное – с минимальным процентом рецидивов.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ РОЗАЦЕА

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул
Решетова С.В., Ковалева Ю.С., Николаева М.Г.*

Розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица с непрерывным поражением сосудистого звена в виде транзиторной либо стойкой эритемы, папуло-пустулезных элементов, редко узлов. Симптомы присутствуют в различных комбинациях и степени тяжести, часто колеблются между периодами обострения и ремиссии. В структуре дерматологической патологии розацеа составляет от 2% до 10%, а дебют заболевания приходится, как правило, на четвертое-пятое десятилетие жизни. Заболевание характерно для женщин с ранней менопаузой, физиологическим или хирургическим климаксом, что дает основание полагать о наличии связи между развитием заболевания и гормонального статуса женщины.

Целью работы является изучение сопутствующей гинекологической патологии у женщин, страдающих розацеа.

Материалы и методы: под наблюдением 40 женщин перименопаузального периода с различными клиническими проявлениями розацеа (дерматологический осмотр, гинекологический осмотр). Работа выполнена в ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии. Для оценки репродуктивного и соматического здоровья пациенток использованы общепринятые клинические методы обследования, изучение акушерско-гинекологического, соматического и тромботического анамнеза, а также специальное дерматологическое обследование (визуальный осмотр, дерматоскопия). В результате анализа выявляется взаимосвязь между гормональным статусом женщин с розацеа, уровнем васкулоэндотелиального фактора роста и особенностями микроциркуляции, что позволяет создать алгоритм диагностики и терапевтической коррекции лечения розацеа у женщин перименопаузального периода. Заключение: В диагностике и лечении розацеа у женщин перименопаузального периода важным является тесное междисциплинарное взаимодействие врача-дерматовенеролога и врача-гинеколога. Основным подходом для эффективности персонализированной терапии розацеа должна являться правильная постановка диагноза, назначенная терапия врачом-дерматовенерологом, и своевременная консультация врача-гинеколога.

Результаты. В исследование приняли участие 40 женщин больных розацеа, средний возраст которых 43,2±9,1 лет. Среди них 34 (85%) больных с эритематозно-телеангиэктатическим субтипом розацеа, 6 (15%) больных с папуло-пустулезным субтипом розацеа; офальморозацеа и фиматозный субтип розацеа отсутствовали. Средняя продолжительность заболевания составила 4,7±1,1 года. Давность заболевания менее 1 года наблюдалась у 18 больных (45%), от 1 до 5 лет у 12 (30%), от 5 до 10 лет у 7 (17,5%), более 10 лет у 3 больных (7,5%). При опросе пациентки выделяли следующие факторы (острой, копченой, соленой пищи, кофе, алкогольных напитков и др.) у 19 че-

ловек (47,5%), психоэмоциональное напряжение (стресс) у (22,5%), воздействие солнечной инсоляции у 7 (17,5%), изменение температурного режима у 3 человек (7,5%). У исследуемых больных были выявлены сопутствующие заболевания, среди которых: заболевания органов малого таза имелись у 80%, а именно: со стороны сердечно-сосудистой системы гипертоническая болезнь 1–2 стадии у 19 (47,5%) пациенток; варикозное расширение вен нижних конечностей у 13 (32,5%) пациенток; У 25 (62,5% женщин в анамнезе отмечались заболевания мочеполовой системы (хронический цистит – 2 (5%), хронический пиелонефрит – 2 (5%), хронические воспалительные заболевания придатков – 3 (7,5%), эндометриоз – 3 (7,5%) кистозные изменения структуры яичников – 4 (10%), мастопатия – 4 (10%), миома матки – 7 (17,5%). Среди перенесенных оперативных вмешательств среди пациенток встречались: холецистэктомия – 6 (15%), флебэктомия – 2 (5%), миомэктомия – 4 (10%), экстирпация матки и ее придатков – 2 (5%). У 17 (42,5%) больных наблюдалось сочетание более чем двух различных нозологий.

Выводы. В ходе исследования у пациенток с розацеа перименопаузального периода выявлено преобладание сопутствующих сосудистых патологий (сердечно-сосудистых) у 32 женщин 80%, варикозного расширения вен нижних конечностей у 13 женщин 32,5% и заболевания мочеполовой системы у 25 женщин 62,5%, причем у 17 женщин 42,5% имелось более двух сопутствующих коморбидных патологий. Таким образом, больные, страдающие розацеа, нуждаются в активном динамическом наблюдении не только врачом-дерматологом, но и врачами смежных специальностей.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ КОМПОНЕНТНОЙ АЛЛЕГОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
науки «Федеральный исследовательский центр питания
и биотехнологии», Москва*

Ревакина В.А., Мухортых В.А., Ларькова И.А., Кувшинова Е.Д.

Атопический дерматит – одно из самых распространенных заболеваний детей раннего возраста. В последние годы отмечается также увеличение числа подростков с этим заболеванием. Согласно современным представлениям, атопический дерматит – гетерогенное, многофакторное заболевание, характеризующееся многообразием этиологических факторов и полиморфизмом клинических симптомов, зависящих от возраста пациента. Среди многих факторов, способствующих развитию атопического дерматита, следует выделить этиологически значимые аллергены, выявление которых имеет большое значение для проведения эффективной терапии.

Цель исследования – определение молекулярного профиля IgE сенсibilизации к различным компонентам различных аллергенов в сыворотке крови у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 25 детей с атопическим дерматитом различной степени тяжести. Возраст детей – от 12 месяцев до 5 лет. Средний возраст больных на момент обследования составлял 3,8±1,2 лет (M±Sd). Легкая степень тяжести отмечена у 16,0% больных, среднее значение индекса SCORAD составило 14,02±1,3, индекса IGA – 1,6±0,47 баллов. Средняя степень тяжести АТД установлена у 24,0% пациентов, среднее значение индекса SCORAD – 40,25±9,4, индекса IGA – 2,7±0,52 баллов. Тяжелое течение АТД наблюдалось у 60,0% детей, у которых среднее значение индекса SCORAD составило 68,6±12 баллов, индекс IGA составил – 3,4±0,4 баллов. Диагноз атопического дерматита ставился на основании обязательных и вспомогательных диагностических критериев, используемых при этом заболевании. Для изучения этиологического спектра аллергенов была использована-

на комплексная аллергодиагностика с применением аллергочипов по технологии ImmuniCap ISAC.

Результаты и их обсуждение. У 86,7% детей выявлено повышение уровней аллергенспецифических IgE (asIgE) антител к α-лактоальбумину (Bos d 4), β-лактоглобулину (Bos d 5) и казеину (Bos d 8) молока в сыворотке крови. У 80,0% детей выявлялись asIgE антитела к аллергенам куриного яйца овомукоиду (Gad c 1), овальбумину (Gal d 2) и кональбумину (Gal d 3) в сыворотке крови. Овомукоид яйца является доминирующим аллергеном, он устойчив к нагреванию, поэтому высокие уровни asIgE антител к этому аллергену являются фактором риска развития персистирующей (длительной) аллергии на яйцо. У 26,7% детей определялись asIgE антитела к гречке (Fag e 2) и глиадину (Tri a 19). У 33,3% детей обнаружена IgE сенсibilизация к компонентам сои (Gly m 5 и Gly m 6). Данные компоненты сои ответственны за развитие тяжелых аллергических реакций. У 20,0% детей раннего возраста выявлялись asIgE антитела к аллергену яблока (Mal d 1). При употреблении яблока у них развивался оральный аллергический синдром. У них также выявлялись asIgE антитела к мажорному аллергену пыльцы березы (Bet v 1), что дает возможность прогнозировать формирование пыльцевой аллергии у этих пациентов. Среди других аллергенов наиболее часто выявлялись asIgE антитела к аллергену кошки (Fel d 1) – у 36,0% больных. При контакте с кошками наблюдалось обострение атопического дерматита. Установлена прямая корреляционная связь между тяжестью течения АтД и уровнем asIgE-антител к эпидермальным аллергенам кошки (Fel d 1, Fel d 4). Выявлена IgE сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли (*D. farinae* Der f 1 – у 20,0% и *D. pteronyssinus* Der p 1 – у 16,0%) пациентов. Наиболее часто IgE сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли наблюдалась у больных тяжелым течением АтД. Установлены важные клинически значимые биомаркеры тяжести атопического дерматита: респираторные аллергены Der f 2, Der p 2, пищевые аллергены Bos d 4, Bos d 8, Gad c 1, Gal d 1, Gal d 2, Gal d 3.

Заключение. Компонентная аллергодиагностика позволяет выявлять IgE сенсibilизацию к различным аллергенам животного и растительного происхождения, а также определять аллергены, способные к перекрестной (кросс) реактивности. Зная компоненты аллергенов и перечень пищевых продуктов, способных к перекрестному реагированию, можно прогнозировать течение пищевой аллергии у больных атопическим дерматитом, а также риск развития тяжелых аллергических реакций. Молекулярная аллергодиагностика позволяет больным атопическим дерматитом обоснованно назначать индивидуальные диеты, элиминационные мероприятия, что повышает эффективность терапии и качество жизни.

ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Генитальный склероатрофический лихен (ГСАЛ) у мужчин представляет собой медицинскую проблему, обусловленную трудностями распознавания и терапии. Целью терапии ГСАЛ является облегчение симптомов заболевания, предотвращение дальнейших структурных повреждений органа. Стойкий первичный фимоз у мальчиков или вторичное развитие фимоза у мужчин в области ранее поддававшейся отведению крайней плоти в большинстве случаев является осложнением ГСАЛ. Больные ГСАЛ при первичном обращении чаще всего попадают на прием врача-хирурга или уролога, так как заболевание у них нередко протекает под

маской хронического баланопостита с развитием рубцового фимоза. Урологи обычно прибегают к иссечению крайней плоти без предварительного гистологического исследования и консервативной терапии. Такая тактика в целом неэффективна и может приводить к прогрессированию заболевания с вовлечением уретры.

Цель исследования. Оценить важность междисциплинарного взаимодействия дерматовенерологов и урологов для своевременной диагностики ГСАЛ и назначения комплексной противорецидивной терапии. Клинический случай. Пациент К., 38 лет, при обращении к дерматовенерологу предъявлял жалобы на появление высыпаний в области головки полового члена, дискомфорт во время полового контакта. В анамнезе болезни отмечал затруднение при отведении крайней плоти с 4-летнего возраста. Данный процесс всегда носил болезненный характер, сопровождался появлением трещин на крайней плоти, склонных к спонтанной эпителизации. Урологом в 2000 г. был диагностирован рубцовый фимоз, в связи с чем проведено иссечение крайней плоти без гистологического исследования. В 2010 г. у пациента появилось уменьшение напряжения, истончение струи мочи, ее разбрызгивание. Урологом диагностирована стриктура переднего отдела уретры, по поводу которой больному многократно проводили бужирование уретры и меатотомию. В связи с прогрессированием заболевания, нарушением уродинамики пациенту в 2015 г. проведена заместительная уретропластика с использованием трансплантата из слизистой оболочки щеки. В послеоперационном периоде врач-уролог обнаружил на головке полового члена белесоватую бляшку и направил на консультацию к дерматовенерологу. Дерматологический статус: на теле полового члена определялся тонкий линейный послеоперационный рубец, крайняя плоть отсутствовала. Головка полового члена полностью склерозирована, плотная при пальпации, белесовато-синюшного цвета. Наружное отверстие мочеиспускательного канала без особенностей, губки уретры розовые, возвышающиеся над поверхностью головки полового члена. Субъективных ощущений не было. Кожные покровы и видимые слизистые полости рта интактны. Диагноз: ГСАЛ, состояние после циркумцизии (по поводу рубцового фимоза) и заместительной уретропластики (по поводу стриктуры переднего отдела уретры). Больной получил три курса комплексного консервативного лечения (пенициллин, гиалуронидаза, пентоксифиллин, ультрафонофорез гиалуронидазы, топический кортикостероидный препарат клобетазола пропионат). Патологический процесс стабилизировался.

Выводы. Представленное наблюдение подтверждает актуальность, указывая на медико-социальную значимость и междисциплинарный характер проблемы ГСАЛ у мужчин. Верификация диагноза и раннее проведение адекватного комплексного медикаментозного лечения позволяет обычно прервать прогрессирование ГСАЛ, избежать развития осложнений и оперативного вмешательства.

ДИНАМИКА РАБОТЫ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В ПЕРИОД ДЕЙСТВУЮЩИХ ОГРАНИЧЕНИЙ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (2020–2021 ГГ.)

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург
Требунская Н.А., Петунова Я.Г., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Слесаренко И.В., Школьников Т.В.*

В 2020 году ограничения, направленные на снижение риска распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 (COVID-19), существенно отразились на выполнении плановых показателей как

амбулаторного, так и стационарного звена СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (Учреждение). Введение ограничений вызвало необходимость организации лечебной работы с соблюдением всех противоэпидемических мероприятий с целью повышения доступности медицинской помощи пациентам дерматовенерологического профиля, сохранения объема и качества оказываемой специализированной помощи как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Цель работы: проанализировать работу учреждения в 2021 году по сравнению с 2020 годом.

Выполнялись следующие задачи: проведение сравнительного анализа посещаемости амбулаторного звена учреждения, работы коечного фонда стационарных отделений в 2020 и 2021 году.

Материалы и методы: исследуемой группой являлись медицинские карты амбулаторного больного за 2020 год – 28 284 шт., медицинские карты стационарного больного за 2020 год – 3 334; группа сравнения – 33 467 карт за 2021 амбулаторного звена и 4 605 стационара. В качестве метода использовалась описательная статистика с проведением оценки посещаемости.

Результаты: в 2021 году количество посещений Консультативно-диагностического отделения составило 89871, что на 16,8% выше показателей 2020 года (74 817), Городского центра дерматологии и венерологии в 2021 году – 13 026 посещений, что на 26,4% выше 2020 года (9 584). Консультативно-диагностическим отделением по оказанию платных услуг выполнено 19 025 консультаций, что на 37,4% больше, чем в 2020 году (11 906). С учетом эпидемической обстановки было акцентировано внимание на обслуживание пациентов на дому, в 2021 году данный вид помощи получили 490 пациентов, в 2020 – 559. В рамках работы стационара в 2021 году пролечено 4 605 пациентов, что на 38% больше, чем в 2020 году (3 334). Выполнение плановых показателей составило 103,2% и 74,6% соответственно. Лечение больных в рамках высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) проведено в 2021 году 190 пациентам, в 2020 году – 180, что в обоих случаях составляет 100% от запланированных объемов. В указанный период при плановой госпитализации требовалось предъявление отрицательного результата обследования на COVID-19. Выявление признаков ОРВИ, отсутствие результатов дополнительного обследования привело к увеличению числа отказов в госпитализации на этапе оформления в приемном отделении. В 2021 году их количество составило – 239 (в 2020 – 194). У 48 пациентов был выявлен COVID-19 методом ПЦР-диагностики. Соблюдение противоэпидемических мероприятий, в том числе обязательного предоставления результатов тестирования на выявление РНК коронавируса SARS-CoV-2 методом ПЦР, позволило свести к минимуму случаи заноса COVID-19 в стационарные подразделения. Учреждение проводит медицинское обследование трудовых мигрантов для получения ими разрешения на работу. Снятие в 2021 году ограничений на въезд в Российскую Федерацию этой категории пациентов значительно увеличило число направленных медицинскими комиссиями города на дообследование иностранных граждан – 3 190 (3 004 в 2020 году). Среди них сифилис выявлен в 2021 году в 12% случаев (6% в 2020 году). Получили лечение в Учреждении 375 иностранных граждан, что составило 79% от числа выявленных больных сифилисом (в 2020 году 39,5%).

Выводы: организация работы в соответствии с действующими нормативными документами и санитарно-эпидемиологическими правилами в 2020 году привела к снижению посещаемости амбулаторного звена Учреждения в среднем на 20% по сравнению с показателями 2021 года. Выполнение плановых показателей работы стационара в 2020 году удалось выполнить только на 74%, ВМП в полном объеме. Введение ограничений по предотвращению распространения COVID-19 в 2020 году вызвало необходимость изменений в организации лечебной работы. Возможность предварительного обследования на COVID-19 в условиях Учреждения, разобщение потоков пациентов и другие из-

менения в работе позволили осуществлять деятельность в 2021 году в полном объеме и выполнить плановые показатели на 100% по всем направлениям медицинской деятельности.

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Кавказский Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», филиал Клиническая больница № 101, г. Лермонтов, отделение терапии. Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии, Ставрополь

Уханова О.П., Коновальчук Н.А., Соколова И.В., Малявчикова О.В., Подсвилов В.А., Подсвилова С. С.

Современные представления о псориазе как иммуновоспалительном заболевании отдают ключевую роль патогенетическому пути, связанному с активацией Т-17 клеток, выработкой ИЛ-17, его непосредственным воздействием на кератиноциты и множеством других провоспалительных эффектов. Давно известно, что тяжесть псориаза ассоциируется с ростом частоты сердечно-сосудистых катастроф [1]. Кроме того, псориазический артрит выявляется у каждого третьего пациента с псориазом [2], метаболический синдром встречается в 2 раза чаще, чем в общей популяции [3]. Касательно артериальной гипертензии, отношение шансов составляет 1,49 для пациентов с тяжелым псориазом и 1,30 для среднетяжелого псориаза [4]. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) совершили «революцию» в лечении таких пациентов, воздействуя на сам патогенетический путь, связанный с активацией Т-17 клеток, выработкой ИЛ-17 и его непосредственным воздействием на кератиноциты и множеством других провоспалительных эффектов. В данной работе представлены два клинических случая пациентов с псориазом и псориазическим артритом. В среднем пациенты получали ГИБП подкожно (в данной работе рассмотрен ингибитор ИЛ-17 нетакимаб) на протяжении 4 месяцев. Следует отметить, что старт терапии ГИБП был в среднем через 5 лет от постановки диагноза «Псориаз». Поздняя доступность к таргетной терапии обоснована ограниченным обеспечением ГИБП через систему ОМС, а также дефицитом иммунологов, имеющих доступ к проведению терапии ГИБП.

Результаты. Пациенты отмечали положительный эффект в отношении кожных симптомов в среднем через 4 недели от начала терапии. У всех пациентов была отмечена положительная динамика индексов оценки степени тяжести псориаза. Выводы. Нежелательных явлений, равно как и ускользания эффекта препарата отмечено не было. В целом терапия ГИБП (в данном случае ингибитором ИЛ17 нетакимаб) показала как высокую эффективность у пациентов с псориазом и коморбидными заболеваниями, так и хорошую переносимость.

РОЛЬ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ

Российский университет дружбы народов, Москва

Федоров А.В., Бушуева Е.А., Форощук В.А., Черняев М.В., Гительзон Е.А., Файбушевич А.Г.

Введение. Телеангиэктазии (сосудистые звездочки) – стойкое расширение сосудов малого калибра, расположенных в дерме, диаметром менее 1 мм. Основными методами устранения данного дефекта

являются микросклеротерапия (МСТ) и чрескожная лазерная фотокоагуляция (ЛЧФ). Отношение к данной патологии в большинстве случаев «несерьезное», так как ТАЭ не влияют на соматические здоровье пациента, но вызывают чувство эстетического дискомфорта. В то же время важно учитывать, что телеангиэктазии представляют собой расширенные внутрикожные вены, являются проявлением хронической венозной недостаточности (ХВН) и соответствуют классу С1 по международной классификации СЕАР. Прогрессирование хронической венозной недостаточности может значительно снижать качество жизни пациента и стать причиной жизнеугрожающих ситуаций. В связи с этим, актуальным вопросом при лечении пациентов с ТАЭ становится профилактика дальнейшего прогрессирования ХВН. Ключевым компонентом комплексного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей является компрессионная терапия. Она показана при любой степени венозной недостаточности независимо от причины.

Цель работы – оценить роль эластической компрессии в лечении телеангиэктазий. Материалы и методы. Была проанализирована медицинская документация 62 пациентов (56 женщин 6 мужчин, средний возраст которых 33,5 г., лечившихся по поводу ТАЭ на клинических базах кафедры госпитальной хирургии РУДН). Всем пациентам с целью устранения телеангиэктазий нижних конечностей были проведены процедуры чрескожной лазерной коагуляции. Диаметр обрабатываемых сосудов не превышал 1,0 мм. Все пациенты имели I–III фототипы кожи по Фицпатрику. После достижения успеха всем пациентам была рекомендована компрессионная терапия в виде компрессионных чулков 1 класса. Пациенты наблюдались через 1, 3, 6 и 12 месяцев после выполнения процедуры ЛЧФ. Оценивались возможность рецидива ТАЭ, приверженность пациентов к ТАЭ, развитие других явлений ХВН. Результаты: по результатам наблюдения пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от приверженности к полученным рекомендациям. 1-ю группу (36 человек) составляли пациенты, соблюдавшие рекомендации по применению эластической компрессии за весь период наблюдений. В данной группе не наблюдалось появления новых симптомов ХВН. Рецидив ТАЭ наблюдался только у 1 пациента. 2-ю группу составили пациенты менее приверженные к соблюдению рекомендаций. В данной группе были как пациенты, не соблюдавшие рекомендации с самого начала в течение всего периода наблюдений, так и те, кто по разным причинам отказался от эластической компрессии по прошествии времени. Во второй группе число рецидивов составило 4 пациента, у двоих пациентов наблюдалось появление новых симптомов ХВН соответствующих классу С2 по классификации СЕАР. Пациентам с новыми симптомами ХВН было проведено УЗ-исследование вен нижних конечностей, подтвердившее наличие варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Выводы. Проведенное исследование показало целесообразность назначения эластической компрессии пациентам с ТАЭ для профилактики дальнейшего развития ХВН и увеличения продолжительности достигнутого результата.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ У ПОДРОСТКА С КОВИД-19

*Андижанский Государственный медицинский институт,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Андижан
Хамидов Ф.Ш., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*

Красный плоский лишай (lichen planus, КПЛ) – заболевание, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек и ногтей, появлением на коже полигональных зудящих узелков фиолетового цвета. Lichen planus впервые был описан Erasmus Wilson в 1989 г. КПЛ страдают около 1%

населения земного шара. Примерно 5–10% случаев КПЛ наблюдается у детей, наиболее часто в возрасте группы от 7–12 лет. При детском lichen planus провоцирующими факторами часто являются вакцинация и вирусные инфекции. Как отмечают некоторые исследователи, высыпания КПЛ у детей локализуются на коже нижних конечностей. Поражение ногтевых пластинок у детей КПЛ наблюдается в 1–10% случаев. Дворянкова Е.В. и соавт. (2018) в течение 2017 г. выявили 9 случаев КПЛ у детей в возрасте от 2 до 9 лет. При этом у всех детей они наблюдали классическую ограниченную форму КПЛ, без поражения ногтевых пластин и видимых слизистых и каких-либо субъективных ощущений. Для лечения КПЛ у детей применяют топические кортикостероиды, антигистаминные препараты, физиотерапевтические методы терапии, фототерапию UVB.

Описание клинического случая. Больной А., 13 лет, обратился в поликлинику АОКВД, с жалобами на зудящие высыпания областях голени в течение 6 месяцев, после перенесенного Ковид-19. Со слов мамы известно, что у ребенка хронические сопутствующие заболевания отсутствуют, аллергоанамнез и наследственность не отягощены. При осмотре на коже обеих голеней наблюдаются полигональные узелки размерами 0,3x0,3 см, розовато-синюшного цвета, отмечается восковидный блеск. Феномен Кебнера положителен. Клинический диагноз: Красный плоский лишай. L43.9. Было назначено дезлоратадин и натрий тиосульфат, иммуномодулятор, Колострум, кортикостероидное средство. Субъективные проявления дерматоза не отмечались. Наш пример демонстрирует типичное проявление lichen planus у детей как реакцию на Ковид-19. Описанный пример показывает, что детский КПЛ является проблемой врачей педиатров, ВОП, дерматологов.

АНАЛИЗ РЕГИСТРАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИШАЕМ СКЛЕРОТИЧЕСКИМ И АТРОФИЧЕСКИМ В МНПЦДК

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

Чернова Н.И., Проскура М.И., Заторская Н.Ф., Незашева Е.С.

Введение. Заболевания вульвы – актуальная проблема современной гинекологии и дерматовенерологии, среди них особое место занимает лишай склеротический и атрофический (Склероатрофический лишай (САЛ) – lichen sclerosus et atrophicus, склероатрофический лишай, склерозирующий лишай, крауроз вульвы) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз, с преимущественным поражением кожи гениталий. Неоднозначность номенклатурной принадлежности склероатрофического лишая по МКБ (L90.0; L 94.8; N90.4; N48.0) обуславливает недостаточную диагностику заболевания и отсутствие точных статистических данных, поскольку на практике склероатрофический лишай вульвы дерматовенерологами кодируется по МКБ10 двумя кодами L90.0 (Лишай склеротический и атрофический) и L94.8 (Другие уточненные локализованные изменения соединительной ткани) без указания локализации патологического процесса, а гинекологами: N90.4 – Лейкоплакия вульвы: Дистрофия, Крауроз вульвы. В связи с недостаточной идентификацией САЛ врачами период от появления симптомов до постановки диагноза может составлять от 5 до 15 лет, что приводит к неэффективному лечению, прогрессированию заболевания, необоснованным визитам к специалистам, развитию осложнений.

Цель исследования: анализ регистрации заболеваемости Лишаем склеротическим и атрофическим в МНПЦДК за период с 2017 г. по 2020 г. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт с диагнозами с шифром по Международной классификации

болезней: L90.0 – Лишай склеротический и атрофический; L94.8 Другие уточненные локализованные изменения соединительной ткани N90.4 Лейкоплакия вульвы.

Результаты. В 2017 году с диагнозом L94.8 наблюдалось 13 человек (из которых 7% – женщины репродуктивного возраста от 18 до 60 лет), с L90.0 – 55 человек (40% женщины репродуктивного возраста). В 2018 г. с диагнозом L94.8 обследование и лечение в центрах МНПЦДК получили 66 человек (21% доля женщин от 18 до 60 лет), с L90.0 – 71 человек (33% женщины репродуктивного возраста). В 2019 году с диагнозом L94.8 наблюдалось 51 человек (из которых 21% – женщины репродуктивного возраста от 18 до 60 лет), с L90.0 – 80 человек (42,5 % женщины репродуктивного возраста). В 2020 г. с диагнозом L94.8 обследование и лечение в центрах МНПЦДК получили 31 пациент (35% доля женщин от 18 до 60 лет), с L90.0 – 79 человек (43% женщины репродуктивного возраста), а так же 2 пациентки были обследованы гинекологом клиники с диагнозом N90.4 Лейкоплакия вульвы – 1 девочка до 14 лет и 1 женщина после 60 лет.

Выводы. Отмечается увеличение количества случаев заболеваемости лишаем склеротическим и атрофическим, в том числе среди женщин репродуктивного возраста. В значительном количестве случаев врачами дерматовенерологами диагноз Лишай склеротический и атрофический кодируется под шифром L94.8 (Другие уточненные локализованные изменения соединительной ткани) без указания локализации патологического процесса. Тогда как в отсутствие адекватной терапии существует высокая вероятность развития осложнений, таких как нарушение архитектуры наружных половых органов, развитие онкопатологии, нарушение социальной адаптации. В отсутствие купирования мучительного зуда в области наружных половых органов, особенно по ночам, треть пациенток сталкивается с депрессией, что приводит к серьезному ухудшению качества жизни, сексуальной дисфункции. Для назначения патогенетической терапии важно установить диагноз, согласно международной классификации болезней в свете современных представлений о САЛ. Для повышения уровня выявляемости значительную роль играет междисциплинарное взаимодействие специалистов, прежде всего дерматовенерологов, гинекологов, урологов, педиатров.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА И АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОТИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
Чернова Н.И., Проскура М.И.*

Введение. Склероатрофический лишай (САЛ) (lichen sclerosus et atrophicus, склероатрофический лишай, склерозирующий лишай, крауроз вульвы) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся потерей эластичности и истончением кожи преимущественно на половых органах. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости САЛ, как в группах женщин пре- и постменопаузального, так и репродуктивного возраста. Актуальные подходы к терапии дерматоза предполагают длительное применение сильнодействующих топических глюкокортикоидных средств (ТГКС). Схемы требуют высокой комплаентности пациенток, что не всегда достижимо, особенно на этапе профилактики рецидивов. В связи с чем зарубежными и отечественными специалистами ведется поиск методов, способствующих увеличению ремиссии САЛВ, позволяющих снизить потребность частоты нанесения и количества ТГКС.

Цель исследования: определение эффективности фракционного термолиза эрбиевым YAG-лазером в сочетании с аутогенной тромбоцитарной плазмой в терапии склеротического и атрофического лишая вульвы. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 11 женщин с САЛВ, в возрасте от 27 до 52 лет, получивших стандартный курс 0,05% мазью клобетазола пропионата в течение 3 месяцев. Все пациентки были ослеплены терапевтом, гинекологом и эндокринологом. На коже вульвы применяли эрбиевый лазер Asclepion MCL 31 с длиной волны 2940 нм в режиме фракционного термолиза, далее осуществляли интрадермальное введение аутогенной тромбоцитарной плазмы (PRP) в пораженные участки с использованием игл калибра 31–32 G длиной 6–13 мм. Техника инъекций преимущественно папульная и микропапульная, расстояние между точками инъектирования – 8–10 мм. Игла вводилась под углом 45° на глубину 4–6 мм. Всем пациенткам, включенным в исследование, было проведено по 2 процедуры с интервалом 30 ± 2 дней. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась по Дерматологическому индексу шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкале (Visual Analogue Scale – VAS) и Дерматологическому Индексу Качества Жизни (ДИКЖ). В ходе исследования было проведено четыре контрольных визита: день 1 процедуры (визит 1), через 1 месяц день 2 процедуры (визит 2), через 60±2 дней (визит 3) и 180 ± 2 дней (визит 4). Результаты. Средний возраст пациенток составил 46,1±1,5 лет. Давность заболевания составила 5,2±1,3 лет. Ведущей жалобой пациенток, принявших участие в исследовании, являлся зуд умеренной интенсивности, индекс ВАШ оценки зуда составлял 4–5 баллов, в среднем 3,9±1,9 балла. На втором визите показатели ВАШ оценки зуда снизились до 1,3±0,6 балла, в последующие визиты показатель не превышал 0,5 балла. Оценка степени выраженности клинических симптомов до лечения – индекс ДИШС – составил – 7±0,2, после курса терапии 1,8±0,1 баллов. До начала лечения средний показатель индекса EASI составил 7,5±2,2 балла. Достижение состояния клинической ремиссии с регрессом индекса EASI на 75% от исходного наблюдалось через 10 дней после процедуры фракционного термолиза в сочетании аутогенной тромбоцитарной плазмой, снижение выраженности проявлений САЛ достигло 70% от исходного. Влияние терапии на показатели ДИКЖ выражалось в снижении средних значений с 11,28±2,57 до 1,49±0,31 баллов. Следует отметить, что метод применяется в амбулаторной практике и не требует госпитализации пациенток. Ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов или нежелательных явлений. Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комбинированной терапии. Включение в схемы лечения САЛВ фракционного термолиза эрбиевым YAG-лазером в сочетании аутогенной тромбоцитарной плазмой позволяет увеличить ремиссию, снизить частоту нанесения и количество ТГКС.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПАЛЬМОПАНТАРНОЙ ЭКЗЕМЫ (ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ) КОМБИНИРОВАННЫМ СРЕДСТВОМ В ВИДЕ ФИТОЛОСЬОНА

*ООО «Сити-Клиник», Краснодар
Чернявский И.И., Ефимова А.Л.*

Острая пальмоплантарная экзема (более широко известная как дисгидротическая экзема, или помфоликс) – это интенсивно зудящее везикулярное высыпание, поражающее кисти и стопы. Она характеризуется глубокими изменениями кожи, варьирующимися от небольших везикул до крупных напряженных булл, и гистологически спонгиозными везикулами. Рецидив является распространенным явлением, и пациенты обычно испытывают частые обострения в течение месяцев или лет. Термин «дисгидроз» был введен в 1873 году, чтобы описать пузырчатую

болезнь ладоней и подошв, которая, как полагали, является расстройством потовых желез. В настоящее время принято считать, что потовые железы не участвуют в патогенезе. Однако термин «дисгидротическая экзема» продолжает использоваться. Распространенность дисгидротической экземы, в том числе легких и тяжелых форм, в общей популяции неизвестна. Среди пациентов с дерматитом кисти дисгидротическая экзема составляет от 5 до 20% случаев. Это происходит чаще всего у молодых людей и в равной степени среди мужчин и женщин. Факторы риска развития дисгидротической экземы включают atopический дерматит в анамнезе и контакт с аллергенами или раздражителями. Причина дисгидротической экземы до конца не выяснена, но, вероятно, она многофакторная. Хотя в большинстве случаев причинный или предрасполагающий фактор не может быть идентифицирован. В течение с июня по декабрь (7 месяцев) 2021 года наблюдалось 35 пациентов с дисгидротической экземой, из них с локализацией на нижних и верхних конечностях 8 человек, с изменениями на коже стоп 23 человека и 4 больных с проявлениями на руках. В соответствии со всеми основными методами постановки диагноза были исключены инфекционные и хронические воспалительные дерматозы, как клинически, лабораторно, так и анамнестически. Помимо проводимой системной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями и показаниями проводилось местное лечение пораженных участков кожи (ладони и подошвы). Для лечения кожных поверхностей у 15 пациентов использовались топические кортикостероиды (контрольная группа), и 16 больных получали местно средство в виде лосьона и крема, в состав которого входят: вода, спирт этиловый 40%, экстракт цветков ромашки, экстракт кофе конголезского, экстракт водорослей, масло лаванды, экстракт герани пятнистой, масло чайного дерева, масло душицы обыкновенной, масло облепихи крушиновидной, сок алоэ вера, масло кунжута индийского, соль Мертвого моря, дегидрацетовая кислота, масло оливы европейской, гликолевая кислота, аллантоин, салициловая кислота, масло жожоба, бензойная кислота, бензалкония хлорид, аскорбиновая кислота. Средство применялось в количестве до 250 мл, в виде компрессов однократно на измененные участки кожи (стопы и кисти) продолжительностью 45 минут, и кремом с частотой 1 раза в день. Длительность лечения составила 2 недели. Целью исследования являлась оценка эффективности включения фитолосьона и фитокрема в комплексную терапию дисгидротической экземы. Критерии оценки: срок разрешения клинических симптомов, переносимость и безопасность выбранной местной терапии. В результате проведенного наблюдения пациентов, применявших топические кортикостероиды, положительная динамика в виде регресса проявлений воспаления в 33,4% (5 человек) случаев наступила через 7 дней, у 13,3% (2 человека) через 14 дней, у 46,7% (7 человек) более чем через 16 дней и у 6,6% (1 больной) положительной динамике не отмечалось в течение 21 дня лечения. У больных, пользовавшихся фитолосьоном и фитокремом, положительная динамика в виде уменьшения клинических проявлений наблюдалась через 3 дня от начала применения у 68,7% (11 больных), через 5 дней у 25% (4 человека) и через 10 дней у 6,3% (1 человек). Таким образом, в результате однократного местного лечения фитолосьоном (однократно) и фитокремом (1 раз в день) срок лечения в среднем составил 6 дней, в контрольной группе 12 дней. У всех пациентов в процессе терапии на протяжении шестимесячного динамического наблюдения отсутствовали рецидивы. Ни в одном случае не отмечалось появление нежелательных эффектов. Отсутствие побочных эффектов при применении фитолосьона и фитокрема при дисгидротической экземе, выраженное укорочение курса лечения в сравнении с местными кортикостероидами, а также наблюдаемое длительное отсутствие рецидивов позволяют рекомендовать фитолосьон и фитокрем данного состава для лечения дисгидротической экземы и профилактики дисгидроза.

SWT-ТЕРАПИЯ МЕЛАЗМЫ И РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ

*«Клиника профессора Юцковской», Москва
Черненко О.А., Юцковский А.Д.*

Цель исследования. В настоящее время фототерапия зарекомендовала себя как один из самых эффективных аппаратных методов борьбы с гиперпигментацией и сосудистыми изменениями лица (розацеа, купероз и т.д.). Несмотря на это, врачи-дерматологи, косметологи постоянно ищут способы пролонгировать и потенцировать эффект от аппаратных процедур. С этой целью нами было решено изучить влияние перорального приема транексамовой кислоты на динамику фототерапии мелазмы и телеангиоэктатической формы розацеа.

Материалы и методы. Теоретический анализ материалов, научный синтез по материалам отечественных и зарубежных авторов. В клинике применялись методики SWT-фототерапии розацеа и мелазмы в качестве монотерапии (контрольная группа – 30 человек) и с назначением в домашнее применение БАД с транексамовой кислотой в дополнение к проведенной SWT-фототерапии в клинике (опытная группа – 36 человек). Представлены клинические случаи работы с пациентами в ходе лечения.

Результаты. Во всех случаях положительный эффект отмечен в группе, получавшей комбинированную терапию ($p > 0,05$). Во всех клинических случаях в опытной группе можно наблюдать положительную динамику мелазмы и розацеа в виде устранения гиперпигментации, устранения гиперемических пятен и сосудистых образований (телеангиоэктазий), осветления общего тона лица. Пациенты более быструю реализацию эффекта, снижение количества требуемых процедур фототерапии, а эффект от процедур сохранялся более длительное время.

Выводы или заключение. Сочетание перорального приема транексамовой кислоты и фототерапии способствует более эффективному лечению таких заболеваний, как мелазма и розацеа (эритематозно-телеангиоэктатической стадии)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
Чернова Н.И.*

Несмотря на достижения последних лет в области микробиологии, иммунологии, интенсивную работу по разработке и внедрению новых лекарственных препаратов, совершенствование методик, проблема лечения рецидивирующих вагинитов не теряет своей актуальности. Ситуация усложняется ростом числа условно-патогенных микроорганизмов, устойчивых как к антибиотикам или антимикотикам, так и к антисептикам, образованием бактериальных пленок. Наличие многообразия местных и системных лекарственных средств, применяемых у пациенток с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, не снижает количества больных с данной патологией, что способствует разработке и внедрению физиотерапевтических методов местного лечения. Положительный опыт использования низкочастотной ультразвуковой кавитации позволил внедрить в клиническую практику целый ряд новых методик. Данный вид воздействий можно применять как

самостоятельную физиотерапевтическую процедуру, так и для создания ультразвуковой кавитационной среды, усиливающей эффективность методики, сущность которой заключается в генерации ультразвука низкой частоты, с помощью которой создается переменное давление, приводящее к образованию микропузырьков газов и паров. Именно кавитация обеспечивает наиболее ценные биологические эффекты ультразвука. К ним относятся разрушение бактериальных пленок, усиление поступления в ткани лекарственных веществ. Бактерицидное действие низкочастотного ультразвука и вызванной им кавитации обусловлено разрушением за счет механического повреждения клеточных мембран бактерий и грибов.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациенток с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом в амбулаторной практике с помощью низкочастотной ультразвуковой кавитации.

Материалы исследования. Под наблюдением находились 24 женщины с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, в возрасте от 25 до 32 лет, с жалобами на зуд и обильные выделения в области вульвы. Верификация диагноза урогенитального кандидоза базировалась на сочетании клинической симптоматики и результатов лабораторных исследований микроскопическим методом (исследование препаратов, окрашенных метиленовым синим), культуральным методом (с видовой идентификацией возбудителя и определением чувствительности), молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК гриба рода кандиды (*Candida spp.*) с уточнением вида. Пациентки методом случайной выборки были рандомизированы на 2 терапевтические группы: группа № 1 (n=12) получала стандартный курс флуконазолом: 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа, группа № 2 (n=12) получала стандартный курс флуконазолом: 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа и обработку вульвы и влагалища кавитированными растворами. Технология метода ультразвуковой кавитации: акустический узел АА208.5 с внутренним ирригационным каналом в комплекте со сменным защитным кожухом АА108-2 для санации мелкодисперсной струей кавитированного лекарственного раствора. Процедура проводилась в смотровом кабинете на гинекологическом кресле. Санация проводилась с использованием физиологического раствора хлорида натрия, 1% перекиси водорода. Использовали 200–500 мл раствора на процедуру. Уровень ультразвуковых колебаний – 50 единиц. Расход жидкости – максимальный. Время обработки – 5 минут. Количество процедур – 5 (проводились ежедневно, один раз в сутки).

Результаты. Во время контрольного визита, через 14 дней после окончания терапии в группе, получавшей комплексную терапию, клинико-лабораторное излечение было зарегистрировано у 100% пациенток, получавших комбинированную терапию, тогда как в контроле – в 75% случаев. Через 3 месяца после окончания терапии клиническое и лабораторное излечение (исчезновение жалоб, псевдомицелия, почкующихся форм *Candida* и лейкоцитарной реакции) было зарегистрировано у 83,33% пациенток, получавших комплексное лечение и только у 50% – в группе контроля. Частота выявления *C. albicans* у пациенток в группе, получавшей орошения влагалища НЧУЗК, через 6–12 месяцев после лечения составила 12% против 66,66% в группе, получавшей только стандартную терапию. Таким образом, применение комплексной терапии с использованием НЧУЗК снижает частоту возникновения рецидивов при хроническом рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ С ЭКСТРАКТАМИ КЛЕВЕРА, ХМЕЛЯ, КАЛЕНДУЛЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИШАЯ ВУЛЬВЫ

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

Чернова Н.И., Чернова Т.А.

Введение. Склеротический лишай (СЛ) (*lichen sclerosus et atrophicus*, склероатрофический лишай, склерозирующий лишай, крауроз вульвы) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся очаговой атрофией кожи с преимущественной локализацией на половых органах. Доказано, что эпителий при этом заболевании сохраняет метаболическую активность. В соответствии с отечественными и международными руководствами местная терапия ТК является базовым компонентом как этиопатогенетического, так симптоматического лечения. В комплексной терапии СЛВ рекомендуется использование смягчающих средств. Актуальным является поиск препаратов для длительного применения в области гениталий, обладающих натуральным составом, способствующих восстановлению гидролипидного слоя, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, регенерирующее действие. Данными свойствами обладает комплекс, содержащий в своем составе гиалуронат натрия с экстрактами клевера, хмеля, календулы.

Цель. Оценить терапевтическую эффективность комплекса гиалуроната натрия с экстрактами клевера, хмеля, календулы – гель Эстрогиал® в терапии пациенток со склеротическим лишаем вульвы.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 42 женщины с СЛВ в возрасте от 32 до 65 лет, которые методом случайной выборки были рандомизированы на 2 терапевтические группы: группа № 1 (n=22) получала стандартный курс ультрапотентным ТКС в течение 3 месяцев по схеме: 1 раза в сутки в течение 1 месяца, затем через день в течение 1 месяца, далее 2 раза в неделю в течение 1 месяца. Пациентки группы № 2 (n=20) на фоне стандартной 3-месячной терапии применяли гель ЭстрогиалТ® на зону поражения и во влагалище 1 раз в сутки течение месяца, далее 3 раза в неделю в течение месяца, затем 2 раза в неделю 1 месяц. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась по Дерматологическому индексу шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкале (Visual Analogue Scale – VAS) и Дерматологическому Индексу Качества Жизни (ДИКЖ). В ходе терапевтических мероприятий было проведено четыре контрольных визита: до лечения (визит 1), через 1 месяц лечения (визит 2), через 60±2 дней (визит 3); и 90 ±2 дней лечения (визит 4).

Результаты. Оценка жалоб, предъявляемых больными со СЛВ до лечения (визит 1), показала наличие зуда и сухости в области наружных половых органов у всех пациенток, степень выраженности которых по ВАШ в обеих группах оценивалась как умеренная или тяжелая (7,9±0,77 и 8,8±0,82 баллов, группа 1 и 2, соответственно). К 3-му и 4-му визитам отмечалось статистически значимое уменьшение числа женщин (1,6±1,13 и 1,2±1,1 баллов) (p<0,05) с жалобами на зуд и сухость и/или снижение их интенсивности по сравнению с первой группой (3,3±1,67 и 3,5±1,88 баллов). Оценка степени тяжести клинических проявлений по критериям ДИШС до лечения в обеих группах была сопоставима. В обеих группах ко второму визиту наблюдалась статически значимая разница в регрессе клинических симптомов, однако в группе 2, они были более значимы (группа 1 – с 13,11±1,41 до 2,4±1,21 балла; группа 2 – с 14, 12±1,41 до 1,1±0,63 соответственно) (p<0,05). Влияние терапии на показатели ДИКЖ выразилось в снижении средних значений до 4,2±2,6 (группа 1) и 3,2±1,4 баллов (группа 2) ко второму визиту и сохранению данных значений в среднем 3,3±0,6 баллов к 60-му

дню (визит 4) наблюдения женщин в группе 2, в то время как в группе 1 влияние на качество жизни больных СЛВ изменилось от незначительного ($4,2 \pm 2,6$ балла – визит 2) до умеренного ($7,1 \pm 2,3$ балла – визит 4) у большинства исследуемых. Все пациентки закончили предписанное лечение, ни одна не прекратила его самостоятельно. В целом больные высоко оценили результаты терапии.

Обсуждение. Диагноз САЛ в России, как и во всем мире, устанавливается на основании анамнеза и клинической картины. В этих условиях необходимо повышение уровня квалификации дерматологов первичного звена, а также изучение и внедрение дополнительных способов комплексной терапии, позволяющих улучшить прогноз течения заболевания. Проведенное сравнительное исследование показало значимый эффект и высокий профиль безопасности геля Эстрогиал Т® в комплексном лечении больных с СЛВ.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА Д И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Кафедра дерматологии, Автономная некоммерческая организация «Центр мониторинга и оценки и качества образования», Группа Компаний «СМ-Клиника», Москва

Эллинская К.А., Эллинский Д.О.

Цель. Оценить уровень витамина Д у пациенток с акне различной степени тяжести и индекса массы тела в условиях амбулаторного приема. Материалы и методы. Произведено клиническое и лабораторное наблюдение 112 пациенток с акне. Оценивалась тяжесть течения по шкале GEA, по результатам измерения роста в см и веса в кг высчитывался индекс массы тела. В процессе обследования определялся уровень 25(ОН) витамина Д.

Результаты. В исследовании приняли участие 112 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 30,1). 22 участница имела установленный диагноз «Акне комедональное легкой степени тяжести», 12 «Акне конглобатное, тяжелой степени тяжести, постакне», 78 «Акне папуло-пустулезное, средней степени тяжести». Длительность течения заболевания: до 3 лет – у 18 участниц, от 3 до 7 лет 24 участниц, более 7 лет у 70 участниц. Индекс массы тела рассчитан от 15,15 кг/м² до 34,01 кг/м², средний показатель 21,04 кг/м². Анализ данных выявил у 13,7% участниц дефицит массы тела, а у 7,3% избыток массы тела, в референсные значения нормальной массы тела укладывались 79% участниц исследования. Выявлено, что уровень витамина Д (определяемый по его метаболиту 25(ОН) витамин Д) был от 5,7 нг/мл до 109 нг/мл, среднее значение 34,07 нг/мл, не было выявлено статистически значимых корреляций тяжести течения и уровня витамина Д.

Выводы: оценка уровня витамина Д в группе испытуемых не показала статистически достоверных связей между дефицитом витамина Д и тяжестью течения заболевания. При оценке показателя ИМТ нарушения (дефицит или избыток массы тела) был выявлен у 21% участниц. Нами были сделаны следующие выводы: необходимо в динамике следить за уровнем витамина Д и оценивать его влияние на течение акне, ИМТ у пациенток с акне не может являться единственным критерием оценки метаболических нарушений.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

«Клиника профессора Юцковской», кафедра дерматовенерологии и косметологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, Москва

Юцковский А.Д., Еззет А.Ф.

Угревая болезнь (УБ) является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов с частотой встречаемости в 85% случаев. В 15–30% наблюдений УБ протекает в 3–4 стадиях тяжести, которые требуют системного медикаментозного лечения. Несмотря на значительную распространенность, его распознавание представляет в ряде случаев трудности. Это обусловлено схожестью клинических проявлений с акнеформными дерматозами.

Цель и задачи. Проанализировать подходы к установлению диагноза и определению дальнейшей тактики лечения группы первичных пациентов «Клиники профессора Юцковской» – клинической базы кафедры дерматовенерологии и косметологии Медицинского института Российского университета дружбы народов; пациенты первой группы обратились в клинику с жалобами на пустулезные элементы в области лица с индифферентностью к назначенной схеме лечения. Определить допущенные ошибки и сравнить длительность терапии до момента наступления эффекта лечения пациентов первой группы с данными показателями контрольной группы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две группы пациентов: первую группу составили 30 женщин в возрасте от 16 до 40 лет с пустулезными элементами в области лица, обратившихся в качестве первичных пациентов в «Клинику профессора Юцковской» для пересмотра установленных в иных лечебных учреждениях диагнозов по причине отсутствия положительных эффектов терапии. Вторую группу составили 30 женщин от 18 до 40 лет, первично обратившихся в «Клинику профессора Юцковской» с жалобами на пустулезные высыпания в области лица, не имея ранее установленных диагнозов (контрольная группа).

Полученные результаты. В ходе проведения анализа медицинской документации, результатов лабораторных исследований и назначенного плана лечения, в первой группе было выявлено: у 7 пациенток (23,33%) при пересмотре диагнозов L02.0 – абсцесс кожи, фурункул, карбункул лица (57,14%) и L71 – розацеа, папуло-пустулезная форма (42,86%) был установлен диагноз L70.0 – вульгарные угри; у 10 пациенток (33,34%) – неверно установлена степень акне, что повлияло на неэффективность топического лечения при отсутствии системного; у 13 пациенток (43,33%) – не был собран гинекологический анамнез и не были назначены исследования на спектр женских половых гормонов, которые при определении в клинике нуждались в коррекции. К ведению данных пациенток был привлечен гинеколог-эндокринолог клиники. Пациенткам второй группы был установлен диагноз L70.0 – вульгарные угри (100%). Пациенткам первой и второй групп было назначено лечение угревой болезни согласно действующим клиническим рекомендациям, учитывая особенности течения заболевания. Статистически достоверно было определено, что во второй группе высыпные элементы разрешались раньше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Выводы. Эффективность наступления положительных эффектов терапии во второй контрольной группе, в отличие от опытной, позволяет определить высокую значимость наличия у врача-дерматовенеролога профессионального опыта и умения клинически мыслить. Обращает на себя внимание важность сбора подробного анамнеза, уточнения у пациенток о наличии проблем в гинекологической сфере и знания специалитом особенностей клинического проявления заболевания, а также умение проводить дифференциальную диагностику с акнеформными дерматозами для успешного и своевременного лечения угревой болезни.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул
Мерц Н.С., Ковалева Ю.С., Лазарев А.Ф., Танцеров Д.А.*

Диагностика рака кожи с помощью современных компьютерных технологий на самых ранних стадиях заболевания является очень важным вопросом и предметом большого исследования, поэтому появляются новые инновации в этой области. Меланома и плоскоклеточный рак являются раком кожи высокого риска с возможностью метастазирования, в то время как базальноклеточный рак (далее БКР) обычно локализован, с возможностью проникновения и повреждения окружающих тканей. Иногда он может иметь внешний вид, похожий на некоторые доброкачественные пигментированные поражения кожи, поэтому для дифференциации этих поражений необходима дополнительная информация. Высокоточные диагностические исследования помогут избежать ненужных удалений, в частности на лице и труднодоступных анатомических участках тела (ушные раковины, глаза, крылья носа), что может приводить к уродующим косметическим повреждениям. На ранних стадиях провести наружное лечение и избежать ненужного удаления новообразования. Ультразвук (далее УЗ) – это неинвазивный метод визуализации, который основан на измерении отражений звуковых волн от тканей организма. На более низких частотах можно визуализировать более глубокие структуры тела, такие как внутренние органы, в то время как высокочастотный ультразвук (HFUS) с частотой преобразователя 20 МГц или более имеет гораздо меньшую глубину проникновения в ткани, но создает изображение тканей и структур с более высоким разрешением ближе к поверхности кожи. При использовании в сочетании с клиническим и/или дерматоскопическим обследованием при подозрении на рак кожи HFUS может предоставлять дополнительную диагностическую информацию по сравнению с другими технологиями. Задача этой статьи – представить инновационный метод, основанный на анализе частоты тканей, для получения точной оценки рака кожи в режиме реального времени.

Цель: оценить взаимосвязь между гистологическими морфологическими подтипами БКР и ультразвуковыми признаками в режиме реального времени.

Материалы и методы: исследование точности диагностики проводилось с 2018 по 2019 гг. Все очаги поражения подвергались ультразвуковому исследованию с помощью датчиков 50 и 20 МГц. Изображения высокочастотного ультразвука (HFUS) были оценены на наличие предопределенных УЗ признаков, включая глубину, форму, границы, анэхогенную зону, гиперэхогенные пятна, эпидермальное прерывистое эхо, признак гриба, признак плоского дна и поверхностный гиперэхогенный фокус (SHEF).

Результаты: в исследование было включено 47 пациентов с БКР и 42 пациента с пигментными невусами, цитологически и/или гистологически подтвержденным диагнозом. Гиперэхогенные пятна были обнаружены во всех случаях, что является достоверным критерием при УЗИ кожи. Более высокое количество гиперэхогенных пятен было обнаружено у микронодулярных 53% (25/47случая), склерозирующих вариантов 10,6% (5/47случая) и морфеформных подтипов 6% (3/47случая) БКР. Наличие гиперэхогенных пятен показала чувствительность 79% и специфичность 53% для прогнозирования наличия злокачественного образования. БКР часто поражали подкожную клетчатку 46,8% (22/47случая), имели неправильную форму 61,7% (29/47случая) и плохо

очерченные границы 48,9% (23/47случая), в то время как большинство доброкачественных пигментных новообразований имели правильную форму 90% (38/42случая) и четко очерченные границы 83% (35/42случая). У БКР иногда выявляли анэхогенные зоны 23,8% (10/42случая) и эпидермальное прерывистое эхо 42,8% (18/42случая). Кроме того, гиперэхогенные пятна можно было обнаружить, как у БКР 70% (33/47случая), так и в невусах 64% (27/42случая) соответственно. Признаки грибов отсутствовали, признак плоского дна 35% (15/42случая) и поверхностный гиперэхогенный фокус только у 14% (6/42случая) являлись специфическими при определении невусов. Основываясь на типичных особенностях, HFUS может повысить точность идентификации БКР и его следует учитывать, когда дерматологи не уверены в типе поражения. Заключение: наличие и количество гиперэхогенных пятен в исследуемых очагах может помочь предсказать высокий риск злокачественности гистологических типов. При гистопатологическом исследовании повреждения были окончательно диагностированы как, соответственно, доброкачественная или злокачественная форма. В обоих представленных случаях HFUS оказался полезным в дифференциальной диагностике подозрительных поражений кожи. Неинвазивный и простой в выполнении, HFUS является ценным диагностическим методом в дерматологии.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И ЦЕНТРА НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГОДОВ

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., Томилин А.А., Шевченко А.Н., Козырева Е.Г.

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи (ЗНК) вместе с меланомой сегодня сохраняют лидирующие позиции, занимая около 14% в структуре онкологической заболеваемости в РФ. Статданные свидетельствуют, что активно выявляется только 30% меланом, причем пятая часть из них на поздних стадиях.

Для внедрения мероприятий скрининга ЗНК в систему здравоохранения г. Москвы в 2018 г. была создана организационная модель раннего выявления и верификации ЗНК с помощью комплекса инновационных неинвазивных технологий.

Для реализации данной модели на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (Центр) организованы «Центр неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК) и сеть «Кабинетов профилактики ЗНК», развернутых на базе его 17 филиалов. Разработан регламент оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи (НК) в Центре и утверждены схемы дальнейшей маршрутизации этих пациентов в медицинские организации столицы.

Для сокращения сроков ожидания онкологической помощи Центром заключены договоры о сотрудничестве с ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина ДЗМ, ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ» и ГБУЗ «МКНПЦ им. А.С. Логинова ДЗМ», в соответствии с которыми осуществляется направление пациентов с подозрением на ЗНК из ЦНДК на консультацию врача-онколога.

Материалы и методы. Проанализированы данные отчетных форм Центра «Отчет кабинета профилактики ЗНО кожи», «Отчет о работе ЦНДК» за период работы 2019–2021 годов, а также сведения о пациентах, направленных на консультацию к онкологу.

Результаты. За 3 года реализации программы раннего выявления ЗНК, в Кабинеты обратились 333968 пациента с НК, в т.ч. с диагнозом себорейный кератоз – 96576 чел. (28,9% от общего числа обратившихся), акрохордон – 76701 (22,9%), меланоцитарный невус – 75699 (22,7%), дерматофиброма – 32831 (9,8%), гемангиома – 14118 (4,2%), невус папилломатозный – 8156 (2,4%), актинический кератоз – 4190 (1,3%), атерома – 3481 (1,04%), кожный рог – 1456 (0,4%), невус папилломатозный врожденный – 856 (0,3%), кератоакантома – 436 (0,1%), и рядом других нозологий. Из них врачами Кабинетов для дообследования в ЦНДК направлены 19366 чел. (5,8% от общего числа обратившихся в Кабинеты пациентов). Все пациенты обследованы с использованием неинвазивных методов диагностики (дерматоскопия и видеодерматоскопия, фотокартирование кожных покровов с составлением карты и «паспорта кожи», высокочастотное УЗИ).

Врачами ЦНДК выявлено 9531 (2,8%) случая подозрения на ЗНК, в том числе 6887 пациентов с подозрением на базальноклеточный рак (1,9%), 1778 пациентов с подозрением на меланому (0,4%), 829 пациентов с подозрением на плоскоклеточный рак (0,2%) и 14 пациентов с подозрением на болезнь Педжета (0,004%).

4707 пациентов с подозрением на ЗНК были направлены на консультацию врача-онколога ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», 681 пациент – на консультацию в ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ», 702 пациента – в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ» и 5 пациентов в ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ». Остальные 4824 пациента с подтвержденными признаками ЗНК перед проведением консультации врача-онколога предварительно направлялись к врачам терапевтам для проведения дообследования и сбора необходимых медицинских документов.

По итогам обследования онкологами (по договору о сотрудничестве) ЗНК были подтверждены у 1501 человек (31,9% от числа направленных), в том числе: базальноклеточный рак у 1077 человек (17,6%), меланома у 324 человек (5,3%), плоскоклеточный рак у 60 человек (0,9%), метатипический рак у 21 человека (0,3%), болезнь Боуэна у 9 человек (0,1%), меланоз Дюбрёйля у 2 человек (0,03%), карцинома Меркеля у 1 человека (0,01%), у 4 человек (0,08%) рак других локализаций. У 636 пациентов (13,5%) по результатам дообследования выявлены доброкачественные новообразования. 2311 пациента (49%) в настоящее время проходят обследование в вышеуказанных больницах. 256 человек (5,4%) не обращались или отказались от обследования. 3 пациента (0,06%) обратились в другие лечебные учреждения.

Таким образом, консультация пациентов специалистами ЦНДК и Кабинетов позволила за период 2019–2021 гг. исключить подозрение на ЗНК у 314,6 тыс. человек.

Если бы подозрение на ЗНК было выявлено у таких пациентов в ходе диспансеризации, врач-терапевт в соответствии с требованиями порядка проведения диспансеризации обязан был бы направить их к онкологу. В этом случае расходы на ОМС и диагностику ЗНК у всех направленных к онкологу пациентов увеличились бы с учетом затрат на проведение дополнительных методов обследования, в том числе непрофильным пациентам.

Заключение. Реализуемая программа по раннему выявлению ЗНК является масштабным медико-социальным проектом, направленным на борьбу с онкологическими заболеваниями. Созданная модель позволила обеспечить раннее выявление и верификацию ЗНК с использованием неинвазивных методов диагностики, выявлять пациентов с факторами высокого риска развития меланомы с последующим их диспансерным наблюдением и учетом в Регистре пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус».

ОНИХОТРИКОМА – РЕДКАЯ ОПУХОЛЬ НОГТЕВОГО МАТРИКСА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Раводин Р.А.1, Анохина Л.С.2, Мирзоян В.Л.3, Серебрякова И.С.3

Цель: описание редкой опухоли ногтевого матрикса с вовлечением ногтевой пластины. Материал и методы: Онихоматрикома (onychomatricoma) – доброкачественная опухоль, возникающая из ногтевого матрикса. Впервые описана R. Baran и A. Kint в 1992 г., поражает с одинаковой частотой мужчин и женщин среднего возраста. Характеризуется медленным ростом с поражением всей ногтевой пластины в виде ее утолщения, увеличения поперечной кривизны, полосовидных кровоизлияний, окрашивания ногтя в желтый цвет, наличия множественных округлых отверстий на поперечном срезе ногтевой пластинки со стороны свободного края. В ГКОБ № 1 ДЗМ обратился мужчина 35 лет с жалобами на утолщение ногтевой пластины I пальца правой стопы без субъективных ощущений. При объективном осмотре пораженный ноготь утолщен, с увеличенной поперечной кривизной, бело-желтого цвета. Ногтевая пластина содержит полосовидные кровоизлияния. На поперечном срезе со стороны свободного края утолщенная ткань ногтя имеет картину в виде множественных отверстий, особенно заметных при онихоскопии. Ранее пациент получал несколько курсов системной антимикотической терапии без каких-либо результатов.

Результаты. Троекратное микологическое исследование (микроскопия + посев) – отрицательно. Пациенту выполнено хирургическое удаление ногтевой пластины I пальца правой стопы с выполнением гистологического исследования из зоны матрикса. Результаты патоморфологического исследования: сосочковые разрастания плотной фибризированной соединительной ткани, высланной несколькими рядами кубовидных эпителиальных клеток матрикса ногтя, между коллагеновыми пучками – полнокровные сосуды.

Выводы: на основании клинической картины и гистологического исследования установлен диагноз онихоматрикома. Данная опухоль должна быть внесена в дифференциально-диагностический ряд поражений ногтевых пластинок, связанных с их утолщением.

РАЗРАБОТКА ТРЕБОВАНИЙ К ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТСРОЧЕННЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения города Москвы; Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Москва; Санкт-Петербург

Раводин Р.А., Анохина Л.С., Мирзоян В.Л., Серебрякова И.С.

Цель: повысить информативность телемедицинских консультаций для диагностики меланомы кожи.

Материал и методы: учитывая актуальность ранней диагностики меланомы кожи, развитие телемедицинских технологий, дефицит специалистов экспертного уровня на местах, владеющих дерматоскопией, встает вопрос о разработке требований к предоставляемой информации

при проведении отсроченных телемедицинских консультаций. Мы провели ретроспективный анализ данных 70 пациентов (40 женщин и 20 мужчин в возрасте от 35 до 88 лет, средний возраст – 56,5 года) с морфологически подтвержденным диагнозом «меланома». Эксперты анализировали сначала клинические фото (выполненные на расстоянии 1 метра, 10–15 см и 5 см), затем дерматоскопические изображения (в режиме поляризации и без поляризации), а далее запрашивали данные из историй болезни.

Результаты: на основании клинических фото диагноз был заподозрен только у 28 пациентов (40%), при дополнительном использовании дерматоскопических изображений предварительный диагноз меланома был установлен у 58 пациентов (83%). Наиболее ценной информацией для постановки диагноза была следующая (с учетом важности): 1) возраст пациента; 2) сведения о динамике образования на коже; 3) указания на меланому в семье или ранее выявленную меланому; 4) фототип кожи. С учетом этих данных диагноз меланомы был заподозрен у 64 пациентов (91%).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о необходимости предоставления следующей информации в ходе проведения отсроченной телемедицинской консультации при диагностике меланомы кожи: 1) клинические фото (выполненные на расстоянии 1 метра, 10–15 см и 5 см); 2) дерматоскопические изображения (в режиме поляризации и без поляризации); 3) данные анамнеза (возраст пациента; сведения о динамике образования на коже; указания на меланому в семье или ранее выявленную меланому; фототип кожи).

СЛУЧАЙ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ У РЕБЕНКА

*Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург
Топычканова Е.П., Римар О.Г., Худкова А.И., Кохан М.М.*

Введение. БКК у детей встречается крайне редко, с чем связана поздняя ее диагностика и лечение. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (КЛСМ) позволяет на пребиопсийном этапе неинвазивно с высокой долей вероятности заподозрить данный диагноз.

Материалы и методы. В ГБУ СО УрНИИДВиИ с помощью конфокального лазерного сканирующего микроскопа (VivaScore 1500/3000, Lucid-Tech. Inc., Henrietta, NY; MAVIG GmbHMunich, Germany) проведена диагностика новообразования (НО) кожи левой височной области у девочки 12 лет.

Результаты. На консультативный прием обратилась пациентка Б. 12 лет с жалобами на пятнистое образование розового цвета в области левого виска, сопровождающееся незначительным чувством жжения. НО существует около 6 месяцев, появление его ни с чем не связывает, обращалась к дерматологам, лечение по поводу диагноза себорейный дерматит (топические стероиды, шампуни с антимикотическими препаратами) без эффекта, очаг постепенно увеличивается в размерах. Дерматоскопическое исследование: гомогенное розовое окрашивание, единичные линейные сосуды. Проведена КЛСМ, выявлены патогномоничные для БКК симптомы: опухолевые конгломераты с дендритными клетками, симптом «потока», множественные сосуды с активным кровотоком. Консультирована онкологом, проведена эксцизия очага, диагноз БКК подтвержден патоморфологически.

Вывод. КЛСМ позволяет неинвазивно с высокой долей вероятности заподозрить диагноз ЗНО, в том числе у детей в казуистических случаях.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАССОВОГО СКРИНИНГА НАСЕЛЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ПРОРОДИНКИ»

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород*

Ускова К.А., Шливно И.Л., Гаранина О.Е., Степанова Я.Л.

Введение. Заболеваемость раком кожи и меланомой неуклонно растет во всем мире, что приводит к проблемам общественного здравоохранения. Прогноз пятилетней выживаемости пациентов с меланомой кожи зависит от стадии, на которой она была диагностирована, в то время как немеланомный рак кожи имеет низкий риск метастатического распространения и медленный рост, но в тоже время раннее выявление может снизить сложность операции, заболеваемость и прямые затраты на лечение. Новыми технологическими решениями могут стать приложения для смартфонов. Целью таких приложений является помощь людям с беспокоящими их образованиями кожи для определения вероятности наличия у них злокачественного новообразования и получения рекомендации о срочности посещения специалиста. Приложение «ПроРодинки» предназначено для анализа новообразований кожи на основе фотографий, выполненных камерой персонального смартфона, а также набора риск-факторов.

Цель: провести анализ первых 100 000 обращений пользователей мобильного приложения «ПроРодинки».

Материалы и методы: проанализировали 100 000 изображений с загруженными от пользователя анкетными данными, данные внесли в созданные таблицы.

Результаты: приложение доступно пользователям со 2 декабря 2020 года по настоящее время. На сегодняшний день на сервере хранится более 280 000 изображений. Данные по обращениям пользователей, хранящиеся на сервере, были деперсонализированы и представлены для дальнейшего анализа. Анализ был произведен с применением пакета MicrosoftPowerBI. Приложение доступно в 85 регионах России. Наиболее активными пользователями приложения были жители г. Москвы и Московской области (24,61%), г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области (13,09%), г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области (8,44%). Среди них 66,27% – женщины; 33,73% – мужчины. Наиболее частыми пользователями мобильного приложения «ПроРодинки» были люди молодого и среднего возраста – от 18 до 44 лет (41,01%), от 45 до 59 лет (36,01%); с темно-европейским (III) – 46,92%, арийским (II) – 31,07% фототипами. Наиболее частая локализация – лицо (16,65%), нижняя часть туловища (12,67%), голень (11,96%). На вопрос о наличии в анамнезе солнечных ожогов положительно ответили – 64,16%; отрицательно – 35,84%; о времени возникновения новообразования чаще отвечали – появилось недавно (23,59%), давно, но стало меняться (20,63%). Базальноклеточный рак кожи (БКРК) встречался чаще у женщин (60,68%), меланома у мужчин (57,13%). БКРК кожи встречался чаще у арийского (II) фототипа – 48,35%, а меланома у кельтского (I) – 58,88%. На вопрос о наличии солнечных ожогов чаще положительно отвечали пользователи с меланомой в анамнезе (60,68%). Наиболее частая локализация для БКРК – лицо (71,73%), волосистая часть головы (64,46%), предплечье (55,20%), для меланомы – стопа (91,04%), нижняя часть туловища (73,63%), бедро (71,57%). БКРК чаще встречался в возрастных категориях от 45 до 85 лет (54,39–64,29%) среди злокачественных новообразований кожи, а меланома кожи от 19 до 44 лет (69,83–72,81%) среди злокачественных опухолей кожи.

Выводы. Согласно проведенному статистическому анализу первых 100 000 обращений БКРК встречался чаще у женщин, меланома у мужчин. БКРК наиболее часто встречался в возрастных категориях

от 45 до 85 лет, а меланома кожи – от 19 до 44 лет. Наиболее частая локализация для БКРК – лицо, волосистая часть головы, предплечье, для меланомы – стопа, нижняя часть туловища, бедро. БКРК кожи встречался чаще у арийского (II) фототипа, а меланомы у кельтского (I). Солнечные ожоги чаще были у пользователей с меланомой в анамнезе. Развитие новых инструментов диагностики с использованием искусственного интеллекта, таких как «ПроРодинки» потенциально могут получить широкое распространение и быть полезными как для пациентов, так и для врачей. Новые технологические решения создают перспективу для того, чтобы пациенты могли их использовать при обследовании новообразований кожи различных локализаций, также данные системы помогут дисциплинировать пользователей проводить регулярные самообследования кожных покровов, тем самым снизить процент выявления злокачественных новообразований на поздних стадиях.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

*Филиал «Юго-Западный» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия, Москва
Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П.*

У детей и подростков эпителиальные и неэпителиальные злокачественные опухоли кожи и ее придатков (меланома, различные варианты рака кожи) относятся к редким заболеваниям, в отличие от взрослых. Это приводит к недостаточному вниманию к данной проблеме как со стороны родителей, так и врачей, особенно первичного звена. У детей злокачественные опухоли кожи в структуре злокачественных новообразований всех локализаций составляют от 0,1% до 1%. Поражение кожи может быть первичным – меланома, рак кожи, так и вторичным (метастатическое поражение) – при лимфомах и мягкотканых саркомах (рабдомиосаркома, липосаркома, фибросаркома). Нередко злокачественные опухоли кожи у детей маскируются под доброкачественные опухоли и неопухольевые процессы – развитие плоскоклеточного ороговевающего рака из волосяного фолликула кожи. У детей раннего возраста к развитию злокачественных новообразований кожи предрасполагают близкородственные браки родителей ребенка, нарушение эмбрионального развития и целый ряд наследственных синдромов: пигментная ксеродерма, синдром базально-клеточного невуса Горлина–Гольца, синдром множественной невоидной базальноклеточной карциномы, нейрофиброматоз I типа, болезнь Коуден, FAMMM-syndrome. Наиболее часто рак кожи у детей возникает на фоне облигатного предрака – пигментной ксеродермы. К меланоопасным образованиям кожи у детей следует отнести: спорадические и множественные диспластические невусы в составе синдрома диспластических невусов, крупные или врожденные гигантские пигментные невусы, Спитц-невусы, невусы Ота, голубые невусы. У детей, как правило, встречается исключительно узловая форма меланомы, при этом рост опухоли начинается из клеток глубоких слоев кожи, а не из поверхностных слоев, как у взрослых пациентов. Уровень заболеваемости меланомой кожи у детей и подростков в России, по различным данным, составляет 0,65–1,1 на 1 млн, частота меланомы детей в возрасте 15–19 лет удвоилась за последнее десятилетие, но осталась неизменной в младшей возрастной группе. Приблизительно в 5% случаев меланома поражает не кожу, а другие органы – глаза, слизистую оболочку (ротоглотки, влагалища и заднего прохода). Данная опухоль нередко имеет плохой прогноз у детей, из-за особенностей развития (на фоне врожденных невусов) и узловой формы роста. Морфологическое строение опухолей кожи у детей не отличается от взрослого населения. Выбор метода лечения во многом зависит от расположения, распространенности, морфологического

строения опухолевого процесса. Выявление, наблюдение и лечение злокачественных опухолей кожи у детей должно проходить в тесном контакте врачей различных специальностей: дерматологов, онкологов, педиатров, детских хирургов, генетиков, морфологов – в этом залог успеха. За год через консультационный прием детского онколога Филиала «Юго-Западный» ГБУЗ МНПЦ ДК ДЗМ проходит до 1000 пациентов, в частности в 2021 г. было проконсультировано 636 пациентов детского возраста от 1 месяца до 18 лет (344 мальчика и 292 девочки), ни у одного не было выявлено злокачественной опухоли кожи, однако были выявлены потенциально опасные образования кожи (меланоопасные невусы).

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

Цель. Изучение некоторых показателей иммунного статуса и оценка эффективности комплексного лечения остроконечных кондилом (ОК) с использованием Nd:YAG-лазерного фототермолизиса.

Материалы и методы. У пациентов с ОК на фоне папилломавирусной инфекции (ПВИ) изучали состояние иммунной системы (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16), полиморфизм мутации Arg72 в гене p53 методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) с последующим ПДРФ (полиморфизм длин рестрикционных фрагментов) анализом. Цитокины в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (тест-системы АО «Вектор-Бест», Россия). Пациенты контрольной группы получали стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир), местно мазь (3%-диоксотетрагидрогисцитетрагидронафталин), а опытной группы ректальные суппозитории (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2 до 4 процедур с интервалами 7 дней и местно мазь (3%-диоксотетрагидрогисцитетрагидронафталин) (2 раза в день в течение 30 дней).

Полученные результаты. По данным ПЦР в биоптатах кожи у 68,6% больных с ОК был получен положительный результат на наличие HPV hr, а у 37,1% больных результат тестирования высокоонкогенных типов вируса был отрицательным. Среди 82 больных с ОК и положительным результатом, у половины выявлен вирус папилломы человека (ВПЧ, HPV) hr 16/18, у 28% – HPV hr 31/33 и у 22% сочетание HPV hr 16/18 и HPV hr 31/33 типов ВПЧ. Установлено влияние присутствия того или иного высокоонкогенного типа ВПЧ (16/18, 31/33) на характер экспрессии онкопротеина p53 и течение генитального кондиломатоза. Распределение полиморфизма p53 генотипов по аргинину гена p53 было достоверно выше у больных с ОК. Выявлена 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.

У больных ОК до начала лечения наблюдается достоверное снижение относительного количества CD3-клеток и CD4-клеток по отношению к данным здоровых лиц ($p < 0,001$). Напротив, относительное содержание CD8-клеток было достоверно увеличено ($p < 0,05$). До лечения установлено достоверное снижение концентрации как интерферона- α ($p < 0,001$), так и интерферона- γ ($p < 0,001$) по сравнению с таковыми в норме и в среднем они равнялись $37,97 \pm 0,71$ пг/мл и $16,51 \pm 0,31$ пг/мл соответственно, при $44,24 \pm 1,75$ пг/мл и $21,19 \pm 0,65$ пг/мл в норме. Это показало нарушение цитокинового статуса сыворотки крови при ОК, выражающееся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- α (фактора некроза опухоли- α) и снижением концентрации ИНФ- α и ИНФ- γ . Имунная система играет значительную роль в возникновении и развитии патологического процесса. В связи с этим при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета и цитокинового статуса. Для изучения морфологической картины ОК биопсийные материалы были подвергнуты световой микроскопии. Биоптаты ОК были взяты с очагов, расположенных в генитальной и перианальной областях. При микроскопическом исследовании ОК гениталий и перианальных областей установлены своеобразия в их строении. После внедрения вирусов в эпителиальные клетки раздражаются структурные компоненты дермы и происходит папилломатозное разрастание соединительно-тканых клеток и волокнистых структур. Следует отметить, что в биоптатах с очагов, часто рецидивирующих ОК, выявляется нарушение границ между эпидермисом и дермой, появление митозов среди эпителиоцитов и обнаруживаются диспластические процессы, которые свидетельствуют о повышении риска малигнизации ОК и развитии неопластических заболеваний гениталий. Выявлено, что у больных с ОК в основной группе эпителизация ран на слизистых оболочках в среднем завершалась за $6,9 \pm 0,16$ дня, а в группе больных, получавших традиционную терапию, – за $10,1 \pm 0,18$ дней. У больных данной группы после традиционной терапии эпителизация ран на коже прекращалась на $12,9 \pm 0,18$ день лечения. А у больных, леченных комплексно, эпителизация ран на коже заканчивалась через $8,8 \pm 0,14$ дней после лечения.

Выводы. Комплексный подход к лечению ВПЧ-ассоциированных заболеваний с учетом индивидуальных показателей пациента оказал выраженный терапевтический эффект, проявившийся восстановлением нарушений в системе иммунитета, ускорением элиминации ПВИ из покровных тканей гениталий и отсутствием рецидивов ОК.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМОЙ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Бекетов А.М., Винник Ю.Ю., Носкова Е.В.

Россия вступила в третье тысячелетие с грузом тяжелых проблем, одной из которых является глубочайший демографический кризис. Молодое поколение нашей страны стремительно теряет способность к нормальному биологическому воспроизводству. Свой вклад в это вносят и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). По нашим данным неумолимо растет число реинфицированных больных, причем 73% из них нигде не работают и не учатся, 4% употребляют наркотики, а 2% имеют судимость. В немалой степени эффективности проводимой работы по преодолению

кризисной ситуации может способствовать привлечение знаний из других разделов медицины, а именно психологии. Врач не должен забывать о том, что перед ним на приеме живой человек, а не абстрактный носитель симптомов. Учет особенностей психических процессов и личности человека может значительно повысить качество взаимодействия врача и пациента, поэтому необходимо постараться проникнуть во внутренний мир мужчины, который пришел за помощью на венерологический прием, и понять его. ИППП, как правило, наносят глубокую психическую травму, которая переживается мужчиной в зависимости от типа половой конституции и возраста, от его семейного положения, профессии и характера. Пациенты строят самые мрачные мысли относительно своего состояния, на психику мужчины также оказывает влияние информация о длительном многолетнем систематическом курсовом лечении многих воспалительных заболеваний гениталий. Продолжительное лечение влияет на производительность труда, взаимоотношения в коллективе и в семье. 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. Нами предложено несколько схем грамотного поведения врача при взаимодействии с пациентом, страдающим заболеваниями гениталий. Таким образом, учитывая особенности специфических поведенческих реакций больных с воспалительными заболеваниями половых органов, врачу-дерматовенерологу необходимо обеспечить гарантированное качество клинических услуг, соблюдение норм этики и гуманизма, а также сформировать правильный тип сексуального поведения больного для исключения повторного заражения ИППП.

СЛОЖНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВРАЧАМИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Голубева Ю.М., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Радионова Е.Е.

На фоне снижения общего уровня заболеваемости сифилисом сохраняются некоторые неблагоприятные тенденции: участилось количество случаев латентных и поздних форм сифилиса, растет число атипичных проявлений сифилиса. В структуре заболеваемости сифилисом преобладают пациенты молодого репродуктивного возраста, подростки. Проблема своевременной диагностики сифилиса сохраняет актуальность и в настоящее время. Несмотря на широкие возможности лабораторного скрининга, установление правильного диагноза зачастую представляет сложность для врача смежных специальностей. Крайне осложняет задачу тот факт, что пациенты несвоевременно обращаются за медицинской помощью в специализированные лечебные учреждения, а используемые в клинической практике методы диагностики и лечения сифилиса не всегда адекватны. Диагностика сифилиса зачастую представляет сложности, полиморфизм элементов вторичного периода сифилиса способствует еще большему разнообразию диагностических ошибок при этой форме болезни. Недаром сифилис называют «великим маскиратором» и «обезьяной всех болезней». Несвоевременная диагностика заразных форм сифилиса способствует распространению инфекции. Бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, хирургические методы лечения изменяют клиническую картину, что затрудняет диагностику и приводит к возникновению поздних и скрытых форм сифилиса,

упускаются наиболее благоприятные сроки для быстрого излечения от сифилиса, так как чем раньше начинается специфическое лечение, тем выше его эффективность. Ошибочное и несвоевременное установление диагноза сифилиса является одной из причин, способствующих распространению инфекции, развитию тяжелых, нередко приводящих к инвалидности поражений внутренних органов и нервной системы, врожденного сифилиса. Ошибка можно было бы избежать, если бы смежные специалисты и частнопрактикующие врачи, к которым обращаются пациенты, вовремя «вспомнили» бы клиническую симптоматику сифилиса, проконсультировали пациента с дерматовенерологом и провели бы полноценное клинико-серологическое обследование. Экстрагенитальное расположение шанкра, полиморфизм клинической симптоматики, атипичные формы сифилиса затрудняет диагностику. Знания указанных форм первичной сифиломы, фиксация внимания на симптомах, отличных от таковых при островоспалительных процессах, наличие сопутствующего регионарного склераденита, своевременное исследование отделяемого эрозивно-язвенных элементов, крови на серологические реакции устранили бы установление неверного диагноза. Зачастую пациенты с экстрагенитальным расположением шанкра, атипичными локализациями попадают на прием к смежным специалистам (ЛОР, проктолог, аллерголог, гинеколог, терапевт, стоматолог, а иногда и онколог), при этом ошибочно устанавливаются различные диагнозы. Также своевременную диагностику усложняет наличие скрытых форм сифилитической инфекции, которые обычно являются случайной находкой и выявляются у пациента при прохождении лабораторного скрининга при периодических медосмотрах. Пациент В., 54 лет, обратился к аллергологу в поликлинику по месту жительства с высыпаниями на коже туловища и конечностей, получал лечение дезинтоксикационными, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами без положительного эффекта, был направлен к дерматовенерологу, которым после получения результатов клинико-серологического обследования был установлен диагноз «сифилис вторичный кожи и слизистых». Пациентка М., 18 лет, в течение 2,5 месяцев наблюдалась у стоматолога с диагнозом афтозный стоматит, направлена к дерматовенерологу после появления высыпаний на коже. Пациентка Е. 38 л., наблюдалась у терапевта и лора с диагнозом «ангина», была направлена к инфекционисту с подозрением на инфекционный мононуклеоз. И таких примеров очень много... При обнаружении любого эрозивного или язвенного поражения в области промежности, перианальной области или полости рта, увеличении лимфоузлов, появлении высыпаний на коже и слизистых оболочках необходимо провести серологическое обследование. «Венерологическая настороженность» должна быть у врача любой специальности, не следует начинать лечение подобных проявлений. Больного необходимо срочно направить в профильное учреждение.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ ИЗОЛЯТОВ *S. TRACHOMATIS*, ОБНАРУЖЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ

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

Гущин А.Е., Фриго Н.В., Тюленев Ю.А.

Введение. Венерическая лимфогранулема (ВЛГ) широко распространена среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), в Европейском регионе. Массовый характер данной инфекции среди МСМ впервые был описан в 2003 году в Роттердаме (Нидерланды). С тех пор результаты наблюдения за многочисленными вспышками ВЛГ были опубликованы

разными научными группами за рубежом. Клиническая картина у пациентов-МСМ с подтвержденной ВЛГ-инфекцией всегда имела яркие проявления и выражалась в форме острых проктитов и проктоколитов, часто с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки прямой кишки, с наличием кровянистых или гнойных выделений из ануса. Быстрое развитие симптоматики и сильные болевые ощущения, как правило, служат причиной немедленного обращения таких пациентов за медицинской помощью. Причиной такой яркой манифестации клинических признаков является высокая инвазивность *S. trachomatis* серовариантов L1-L3, к которым и принадлежит возбудитель ВЛГ. Продолжающееся распространение этой инфекции в развитых странах привело к необходимости эффективно выявлять возбудитель для принятия своевременных профилактических и терапевтических мер в отношении обратившихся пациентов. Единственным надежным методом выявления *S. trachomatis* L1-L3 является полимеразная цепная реакция, которая позволяет дифференцировать L-сероварианты хламидий от других, урогенитальных, серовариантов (D-K), которые тоже часто встречаются среди МСМ. Эпидемия ВЛГ среди МСМ в Европе привела к тому, что уже среди пациентов первой вспышки в Роттердаме был обнаружен уникальный устойчивый геновариант *S. trachomatis* -L2b, ранее никогда не встречавшийся. Этот геновариант, с тех пор, регулярно и часто выявляется во время вспышек ВЛГ среди МСМ в Европе. В России эпидемиологического надзора за распространением ВЛГ не существует, а сама инфекция до 2019 года не описывалась среди населения нашей страны. Однако молекулярно-генетическое типирование изолятов ВЛГ может помочь ответить на фундаментальные эпидемиологические вопросы, что поможет противостоять продолжающейся эпидемии. Цель и задачи. Провести молекулярно-генетическое типирование изолятов *S. trachomatis* L1-L3, обнаруженных у пациентов-МСМ, имеющих клинические проявления острого проктита/проктоколита, для установления превалирующих генетических вариантов, распространенных в Москве. Материалы и методы. Проведено секвенирование генетических последовательностей гена *omp1* *S. trachomatis* из образцов биологического материала 47 пациентов-МСМ. Для предварительного подтверждения диагноза ВЛГ и определения ДНК *S. trachomatis*-LGV использовалась методика ПЦР со специфическими в отношении L-серовариантов *S. trachomatis* олигонуклеотидных праймеров и зондов. Сравнение полученных генетических последовательностей проводилось в программе BioEdit и MegaX.

Результаты. ДНК *S. trachomatis* высокоинвазивных серовариантов L1-L2 обнаружена в образцах биоматериала всех обследованных пациентов (100% (47/47)). Молекулярно-генетическое типирование позволило установить, что превалирующим геновариантом *S. trachomatis*-ВЛГ среди МСМ с проявлениями проктита/проктоколита является L2b (97% (46/47)), впервые описанный в 2003 году в Нидерландах и обнаруженный впоследствии во многих странах Европейского региона. Вариант L2 обнаружен только у одного пациента (3% (1/47)). При этом клиническая картина у пациента с L2-геновариантом не отличалась от таковой у других пациентов. Основным отличием варианта L2b являются однунуклеотидные замены, влияющие на последовательность аминокислот в позициях 162 (отличает L2b от L2) и 157, 166, 179 (отличает L2b от L1 и L3).

Выводы. Частота встречаемости ВЛГ растет в странах Европы. При этом абсолютное большинство выявляемых изолятов относится к геноварианту L2b, впервые обнаруженному в 2003 году и получившему широкое распространение. Из этого можно сделать предположение, что в Россию ВЛГ-инфекция была завезена из западноевропейских стран, а не из США, где наиболее преобладающим является вариант L2. Имеются литературные данные, подтверждающие, что эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки прямой кишки встречаются достоверно чаще именно у пациентов с L2b. Для более детального изучения молекулярно-генетических особенностей изолятов *S.*

trachomatis-ВЛГ, обнаруженных в нашей стране, и выяснения особенностей клинических проявлений в зависимости от принадлежности к определенному геноварианту, необходимо проведение дальнейших эпидемиологических исследований в отношении продолжающегося распространения ВЛГ.

РЕИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ СИФИЛИС+ВИЧ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы; Медицинский институт непрерывного образования «Московский государственный университет пищевых производств», Москва
Жукова О.В., Лосева О.К., Туаева Р.Г.*

Введение. За последние годы увеличилась доля пациентов с коинфекцией сифилис+ВИЧ. Представляет интерес эпидемиологический анализ заболеваемости в этой группе.

Цель исследования. Установить особенности эпидемиологических характеристик в этой группе больных, выделить возможные закономерности.

Результаты. Для изучения эпидемиологических характеристик взята группа из 45 пациентов с коинфекцией сифилис+ВИЧ, в которой было 38 мужчин и 7 женщин в возрасте от 27 до 57 лет (средний возраст 44,0 года). При анализе анамнестических данных и выписок из историй болезни выяснилось, что 18 из 45 пациентов (40%) болели сифилисом неоднократно, т.е. имели реинфекции сифилиса. Все 18 были мужчины, 16 – гомосексуальной ориентации и 2 – бисексуальной. В 14 случаях имела место однократная реинфекция, т.е. пациент болел и лечился по поводу сифилиса 2 раза, а в 4 случаях реинфекция повторялась дважды, т.е. пациент болел сифилисом и лечился трижды. Интервалы между заражениями варьировали по длительности от 1 года до 17 лет, но в большинстве случаев составляли от 1 до 5 лет. Первоначальный диагноз обычно был представлен ранней формой сифилиса: у 3 пациентов был диагностирован первичный, у 8 – вторичный и у 3 – ранний скрытый сифилис. В 4 случаях первоначальный уточненный диагноз остался неизвестным. Реинфекция характеризовалась 2 случаями первичного, 7 случаями вторичного и 6 – скрытого раннего сифилиса. Еще в 3 случаях, диагностированных с запозданием, были установлены асимптомный нейросифилис (2) и кардиоваскулярный сифилис (1). Вторая реинфекция (т.е. третий эпизод заболевания сифилисом) имел место в 4 случаях, и при этом вторичный сифилис был констатирован у 2 пациентов и ранний скрытый – тоже у двух. Позже у одного из них был выявлен асимптомный нейросифилис и проведено дополнительное лечение. Таким образом, группа пациентов с коинфекцией сифилис+ВИЧ характеризуется высокой частотой реинфекций, клинически проявляющихся в виде ранних форм сифилиса, большей частью – вторичного. Учитывая особенности поведения и частоту инфицирования и реинфицирования в этой группе, лечащему врачу можно рекомендовать при обследовании и ведении пациентов иметь в виду следующее: 1. Заражение сифилисом ВИЧ-инфицированного пациента часто ведет к развертыванию ранней формы сифилиса, в частности вторичного, – необходим тщательный осмотр «от макушки до пяток». 2. При серологическом обследовании обратить внимание на позитивацию и титры НТТ, а также титры РПГА и обязательно на результат ИФА (IgM), который позитивируется при реинфекции. 3. По возможности провести обследование предполагаемого источника инфицирования сифилисом. 4. Пациенту предоставить информацию о возможном повторном заражении сифилисом и мерах профилактики.

АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА У МУЖЧИН

Ким Д.Г., Сенина М.Е., Гуцин А.Е., Гомберг М.А.

Введение. Негонококковый уретрит (НГУ) является наиболее распространенным заболеванием нижних отделов урогенитального тракта у мужчин и может оказывать негативное влияние на репродуктивное здоровье как самих мужчин, так и их половых партнерш-женщин. После исключения ИППП более чем в одной трети случаев установить этиологию воспаления в уретре не удается, что отражается как на выборе адекватной этиотропной терапии, так и ее эффективности. Было показано, что причинами развития НГУ у мужчин могут быть факультативные и облигатные анаэробные микроорганизмы, многие из которых ассоциированы с одним из самых частых нарушений микрофлоры влагалища – бактериальным вагинозом (БВ). Цель. Изучить роль анаэробных БВ-ассоциированных бактерий в развитии уретрита у мужчин.

Материалы и методы. В исследование вошли образцы биологического материала из уретры и первой порции мочи (ППМ) от 166 мужчин и из влагалища 174 их половых партнерш-женщин. Из полученного материала выделяли ДНК для последующего молекулярно-биологического исследования на наличие возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, HSV1,2), генитальных микоплазм (*U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*), аэробных бактерий (*Enterobacteriaceae* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.), анаэробных бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом (*G. vaginalis*, *A. vaginae*, BVAB2,3, *Megasphaera* spp., *Leptotrichia/Sneathia* spp.), и грибов рода *Candida*. Лабораторными критериями уретрита служили обнаружение ≥ 5 ПМЯЛ и/или ≥ 10 ПМЯЛ при микроскопическом исследовании уретрального мазка и/или осадка ППМ, соответственно. Для диагностики БВ использовали критерии Амсела. Результаты. Пациенты с выявленными ИППП подлежали терапии, согласно действующим клиническим рекомендациям и были исключены из настоящего исследования. Оставшиеся мужчины были разделены на две клинические группы: Группа 1 – с клиническими и/или лабораторными признаками уретрита, Группа 2 – без уретрита (контрольная группа). В каждой группе было выделено по две подгруппы, в зависимости от наличия или отсутствия БВ у их половых партнерш: 1А(ПБВ+), 1Б(ПБВ), 2А(ПБВ+), 2Б(ПБВ-). Оказалось, что в подгруппе пациентов с уретритом и наличием БВ у половых партнерш (1А) анаэробные микроорганизмы выявляли достоверно чаще в сравнении не только со здоровыми мужчинами контрольных подгрупп (2А и 2Б), но и с теми пациентами с уретритом, у половых партнерш которых БВ не было (1Б). При этом различия в частоте выявления анаэробных бактерий в клинических подгруппах пациентов были статистически значимыми для *G. vaginalis* и *A. vaginae* ($p < 0,0001$), а также для *Leptotrichia/Sneathia* spp., *Megasphaera* spp. и BVAB2 ($p < 0,0005$; $p < 0,001$ и $p < 0,005$, соответственно). Оценка динамики изменения частоты выявления микроорганизмов в уретре и клинической картины у мужчин с уретритом до и после проведенной антианаэробной терапии клиндамицином или нифурателом показала статистически значимое снижение частоты выявления большинства анаэробных БВ-ассоциированных микроорганизмов у пациентов подгруппы 1А после проведения лечения, что коррелировало с исчезновением лабораторных признаков воспаления в уретре и положительной динамикой при оценке клинических симптомов уретрита.

Выводы. Полученные данные позволяют рассматривать анаэробные БВ-ассоциированные микроорганизмы в качестве возможных этиологических агентов развития воспаления в уретре у мужчин, что в совокупности с ранее выявленными особенностями клинического течения такого уретрита, спецификой сексуального поведения и особенностями социально-демографической характеристики пациентов дает основания выделить из НГУ с неустановленной этиологией раз-

вития отдельную форму уретрита, ассоциированного с анаэробными бактериями, и назвать такой уретрит анаэробным.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МУТАЦИЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ MYCOPLASMA GENITALIUM К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва
Кисина В.И., Романова И.В., Гуцин А.Е.*

Введение. *Mycoplasma genitalium*, относящаяся к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), ассоциирована с негонококковым уретритом у мужчин и цервицитом у женщин. Эффективность лечения *M. genitalium*-инфекции является в настоящее время сложной проблемой вследствие активно формирующейся устойчивости к антибиотикам, применяемым для элиминации возбудителя. Неудачи лечения *M. genitalium*-инфекции обусловлены инфицированием мутантными штаммами и/или формированием мутаций в процессе лечения антибактериальными препаратами. Одним из основных факторов, способствующих увеличению темпов развития антибиотикорезистентности *M. genitalium*, является неадекватное лечение заболевания.

Цель. Проанализировать практику ведения пациентов с *M. genitalium*-инфекцией в филиалах МНПЦДК ДЗМ.

Задачи. Охарактеризовать клинические наблюдения формирования мутаций устойчивости *M. genitalium* в процессе лечения заболевания антибактериальными препаратами.

Материалы и методы. Объектом данного исследования явились клинические данные 2 пациентов с *M. genitalium*-инфекцией, наблюдавшихся в филиалах МНПЦДК ДЗМ.

Результаты. 1. На прием обратился мужчина М., 60 лет, с жалобами на скудные слизистые выделения из уретры по утрам в течение 4 дней. Женат, имеет случайные половые связи без использования барьерных средств защиты. Сопутствующие заболевания и ИППП в анамнезе отрицает. Самостоятельно не лечился. При физикальном обследовании выявлена гиперемия в области наружного отверстия уретры; при микроскопическом исследовании биоматериала уретры – полиморфно-ядерные лейкоциты (ПМЯЛ) 4–6 в п/з; методом ПЦР – обнаружены *M. genitalium* (дикий тип, без мутаций). Назначена терапия джозамицином по 500 мг х 3р/д 10 суток с рекомендацией контрольного обследования через 3–4 недели после завершения лечения. На повторном приеме у больного выявлены скудные уретральные выделения, гиперемия в области наружного отверстия уретры. При микроскопическом исследовании количество ПМЯЛ составило 10–12 в п/з; методом ПЦР вновь обнаружены *M. genitalium*, при этом клинический изолят сохранил мутации устойчивости к 16-членным макролидам (A2062G). Рекомендовано лечение азитромицином 500 мг 1-й день, затем по 250 мг – 4 суток. Результаты контрольного обследования через 3 недели продемонстрировали клиническое излечение; при микроскопическом исследовании – количество ПМЯЛ 1–2 в п/з; по данным ПЦР *M. genitalium* не выявлены. Данное клиническое наблюдение демонстрирует формирование мутаций устойчивости *M. genitalium* в процессе лечения антимикробным препаратом из группы 16-членных макролидов. 2. Пациент Р., 34 года, обратился на прием с жалобами на выделения из мочеиспускательного канала. Не женат, имеет различные половые контакты без использования барьерных средств защиты. Самостоятельно принимал ципрофлоксацин 500 мг 1р/д в течение 5 дней без эффекта. При обследовании определяются выделения из уретры светло-желтого цвета. Результаты микроскопического исследования: ПМЯЛ 2–3 в п/з количество; методом ПЦР обнаружены *M. genitalium* (дикий тип, без мутаций). Больному рекомендовано лечение: джоза-

мицином по 500мг х 2 р/д 10 дней. При повторном обследовании через 3 недели после лечения методом ПЦР вновь выявлены *M. genitalium* (мультирезистентный штамм, содержащий мутации устойчивости к макролидам A2062T и фторхинолонам G259T). В данном случае, возможно, произошло формирование мутаций резистентности *M. genitalium* вследствие неконтролируемого самостоятельного приема препарата из группы фторхинолонов и последующего неадекватного назначения режима дозирования препарата из группы макролидов.

Выводы. Развитие антибиотикорезистентности *M. genitalium* является актуальной проблемой настоящего времени. Представленные клинические наблюдения демонстрируют различные механизмы формирования мутаций устойчивости *M. genitalium* к противомикробным препаратам у двух пациентов амбулаторного приема.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

*Кисина В.И., Фриго Н.В., Мусакова М.В., Гуцин А.Е.,
Хачатурян А.Ю., Татевосян К.А., Каленов М.В.*

Цель. Охарактеризовать частоту и характер экстрагенитальных ИППП у женщин в дерматовенерологических учреждениях московского региона.

Задачи исследования. Изучить частоту сочетанных и изолированных экстрагенитальных форм ИППП у женщин, обратившихся в филиалы МНПЦДК ДЗМ.

Материалы и методы. В течение 2021 года в 3 филиалах МНПЦДК ДЗМ проведено исследование 153 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, из которых 65 (42,5%) имели симптомы урогенитальных заболеваний; 68 (44,4%) обратились для профилактического обследования; 7 (4,6%) – как половые партнерши больных ИППП; 1 (0,7%) – при планировании беременности; 10 (6,5%) и 2 (1,3%) – по направлению смежных специалистов: гинеколога и уролога. На каждую пациентку заполнялась анкета для оценки факторов риска ИППП и проводилось клиническое и лабораторное обследование. Для идентификации возбудителей ИППП применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Получение биологического материала осуществлялось у всех пациенток как из урогенитальных, так и из экстрагенитальных локусов (ротоглотка, аноректальная область, конъюнктив глаза) в отдельные пробирки одноразовыми инструментами. **Результаты.** У 24 (15,7%) из 153 женщин выявлены невирусные ИППП, у 17 (11,1%) – вирусные ИППП (аногенитальные бородавки, аногенитальный герпес), у 24 (15,7%) – бактериальный вагиноз, у 17 (11,1%) – условно-патогенные микроорганизмы, у 71 (46,4%) – патологии не выявлено. При этом этиологические агенты вирусных ИППП с помощью ПЦР выявлены у 12 (70,6%) из 17 женщин. Только из урогенитальных локусов возбудители невирусных ИППП выявлены у 15 (9,8%) из 153 пациенток: *S. trachomatis* – у 5, *N. gonorrhoeae* – у 4, *Mycoplasma genitalium* – у 3, сочетание *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* – у 1; *S. trachomatis* в сочетании с *Mycoplasma hominis* и *Gardnerella vaginalis* – у 1, *N. gonorrhoeae* в сочетании с *Candida alb.* – у 1; возбудители вирусных ИППП обнаружены у 12 (7,8%) из 153: вирус папилломы человека (ВПЧ) – у 10 (6,5%), в том числе ВПЧ 16 типа – у 6 (3,9%), ВПЧ 6 типа – у 4 (2,6%); вирус простого герпеса (ВПГ) I/II типа – у 2 (1,3%). Наиболее часто выявляемыми возбудителями невирусных ИППП были *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*, которые выявлялись с одинаковой частотой; среди возбудителей вирусных ИППП преобладал ВПЧ (83,3%) обследованных. Только из экстрагенитальных локусов (прямая кишка, ротоглотка) возбудители невирусных ИППП

были выявлены у 5 (3,3%) из 153 пациенток: *S. trachomatis* в ротоглотке – у 1, *S. trachomatis* в аноректальной области – у 1, *N. gonorrhoeae* в аноректальной области – у 2, в аноректальной области и ротоглотке *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* – у 1 пациентки. Из аноректальной области возбудители невирусных ИППП выявлялись чаще (4 из 5), чем из ротоглотки (2 из 5). Частота обнаружения возбудителей невирусных ИППП (*S. trachomatis* и/или *N. gonorrhoeae*) только из экстрагенитальных локусов (прямая кишка, ротоглотка) среди общего числа женщин с выявленными ИППП (24 пациентки) составила 20,8% обследованных. Одновременно из урогенитальных и экстрагенитальных локусов возбудители невирусных ИППП были выявлены у 4 (2,6%) из 153 пациенток. Таким образом, в экстрагенитальных локусах (изолированно или в сочетании с урогенитальными) возбудители невирусных ИППП были обнаружены у 9 (37,5%) из 24 пациенток с ИППП. Наиболее частыми или единственными возбудителями при поражении экстрагенитальных очагов были *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*.

Выводы. Согласно полученным данным, частота выявления экстрагенитальных форм гонококковой и/или хламидийной инфекций у женщин достаточно высокая и составляет 37,5% среди выявленных ИППП, в связи с чем необходимо включать экстрагенитальные локусы в протоколы обследования женщин на ИППП, что отразится на достоверности статистических показателей заболеваемости и позволит назначить адекватное лечение пациенткам с ИППП.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЛИКВОРОДИАГНОСТИКИ ПРИ РАННЕМ СИФИЛИСЕ

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

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

Нейросифилис (НС) – единственная нейроинфекция, при которой выраженные изменения в ликворе не всегда сопровождаются клинической симптоматикой. Бледная трепонема, проникая в нервную систему в период диссеминации, не всегда вызывает НС. В одних случаях это асимптомное персистирование, а в других – транзитное присутствие. Эффективная организация здравоохранения позволила снизить уровень заболеваемости сифилисом с 100–116 случаев на 100 тыс. в 40-х годах XX века до 4,3 случаев на 100 тыс. в 1989 г. в СССР. Согласно официальной статистике – случаи НС были единичными, не более 20 в год во всем СССР. С 1990 отмечается рост заболеваемости, достигшей к 1997 г. 277,3 на 100 тыс. населения РФ, что в 64 раза выше уровня 1989 г. НС не теряет актуальности. Так, в 2021 году в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» диагноз НС установлен 11 пациентам. Данная цифра не отражает истинный объем заболеваемости, так как многие пациенты категорически отказываются от проведения ликворологического исследования. Два клинических случая НС: Пациент Р., 1978 г.р. в декабре 2021 года направлен на консультацию в Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса (МГРЦДС) из филиала МНПЦДК, где состоит на учете по А51.3, реинфекция от 2018. С 2012 г. состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции, получает АРВТ. Согласно анамнестическим данным, по поводу А51.5 от 2014 получил специфическое лечение цефтриаксоном по 1.0 в/м № 20, в 2016 году проведено дополнительное лечение в аналогичном объеме. В 2017 году снят с учета с отрицательной РМП. По поводу А51.3, реинфекция от 26.01.2018 проведено специфическое лечение бициллином-3 в курсовой дозе 18 млн ЕД, в апреле 2021 года снят с учета с отрицательной РМП. В начале мая 2021 года пациент обратился в филиал «Черемушкинский» для обследования после случайной половой связи – РМП 3+, ИФА сумм. АТ + 6.2, РИФ 2+/3+, РИБТ 65% С 24.05.2021 по 21.06.2021 находился в ИКБ

№ 2 с диагнозом U07.1, за время госпитализации получил р-р цефтриаксона по 1,0 в/в 2 раза в сутки в течение 10 дней. В эпискризе хирургом описана язва мошонки, которая разрешилась на фоне лечения. В ноябре 2021 повторно обследован в филиале «Черемушкинский» РМП 4+ 1/4, РПГА 4+, ИФА сумм. АТ + 17,0 и направлен на консультацию в МГРЦДС. При обследовании в МГРЦДС: -РМП 3+1/2, РПГА 4+1/1280, ИФА сумм. АТ>16,1, IgM (-), IgG + 9,4 – осмотрен смежными специалистами, проведена ЭХО-КГ – специфическая патология не выявлена. В ликворе от 24.12.21: цитоз 5,0x106/л, белок 0,7 г/л, РМП, VDRL отрицательная, РПГА 4+1/640, ИФА сумм. АТ 13,8, РИФ-ц 4+, РИБТ 52%. Установлен диагноз А52.2. В настоящее время получает специфическое лечение. Пациент Г., 1984 г.р., направлен на консультацию в МГРЦДС из филиала «Хорошевский» в январе 2022 г. С 03.08.2021 по поводу А51.3 получил специфическое лечение цефтриаксоном по 2,0 в/м № 20. До лечения РМП отрицательная, РПГА 4+, ИФА сумм. АТ + 5,9, IgM (-), IgG 8,8. В январе 2022 обратился с целью обследования в связи с высыпаниями в ротовой полости и на коже туловища, конечностей. При обследовании – РМП 4+ 1/256, РПГА 4+ 1/81920, ИФА сумм. АТ 17,2, IgM + 9,1, IgG + 9,3. На момент обращения в МГРЦДС у пациента специфическая ангина, регионарный лимфаденит, обильная розеола туловища, конечностей, в связи с чем с предварительным диагнозом А51.3, реинфекция пациент госпитализирован в стационар. В ликворе: цитоз 4,3x106/л, белок 0,66 г/л, РМП отрицательная, РПГА 4+1/1280, ИФА сумм. АТ> 16,7, РИФ-ц 3+, РИБТ 52%. Установлен диагноз А51.4 (розеола туловища, конечностей, специфическая ангина, подчелюстной лимфаденит, асимптомный сифилитический менингит), начато специфическое лечение. Обращает на себя внимание отказ пациентов от обследования половых партнеров, что в свою очередь способствует распространению сифилиса и реинфекциям. В первом случае отказ от ликворологического обследования в прошлом не дает возможности определения сроков специфического поражения нервной системы. Несмотря на проведенное лечение цефтриаксоном, вероятный факт реинфекции (учитывая заключение хирурга, регресс проявлений на фоне лечения) – лечение в данном случае проводится по схемам позднего НС в интересах здоровья пациента. Оба случая подтверждают тот факт, что инвазия бледной трепонемы в нервную систему не всегда сопровождается клиническими симптомами. Клинические примеры показывают необходимость ликворологического обследования не только пациентов с поздними и неуточненными формами сифилитической инфекции, но и пациентов с вторичным сифилисом и реинфекциями.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕАКЦИИ ЯРИША– ГЕРКСГЕЙМЕРА–ЛУКАШЕВИЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ФИЛИАЛА «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО»

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 города Москвы

Маркова Я.М., Хамаганова И.В., Родионова Е.Е.

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся полиорганным поражением, прогрессирующим течением. Антибактериальная терапия при сифилисе может осложняться реакцией Яриша–Герксгеймера–Лукашевича – системным транзитным шокоподобным состоянием, возникающим после начала лечения. Эта реакция впервые была описана в литературе Адольфом Яришем (Австрия, конец XIX века), когда он заметил обострение кожных высыпаний

у пациента с сифилисом после начала лечения ртутным соединением. В начале 1900-х годов аналогичное явление описал Карл Герксгеймер (Германия), а в начале XX века независимо от других исследователей профессор В. Лукашевич описал спирохетную лихорадку при сифилисе. Клинически реакция обострения развивается в первые сутки от начала антибактериальной терапии и характеризуется чаще всего появлением озноба и лихорадки (до 39°C, иногда выше). При вторичном сифилисе розеолезные и папулезные эфлоресценции становятся более многочисленными, яркими, отечными, иногда элементы сливаются за счет их обилия, отмечается появление вторичных сифилидов на интактных местах.

Реакция обострения обычно разрешается самостоятельно или может быть купирована симптоматическим лечением. Однако требуется особое внимание при лечении соматически отягощенных пациентов, а также при наличии микст-инфекции.

Главную роль в развитии реакции обострения в настоящее время отводят цитокинам, высвобождающимся при стимуляции мононуклеарных клеток продуктами распада спирохет. Ключевыми из них являются интерлейкины 6,8 (IL-6,8) и факторы некроза опухоли (TNF). Также обнаружена связь между концентрацией С-реактивного белка (СРБ) в крови до начала антибактериальной терапии и более тяжелым течением реакции Яриша–Герксгеймера–Лукашевича.

В период с 01.01.2021 по 01.01.2022 в стационаре филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» проходило лечение 616 пациентов с сифилисом, из них 81 (13%) с диагнозом А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (женщин 15 (19%), мужчин 66 (81%)). Курс специфического лечения бензилпенициллином получили 67 (83%) пациента, цефтриаксоном 14 (17%) пациентов. Реакция обострения Яриша–Герксгеймера–Лукашевича наблюдалась у 13 (16%) пациентов, из них 12 (92%) получали бензилпенициллин, 1 (8%) цефтриаксон.

Специфическая реакция осложнения в ходе лечения возникла у 13 мужчин в возрасте от 20 до 52 лет, в среднем у пациентов старше 30 лет. Клинически реакция проявилась в виде лихорадки (от 37,8 до 39,5С), обострения уже имеющихся и появлении новых пятнисто-папулезных высыпаний, общего недомогания, головной боли. 12 пациентам (92%), у которых развилась реакция обострения, были назначены антигистаминные препараты 1 поколения, анальгетики, антипиретики с положительным эффектом, 2 пациентам (13%) с ВИЧ-инфекцией с тяжелым течением обострения дополнительно были назначены внутримышечные инъекции преднизолона 60 и 30 мг в первые двое суток от начала антибактериальной терапии.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что реакция обострения Яриша–Герксгеймера–Лукашевича является актуальной проблемой при лечении пациентов с вторичным сифилисом и требует особого внимания у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП (N. GONORRHOEAE, C. TRACHOMATIS, M. GENITALIUM T. VAGINALIS) В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ ПАЦИЕНТОВ

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

Негашева Е.С., Гуцин А.Е., Фриго Н.В., Полевщикова С.А., Урпин М.В., Васильцова М.Ю., Заторская Н.Ф.

Актуальность. К числу наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, регистрируемых в РФ, относятся инфек-

ции, вызываемые бактериальными и протозойными патогенами – *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. Vaginalis*. В 2019 году доля этих инфекций в структуре всех ИППП, подлежащих официальной регистрации, составила 59,5%, в 2020 году – 59,4%. Если сюда добавить еще пациентов с нерегистрируемой *M. genitalium*-инфекцией, то этот процент будет еще выше. Существует ряд работ зарубежных и отечественных исследователей, свидетельствующих о том, что концентрация возбудителей, или бактериальная нагрузка, может играть важную роль при ответе на лечение антимикробными препаратами. В то же время в современной литературе отсутствуют данные о проведении рутинной процедуры определения бактериальной нагрузки.

Результаты. В 2021 году обследованы пациенты с выявленными ИППП (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*), находящиеся под динамическим наблюдением в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы. Проанализированы результаты обследования большой когорты пациентов с ИППП (1082 человек) в возрасте от 16 до 68 лет, выявленных в городе Москве, среди которых преобладали мужчины (77,9%). Число женщин составило 22,1% от общего числа обследованных. Для установления определения бактериальной нагрузки возбудителей использован метод мультиплексной ПЦР в реальном времени «АмплиПрайм-NCMT» (ООО НекстБио) в количественном формате. Наиболее частой инфекцией, выявлявшейся среди пациентов, оказалась урогенитальная хламидийная инфекция, обнаруженная у 45,9% пациентов. Значительно реже у пациентов выявлялась гонококковая инфекция (у 29,5% пациентов), *M. genitalium*-инфекция (у 20,1% пациентов) и трихомониаз (у 4,5% пациентов). В результате проведенного исследования было отмечено, что у большинства пациентов с ИППП, разделенных по инфекциям (кроме мужчин с гонококковой инфекцией), преобладала низкая концентрация возбудителей ИППП в биологическом материале (до 104 ГЭ/мл). Это касалось: урогенитальной хламидийной инфекции, где преобладали пациенты с низкой концентрацией ДНК *C. trachomatis* (до 104 гз/мл), как среди мужчин (60,3%), так и среди женщин (72,8%), *M. genitalium*-инфекции, где среди пациентов преобладали лица с низкой бактериальной нагрузкой (61,3% мужчин и 72,8% женщин), а также трихомонадной инфекции, где преобладали пациенты с низкой протозойной нагрузкой (у 84,7% мужчин и у 54,2% женщин). Исключение в распределении величины бактериальной нагрузки среди пациентов с ИППП составила гонококковая инфекция. В данной группе пациентов (где мужчин было в 4,3 раза больше, чем женщин) среди женщин, так же, как и в предыдущих группах пациентов, преобладали лица с низкой концентрацией возбудителей в биологическом материале, которые составили 51,7% от общего числа обследованных женщин. Вместе с тем среди мужчин преобладали лица с высокой бактериальной нагрузкой ДНК *N. gonorrhoeae* (более 104 ГЭ/мл), которые составили 72,6% от общего числа обследованных мужчин, их число было в 1,8 раза больше, чем число лиц с низкой концентрацией возбудителя среди мужчин.

Выводы. При обследовании большой когорты больных ИППП (1082 человека) впервые выявлено преобладание низкой концентрации возбудителей (менее 104 ГЭ/мл) в биологическом материале пациентов. Исключение составила гонококковая инфекция у мужчин, среди которых преобладали (72,6%) лица с высокой бактериальной нагрузкой (более 104 ГЭ/мл). Полученные результаты показывают, что определение концентрации возбудителей в биологическом материале пациентов может явиться важным дополнением к процедуре обследования пациентов с ИППП, т.к. позволит перейти на персонализированный подход к лечению пациентов, более обоснованный с точки зрения предупреждения избыточного токсичного влияния высоких доз антимикробных препаратов на пациентов и более выгодный с экономической точки зрения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТЫХ ФОРМ СИФИЛИСА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Петров А.А., Блинкова Н.С.

За последние годы наблюдается увеличение числа пациентов со скрытыми формами сифилиса без клинических проявлений, что на сегодняшний день является одной из актуальных проблем венерологии. Несмотря на внедрение широкого спектра серологических тестов как нетрепонемных (РМП, RPR), так и трепонемных (ИФА, РПГА), серологическая диагностика скрытых форм сифилиса не всегда достоверна. Это связано с тем, что трепонемные тесты могут давать ложноположительные результаты при невенерических трепонематозах, спирохетозах, аутоиммунных и онкологических заболеваниях и не могут быть использованы для контроля эффективности терапии. Поэтому дифференциальная диагностика скрытых форм сифилиса является сложной и иногда спорной.

Одним из основных методов диагностики сифилиса в КГБУЗ КККВД № 1, в целях подтверждения, применяется метод иммуноблоттинга (ИБ). Данный метод обладает высокой степенью чувствительности и специфичности. Для обозначения отдельных белков *Treponema pallidum* была предложена специальная номенклатура, в соответствии с которой формат обозначения включает префикс TrN (для референсного штамма *Treponema pallidum* Nichols), величину молекулярной массы в килодальтонах и дополнительный буквенный постфикс для различных полипептидов с разной молекулярной массой. Основными антигенами, применяемыми в серодиагностике сифилиса, являются рекомбинантные аналоги поверхностных и мембранных белков *Treponema pallidum* – TrN15, TrN17, TrN47, TrpA, разделенных гель-электрофорезом.

С целью установления частоты ложноотрицательных и ложноположительных реакций с использованием трепонемных тестов нами были обследованы 100 пациентов с помощью ИБ и реакции иммунофлюоресценции абсорбционной (РИФаБс) в параллели за 3 года (2019–2021 гг). В зависимости от результатов исследования трепонемных тестов пациенты были разделены на 3 основные группы: группа № 1 (отрицательные) – трепонемные тесты отрицательные, группа № 2 (положительные) – трепонемные тесты положительные, группа № 3 (сомнительные) – один из трепонемных тестов был или отрицательным, или сомнительным. В группе № 1 результаты трепонемных тестов были подтверждены ИБ и РИФаБс, в группе № 2 результаты ИБ и РИФаБс так же дали положительный результат. Это подтверждает чувствительность и специфичность параллельной постановки двух трепонемных тестов (ИФА, РПГА), что в свою очередь показывает нерациональность назначения в этих случаях ИБ и РИФаБс. В группе № 3 в 65% случаев при сомнительных результатах трепонемных тестов ИБ и РИФаБс дали положительные результаты. В 8% случаев метод ИБ дал неопределенный результат. В данной группе назначение ИБ и РИФаБс считаются обоснованными.

Таким образом, методы ИБ и РИФаБс имеют высокую чувствительность при диагностике сифилиса, превышающую чувствительность других трепонемных тестов. Однако необходимо отметить, что ни один из серологических трепонемных методов не дает 100% специфичность, а для постановки диагноза необходимо привлечение всего комплекса специфических (трепонемных) диагностических тестов.

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.

Пандемия COVID-19, на наш взгляд, незначительно повлияла на плановое посещение и обследование больных в амбулаторно-поликлиническом отделении, в том числе и на идентификацию инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Так, например, в 2018 году, до пандемии, для выявления гонококковой инфекции проведено исследований методом микроскопии гонококковой инфекции среди 8333 мужчин и 3104 женщин. В 2019 году количество исследований стало постепенно снижаться: у мужчин было выполнено 5996 исследований и 2454 у женщин. Общее снижение исследований от уровня 2018 году составило 28% среди мужчин и 21% среди женщин. В 2020 году, в период пандемии, количество исследований по сравнению с 2019 годом стало значительно меньше: 4495 у мужчин и 1448 у женщин, что в свою очередь свидетельствует о снижении показателей от уровня 2019 года: 26% среди мужчин и 41% среди женщин. В 2021 году количество проведенных исследований незначительно увеличилось: 4609 у мужчин и 1880 у женщин. В процентном соотношении увеличение, в сравнении с 2020 г., составило 3% среди мужчин и 23% среди женщин.

При проведении анализа положительных результатов с обнаружением *N. gonorrhoeae* методом микроскопии мазка из гениталий, окрашенного по Граму, были получены следующие данные: в 2018 году количество положительных исследований было среди мужчин 132, среди женщин – 21. В 2019 году гонококковая инфекция выявлена в 136 случаев у мужчин и в 20 среди женщин. В 2020 году изучаемые показатели находились на уровне 2019 года: 134 пациента среди мужчин и 21 пациент среди женщин. В 2021 г. наблюдался значительный рост выявленной гонококковой инфекции среди мужчин (183 пациента), но не среди женщин (19 пациентов). Если провести сравнительный анализ за 2018–2021 годы роста общего числа случаев обнаружения гонококка среди мужчин и женщин, то идентификация *N. gonorrhoeae* составила 38,6% и -9,5% соответственно. Доля положительных обследуемых в отношении мужчин/женщины была за 2021 год 9,6 к 1.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что на фоне пандемии и стабилизации заболеваемости гонореей при росте обнаружения гонококковой инфекции у мужчин в условиях КВД пациентам стало удобнее посещать бюджетные клиники, которые оказывают услуги по диагностике и лечению ИППП.

КОИНФЕКЦИЯ ВИЧ/СИФИЛИС В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ ПОРАЖЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург

Прожерин С.В.

По последним оценкам ВОЗ, глобальная распространенность сифилиса среди населения в возрасте 15–49 лет составляет 0,5% и не имеет от-

личий по гендерному признаку. На основании обзора 37 исследований, проведенных в разных странах мира, S. Kalichman и соавт. установили, что среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), превалентность сифилиса может достигать 9,5%. В последние годы в ряде стран мира с высоким уровнем дохода наблюдается возрождение сифилиса и регистрируется рост числа случаев коинфекции ВИЧ/сифилис. Понимание различных аспектов взаимодействия между сифилисом и ВИЧ-инфекцией приобретает все большее практическое значение из-за уникальной синергии между этими ИППП. Цель. Проанализировать возрастно-половой состав ЛЖВ, страдающих сифилисом, изучить структуру клинических форм сифилиса за период 2019–2021 гг.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 202 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 19 до 69 лет, состоящих на учете в ГАУЗ «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (ОЦ), в медицинских картах которых по состоянию на 01.01.2022 г. содержится информация о вновь установленном диагнозе сифилиса в 2019–2021 гг. В зависимости от года диагностики сифилиса больные разделены на три группы: первую (2019 г.), вторую (2020 г.) и третью (2021 г.). В 1-ю группу вошли 50 (34 мужчины и 16 женщин), во 2-ю – 67 (60 мужчин и 7 женщин) и в 3-ю – 85 (64 мужчины и 21 женщина) пациентов с коинфекцией. При оценке статистической значимости различий использовался критерий χ^2 .

Результаты. Из 202 больных с коинфекцией 132 (65,3%) состояли на диспансерном учете в ОЦ с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией: в 1-й группе – 62%, во 2-й – 67% и в 3-й – 64%. Остальным пациентам сифилис диагностирован при постановке на учет в ОЦ, или сифилис и ВИЧ выявлены одновременно в медицинских учреждениях региона. Среди больных с коинфекцией в целом преобладали мужчины – 158 (78,2%), из которых 81 (51,3%) практиковали однополые сексуальные отношения (МСМ). Возраст (Me) выявления сифилиса у пациентов в 1-й и 3-й группах составил 37 лет, во 2-й – 35. При этом сифилис диагностировался у женщин в более старшем возрасте, чем у мужчин: в 1-й группе (M±m) 40,1±1,6 против 34,3±1,5 лет, во 2-й – 44±3,4 против 33,9±1,1 лет, в 3-й – 43,3±2,1 и 36,1±1,3 лет соответственно. В общей структуре сифилиса ранние формы составили в 1-й группе 54% (первичный сифилис – 6%, вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек – 36%, ранний сифилис скрытый – 12%), во 2-й группе – 85% (9%, 40% и 36% соответственно) и в 3-й – 58% (6%, 38% и 14%); доля позднего сифилиса (шифр A52.0 – A52.9 по МКБ-10) соответственно равнялась 46%, 15% и 42%. Ранний сифилис статистически значимо чаще регистрировался во 2-й группе в сравнении с 1-й ($\chi^2=13,654$; $p=0,00022$) и 3-й ($\chi^2=13,355$; $p=0,00026$), при этом значимой разницы между 1-й и 3-й группами, напротив, не установлено ($\chi^2=0,17$; $p=0,67994$). Причиной резких изменений в 2020 г. могла послужить ситуация, связанная с пандемией COVID-19. Поздние формы сифилиса в ОЦ диагностировались преимущественно при постановке на учет по поводу выявленной ВИЧ-инфекции либо при длительном уклонении пациентов от диспансерного наблюдения. В целом в период 2019–2021 гг. поздний сифилис регистрировался статистически значимо чаще ($\chi^2=41,721$; $p<0,00001$) у женщин (75%), чем у мужчин (22,8%). В то же время среди ВИЧ-позитивных МСМ выявлялся преимущественно вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (56%), ранний сифилис скрытый (25%), а также первичный сифилис (11%); лишь 8% страдали поздним сифилисом скрытым.

Выводы. Ретроспективный анализ показал, что среди больных с коинфекцией ВИЧ/сифилис преобладают лица с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией, превалируют мужчины. Среди МСМ региона, включая ВИЧ-инфицированных, формируется новая ядерная группа по сифилису. Динамика у ВИЧ-позитивных женщин регистрируется в более старшем возрасте, чем у мужчин с положительным ВИЧ-статусом. Наблюдаемые изменения в структуре клинических форм сифилиса среди ЛЖВ в 2019–2021 гг. свидетельствуют о нестабильной эпидемиологической

ситуации по заболеваемости сифилисом в данной когорте. Проведение серологического скрининга на сифилис ЛЖВ при установлении диагноза ВИЧ-инфекции и далее ежегодно позволяет активно выявлять случаи коинфекции. Всем больным с сифилисом при неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ-статусе показано обследование на наличие антител к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и антигена ВИЧ p24, при негативном результате – повторное тестирование через 6 месяцев.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 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.

Нейросифилис (НС) – поздняя форма инфекции, вызванной *Treponema pallidum*, при которой происходит поражение центральной и периферической нервной системы, что нередко приводит к инвалидизации, а иногда и к смерти. В последнее десятилетие в нашей стране наблюдался рост заболеваемости поздними формами сифилиса, включая НС. Похожая тенденция отмечается в Ростовской области.

Цель исследования – для оптимизации организационных и лечебно-профилактических мероприятий в Ростовской области в отношении нейросифилиса проанализировать современное состояние этой проблемы в регионе.

Материалы и методы. В качестве источников информации были использованы категоризированные сведения из статистических отчетных форм по административным территориям Ростовской области за период 1999–2017 гг., содержащие данные о зарегистрированных заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе сифилисом всего 46 321 случай, из них нейросифилис – 1157 случаев.

Результаты. В процессе исследования удалось выявить существенные изменения структуры заболеваемости различными формами сифилиса по мере развития его эпидемии в Ростовской области. На ранних этапах эпидемиологического процесса преобладали ранние формы сифилиса. При этом поздние формы, НС в частности, занимали незначительное место в структурной иерархии. По мере затухания эпидемии в структуре стали преобладать поздние его формы. Особенно убедительно такие изменения произошли за последние пять лет наблюдения с 2013 по 2017 годы. В этот период наибольшей структурной значимостью выделялся сифилис скрытый, не уточненный как ранний или поздний, A53.0 – 43,5±1,52% (1 ранговое место), а также НС – 18,2±1,19% (3-е ранговое место), в то же время ранние формы сифилиса (сифилис первичный, сифилис вторичный кожи и слизистых, сифилис скрытый ранний) занимали всего лишь 36,72% в структуре общей заболеваемости. Установленные колебания структурной значимости различных форм сифилиса в Ростовской области в целом соответствовали основным законам течения эпидемиологического процесса, с одним исключением – беспрецедентного роста структурной значимости НС. Используя метод нелинейного трендового анализа нам удалось построить математическую модель динамики нейросифилиса в Ростовской области. Изменение заболеваемости НС характеризовалась степенной кривой ($Y_t=0,116 \cdot X^{1,275}$), которая демонстрирует однонаправленный, с постоянным ускорением, рост заболеваемости при увеличении показателей абсолютного прироста к концу изучаемого периода. Темп прироста в среднем составлял + 27,98%. Установлены некоторые различия моделей изменения заболеваемости НС для городского и сельского населения. Модель динамики заболеваемости среди городского населения характеризовалась степенной кривой ($Y_t=126+0,197 \cdot X^{1,277}$), т.е. резким одновременным ростом. Для сельского населения математическая модель определялась прямолинейной функцией ($Y_t=0,004+0,197 \cdot X$), т.е. плавным

ростом с относительно небольшим темпом прироста заболеваемости. Предложенные нами математические модели динамики заболеваемости НС явились статистически достоверными ($p < 0.01$). Коэффициент корреляции с фактическими данными составил 0.847. Приведенные результаты указывают на высокую информативную ценность построенных математических моделей динамики заболеваемости НС. Они могут использоваться для экстраполяционного прогноза заболеваемости НС и на их основании осуществлять планирование лечебно-оздоровительных и эпидемиологических мероприятий. Таким образом, при выполнении настоящей работы использованы многолетние динамические наблюдения (1999–2017 гг.) за заболеваемостью населения Ростовской области сифилисом (46321 случай) и нейросифилисом (1157 случаев). Применялись современные методы комплексных исследований эпидемиологического типа, а также оценка аналитических данных. В результате проведенной работы получены новые, ранее неизвестные факты о динамике, структурной значимости нейросифилиса в Ростовской области, построены математические модели течения заболевания и выявлен экстраполяционный прогноз его заболеваемости. Установлена математическая взаимосвязь между заболеваемостью нейросифилисом и другими формами сифилиса, и на основании этого определен контингент больных, среди которого следует целенаправленно проводить активные диагностические мероприятия для выявления нейросифилиса. Все эти данные, безусловно, имеют важное теоретическое и практическое значение.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ВЫЗВАННЫЕ L-СЕРОВАРИАНТАМИ CHLAMYDIA TRACHOMATIS, У МУЖЧИН, ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

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

Титов И.С., Гуцин А.Е., Жукова О.В.

Введение. Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), одной из самых частых причин обращения к врачу-колопроктологу являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА), вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в том числе, *Chlamydia trachomatis* (СТ). Наиболее часто встречающимися симптомами ВЗПА являются: появление примеси крови в кале, ложные позывы на дефекацию, кашеобразный стул или диарея, запор, наличие слизи и гноя в кале, боль в животе, что также требует проведения дифференциального диагноза с другими воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Наиболее злокачественным течением отличаются ВЗПА, вызванные высокоинвазивными сероварами СТ L1, L2, L3 (L-СТ), являющимися причиной развития венерической лимфогранулемы (ВЛГ), вспышки которой регистрируются в развитых странах с 2003 года. Подавляющее большинство всех случаев – это ректальные формы ВЛГ, имеющие яркое проявление клинических симптомов, которые быстро прогрессируют при отсутствии лечения и неблагоприятном течении могут приводить к развитию острого парапроктита и свищей прямой кишки. В РФ первые случаи ВЛГ прямой кишки (ВЛГПК) среди МСМ зарегистрированы в 2020 году, однако в отечественной научной литературе данные по данному заболеванию практически не встречаются. Цель исследования. Оценить особенности клинического течения ВЗПА, вызванных L-серовариантами СТ среди пациентов-МСМ, обращающихся за колопроктологической помощью.

Материалы и методы. Обследовано 534 МСМ. Каждому пациенту был выполнен осмотр, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК СТ и L-СТ.

Результаты. СТ-ассоциированные ВЗПА обнаружены у 199 МСМ (37,3%). Среди них проктит диагностировали у 81,4% (162/199), при этом у 12,3% (20/162) пациентов он сочетался с поражениями анального канала, а у 18,6% (37/199) были выявлены изолированные поражения ануса и перианальных тканей, либо пациенты имели только жалобы (боль, дискомфорт, жжение). Из них 68,8% (137/199) имели положительные тесты на L-СТ и 31,2% (62/199) имели ректальную СТ-инфекцию, не связанную с ВЛГ. Медиана по возрасту 34 и 31 год соответственно. Практике группового секса были более привержены МСМ из группы ВЛГ (67,2% (92/137) и 33,9% (21/62) соответственно). L-СТ-положительные МСМ также чаще были ВИЧ-положительными (67,2% (92/137) и 41,9% (26/62) соответственно). У 99,3% (136/137) МСМ выявлены выраженные клинические проявления ВЛГПК (боль, тенезмы, кровь и слизь в кале, запор, признаки интоксикации), а при ректороманоскопии диагностирован эрозивно-язвенный проктит. У 2,9% (4/137) течение заболевания сопровождалось развитием осложнений (острый парапроктит, гнойно-воспалительные перианальные инфильтраты с формированием свищей прямой кишки или анального канала), а у одного пациента (0,73%) был диагностирован компенсированный стеноз ампулы прямой кишки. У 58,1% (36/62) МСМ с СТ-инфекцией, не связанной с ВЛГ, имелись только жалобы или явления мукозита анального канала и перианального дерматита, у 12,9% (8/62) при ректороманоскопии был выявлен поверхностный проктит (катаральный, фибринозный, геморрагический), и 29% (18/62) был диагностирован эрозивный или эрозивно-язвенный проктит. Всем пациентам было проведено этиотропное лечение согласно действующим клиническим рекомендациям с положительным результатом. Заключение. СТ-инфекция является частой причиной возникновения ВЗПА у МСМ (37,3%), обращающихся за колопроктологической помощью. Среди пациентов данной группы широко распространена ВЛГПК, которая диагностируется более чем в половине случаев (68,8%) ВЗПА, обусловленных СТ-инфекцией, и клинически проявляется в виде эрозивно-язвенных проктитов, почти в 3% случаев имеющих гнойно-воспалительные осложнения, что также требует проведения дифференциального диагноза с другими ВЗК (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит). Сбор полового анамнеза, оценка факторов риска, а также применение молекулярных тестов при проктологическом обследовании МСМ позволяет своевременно назначить адекватную терапию и снизить риск развития осложнений. Сопутствующая ВИЧ-инфекция, практика группового секса должны направить диагностический поиск в пользу ИППП-ассоциированных ВЗПА. Все пациенты с СТ-инфекцией аногенитальной области должны проходить рутинное обследование на наличие возбудителя L-СТ, а при отсутствии такового должно проводиться превентивное лечение ВЛГ.

МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, КАК СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПРИОБРЕТЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

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

Тюленев Ю.А., Фриго Н.В., Гуцин А.Е.

Введение. Классическое определение социальной группы подразумевает устойчивую совокупность людей, которая имеет особые, только

ей присущие признаки (социальное положение, интересы, ценностные ориентации). Система отношений между людьми внутри социальной группы может регулироваться формальными и неформальными институтами. С точки зрения мировой практики, мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), как раз представляют собой такую совокупность людей, которую можно охарактеризовать как социальную группу. Термин «МСМ» в клинической практике за рубежом зачастую используется при описании пациентов-мужчин, у которых в анамнезе имелись половые контакты с другими мужчинами, вне зависимости от сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Половой контакт в таких ситуациях не подразумевает анально-генитальных сексуальных практик, а рассматривается в более широком смысле: орально-генитальные (оральный секс) и орально-оральные контакты так же считаются половыми контактами. В отечественной литературе по инфекциям, передаваемым половым путем, и ВИЧ число работ, посвященных описанию клинических случаев и эпидемиологической ситуации среди МСМ, занимает одно из лидирующих мест. Однако понятие «социальная группа» МСМ не является общепринятым, часто не обсуждается в материалах научных публикаций или оспаривается. Цель и задачи. Охарактеризовать выборку пациентов-МСМ как социальную группу, которую объединяет ряд общих признаков, и описать социально-демографические особенности МСМ, которые могут оказывать негативное влияние на уровень заболеваемости внутри изучаемого сообщества.

Материалы и методы. В период с декабря 2021 по декабрь 2022 в исследование было включено 715 МСМ. Участники привлекались при помощи некоммерческой организации (НКО) LaSky путем размещения объявления о проведении тестирования на ИППП в мобильных приложениях для знакомств. Каждого участника исследования опрашивали о возрасте, месте проживания, сексуальных предпочтениях, наличии случайных связей, перенесенных ИППП, о приеме антиретровирусной терапии и тестировали на ВИЧ при помощи экспресс-тестов, фиксируя информацию в специально разработанных анкетах. Основным критерием включения являлось подтверждение самоидентификации как МСМ со стороны респондентов. Материалом для исследования служил общий мазок, представляющий из себя пуллированный образец биоматериала из ротоглотки, прямой кишки и уретры в одну пробирку при помощи трех стерильных зондов-тампонов. Образцы исследовали методом ПЦР на наличие ДНК *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, Herpes Simplex Virus (HSV) I, HSV II и *T. pallidum*. Изучали анамнестические данные пациентов о перенесенном сифилисе и ВИЧ-статусе.

Результаты. Все участники исследования регулярно использовали мобильные приложения для поиска полового партнера на территории г. Москвы. Постоянно или временно проживали в Москве и Московской области также 100% человек. О наличии случайных связей заявили 90% опрошенных МСМ. О постоянном использовании презервативов при половых контактах с новым партнером заявили 13% человек. ВИЧ-инфекция была установлена у 54% обследованных, при этом впервые выявлен положительный результат на ВИЧ при помощи тестирования у 2% МСМ. Сифилисом в прошлом переболели 26,6% из привлеченных к исследованию МСМ. Частота встречаемости ИППП среди обследованных МСМ составила: *N. gonorrhoeae* – 12,1%, *C. trachomatis* – 16,2,3%, *M. genitalium* – 7,7%, HSV I – 4,8%, HSV II – 6,6%, *T. pallidum* – 3,0%. При статистическом анализе влияния поведенческих факторов на частоту встречаемости инфекций было установлено, что количество случайных половых контактов, отсутствие презерватива при аногенитальных контактах и наличие установленного диагноза «сифилис» положительно коррелирует с наличием у пациентов хотя бы одного из вышеперечисленных возбудителей ИППП (Fishertest, $p=0,005$, $0,032$ и $0,0005$).

Выводы. МСМ обладают рядом общих признаков, которые позволяют охарактеризовать их как социальную группу: наличие обширной сети

коммуникации внутри сообщества посредством мобильных приложений для знакомств, наличие случайных незащищенных половых контактов с другими представителями группы МСМ, наличие незащищенных оральных, генитальных и анальных половых контактов, высокая распространенность ИППП и ВИЧ, которая превышает таковую в общей популяции (при сравнении с литературными данными). Все эти признаки позволяют не только выделить МСМ в отдельную социальную группу, но и отметить ее уязвимость в плане распространения ИППП и ВИЧ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТОЗОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский центр дерматовенерологии и косметологии», Москва
Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Гуцин А.Е., Доля О.В., Китаева Н.В., Кисина В.И.*

Актуальность. Во многих регионах мира заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), остается высокой. В связи со значительным распространением ИППП представляют серьезную угрозу общественному здоровью в тех случаях, когда они остаются своевременно не выявленными и не излеченными. Определяющая роль в выявлении ИППП принадлежит лабораторной диагностике, тем более что многие ИППП в настоящее время протекают скрыто.

Цель – проанализировать наиболее значимые отечественные и зарубежные современные руководства в аспекте сопоставления применяемых лабораторных методов диагностики бактериальных и протозойных ИППП. Материалы и методы. Проведен сопоставительный анализ клинических рекомендаций (КР) (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>; 2020), руководства CDC (<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>; 2021) и IUSTI (<https://iusti.org/treatment-guidelines/>; 2015–2020 годы) в части, касающейся лабораторной диагностики основных бактериальных и протозойных ИППП.

Результаты. Сифилис. Для прямой диагностики сифилиса всеми странами рекомендовано применение молекулярно-биологических исследований (МБИ, или Nucleid Acid Amplification Tests – NAAT), более чувствительных, чем темнопольная микроскопия. Другие методы прямого выявления возбудителя сифилиса (метод иммуногистохимии, гибридизации в тканях, окрашивание тканей, прямой тест на флуоресцентные антитела, молекулярно-эпидемиологическое типирование) для рутинной диагностики не рекомендуются ввиду значительной трудоемкости, недоступности реагентов или невысокой чувствительности, хотя могут быть использованы для подтверждения диагноза или в научных целях. Непрямая диагностика сифилиса во всех странах осуществляется практически одинаково, для чего применяются нетрепонемные преципитационные или трепонемные тесты, основанные на принципах иммуноферментного, иммунохемилюминесцентного, иммунохроматографического анализа, иммуноблоттинга, иммунофлуоресценции. РИБТ не рекомендована к применению в руководствах CDC и IUSTI ввиду значительной трудоемкости, но оставлена в российских КР в основном для диагностики скрытого и позднего сифилиса. Гонококковая инфекция. Для диагностики рекомендуются только прямые методы исследования. Отмечается, что метод микроскопии целесообразно использовать для диагностики только у мужчин с симптомами инфекции, т.к. в остальных случаях он непригоден ввиду низкой чувствительности. Приоритетным методом диагностики является МБИ. Культуральное исследование рекомендовано всеми руководствами; приоритеты его использования: бессимптомно или малосимптомно текущее заболевание, обследование детей, случаи

сексуального насилия + определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам. Зарубежными руководствами рекомендованы также быстрые тесты у постели больного (Point of Care Tests, РОСТ), при этом приоритетны тесты, сконструированные на основе NAAT, обладающие высокой чувствительностью. Хламидийная и *M. genitalium*-инфекция. В диагностике обеих инфекций абсолютным приоритетом является МБИ с чувствительностью 98–100%, специфичностью – 100%. В руководстве IUSTI отмечается, что лаборатории должны использовать NAAT, способные обнаруживать все известные варианты *S. trachomatis*, например, новый шведский вариант (nvCT). Для диагностики хламидийной инфекции в зарубежных руководствах также прописаны РОСТ, основанные на принципе NAAT. Ввиду широкой распространенности антибиотикорезистентности *M. genitalium* получение положительного результата теста следует сопровождать МБИ-анализом на чувствительность *M. genitalium* к антимикробным препаратам, в частности к макролидам и моксифлоксацину (IUSTI). Трихомоноз. Для диагностики рекомендуются прямые методы исследования: микроскопия нативного препарата (чувствительность 45–70% при 100%-й специфичности), культуральное исследование (чувствительность 44–75%, специфичность <100%) и молекулярно-биологическое исследование, которое признается методом выбора (чувствительность 88–97%, специфичность – 98–99%). В зарубежных рекомендациях прописаны также РОС-тесты. Заключение. Таким образом, абсолютным приоритетом диагностики ИППП в настоящее время являются прямые методы идентификации возбудителей, дающие абсолютное подтверждение окончательного диагноза. Исключение составляет диагностика сифилиса, где определение антител к возбудителю имеет большое значение для установления диагноза. В зарубежных рекомендациях предусмотрен забор биологического материала как врачами, так и самими пациентами.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

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

Шустова В.Н.

Заболеваемость всеми формами сифилиса в 2021 году в Тамбовской области составила 2,7 на 100 тыс. нас., в 2020 году – 2,4 на 100 тысяч населения, в 2019 – 3,5 на 100 тыс. нас, в 2018 году – 4,7 на 100 тыс. населения в 2017 году – 7,5 на 100 тыс. нас. Данный показатель ниже, чем по РФ в 2020 году почти в 4 раза, по ЦФО – почти в 5. По данным департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, в 2020 году по Тамбовской области неспецифических лабораторных обследований на сифилис было проведено 14 925 на 100 тысяч, тогда как по РФ – 25 864. Из них в Тамбовской области с положительным результатом 0,34, по РФ 0,69, по ЦФО – 0,91. Таким образом, даже то малое количество проведенных на территории нашей области исследований идет в большинстве своем «в холостую». Общая картина по специфическим лабораторным исследованиям на сифилис складывается еще более плачевно. На 100 тыс. населения в области проведено всего 9 415,4 исследований, по РФ – 16 656,4, а по ЦФО – 18 972,6, что в 2 раза выше чем по нашей области. Из них с положительным результатом – всего 1,9%, а по РФ – 4,5, а по ЦФО – 4,7. За последние годы наблюдается рост так называемых «чистых от сифилиса зон». Так, в 2021 году в 20 (в 2020 году в 19, в 2019 году в 13) из 30 муниципальных образованиях области сифилис не зарегистрирован вообще, а в 4 не регистрируется на протяжении 4 последних лет. Заболеваемость сифилисом в сельской местности в общей структуре данного заболевания: в 2018 – 37 случаев из всех зарегистрированных

(75,5%), в 2019 году – 19 (68%), в 2020 – 12 (52%), а в 2021 – 12 (44,4%). В 2019 году большая заболеваемость фиксировалась в возрастной группе 30–39 лет, в 2020 первую позицию делили 18–29 и 40 и старше, а в 2021 году с большим перевесом закрепила свое лидерство группа заболевших в возрастной группе 40 и старше. В 2021 г. сохраняется высокий процент поздних форм сифилиса в структуре всей заболеваемости. От 1,5% до 12,5%. Так же остается высоким процент скрытых форм сифилиса – 66,7%, в 2020 – 70,8%, 2019 – 71,4%, и имеет место резкое снижение диагностированного первичного сифилиса даже в сравнении с 2017 годом (11 против 2 в 2021 году). Удельный вес случаев сифилиса у беременных – 2 случая к общему числу заболевших в 2021 году составил 7,4%, в 2020 г. – 4,3%, в 2019 – 1 случай (2,9%), в 2018 г. – 1 случай (2%). Эти цифры можно считать единственно достоверными, т.к. обследование беременных и рожениц на сифилис проводится в 100% случаев в государственных учреждениях здравоохранения, и данная категория граждан находится под полным и качественным диспансерным наблюдением. Проанализировав количество проведенных обследований в нашей лаборатории за последние 15 лет мы видим резкое снижение количества произведенных обследований с 309 407 в 2007 году до 38 058 в отчетном (в 8 лишним раз), что связано децентрализацией лаборатории. В 2021 году нашей лабораторией выполнено всего 18,9% (1/5 часть) от всех специфических тестов, проведенных на территории области, причем первичноположительных результатов на долю нашего диспансера приходится 37,3% от общего числа. Неспецифических тестов выполнено у нас всего 11,7% (1/10 часть), а первичноположительных результатов 11,2. Основная задача на данном этапе – не только и не сколько предупредить рост заболеваемости сифилисом посредством санитарно-просветительской работы, сколько выявить все случаи данного заболевания на территории Тамбовской области, провести полноценное специфическое лечение, провести полное тщательное санитарно-эпидемиологическое расследование каждого случая для предотвращения серьезной эпидемиологической ситуации по заболеваемости сифилисом в ближайшие годы, сократить финансовые и трудовые потери, связанные с данной ситуацией. Необходимо задействовать все возможные механизмы, уделяя особое внимание агрессивной информационно-пропагандистской политике, ввести на территории области скринингового обследования населения трудоспособного возраста, централизовать проведение лабораторных исследований на сифилис на базе ГБУЗ ТОКВКД, разработать и принять региональную целевую программу по борьбе с социально-значимыми заболеваниями, в т.ч. заболеваниями, передающимися половым путем.

КОСМЕТОЛОГИЯ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист по косметологии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, к.м.н., Ижевск

Бычкова Н.Ю.

Периорбитальная область включает несколько топографо-анатомических областей: скуловую, щечную, глазничную. Визуальные характеристики этой зоны сильно отличаются, эти параметры и их

особенности используются в качестве биометрических индикаторов, определяющих личность, оцениваются в системах кодирования лицевых движений, учитываются в характеристиках расовой принадлежности и носят индивидуальный характер, обеспечивающий узнавание окружающими. Следствием особенностей эмбриогенеза становятся различия формы и размеров мышц, глазного яблока, ход нервов и сосудов. Мимическая экспрессия закрепляется в виде мимических паттернов, обуславливающих своеобразие мимики каждого человека. Поверхностная мышечно-апоневротическая система (SMAS) также имеет индивидуальные морфологические различия. Наблюдаемые при старении изменения рельефа и атрофические изменения кожи периорбитальной области являются отражением тех сложных функциональных изменений и структурных деформаций, которые происходят в многослойном, морфологически неоднородном субстрате (коже) с сильно отличающимися механическими параметрами. Все это требует от специалиста не только хорошего знания анатомии, но и наличия клинического мышления, умения оценивать индивидуальные особенности строения и прогнозировать результаты коррекции. Анализ анизотропных свойств кожи позволяет проводить терапию именно тех участков, где возрастные изменения выражены максимально. Мы использовали метод пальпации для выявления областей максимально выраженных структурных нарушений дермы (областей максимальной дезорганизации – ОМД). Предложенная нами методика (Патент на изобретение № 2735816 от 09.11.2020) предлагает доступный способ оценки биомеханических (анизотропных) свойств кожи путем определения силовых линий при помощи пальпации и маркировки участков наиболее выраженных структурных изменений. Этот метод позволяет решать практические задачи по распределению напряжений в коже и определять области, где возрастные изменения выражены максимально, что позволяет проводить дифференцированную терапию в участках пересечения векторов (тензоров) динамического сил, где наблюдается максимальная дезорганизация волоконного аппарата дермы и другие дисфункциональные нарушения. Такая тактика терапии способствует улучшению вязко-эластических свойств кожи, реставрации ее структуры, повышению адгезии между слоями дермы и подкожной клетчатки, нормализации микроциркуляции, что клинически проявляется разглаживанием морщин, уменьшением пастозности и проявлений гравитационного птоза, уменьшая выраженность возрастных изменений периорбитальной области.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ЛИПОЛИЗА И НИТЕВОГО ЛИФТИНГА ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО ОВАЛА ЛИЦА

*Институт красоты BelleAllure, Москва
Васильева Е.В.*

Цель и задачи исследования: определение эффективности лифтинга и омоложения лица с помощью сочетанного применения аппаратного липолиза и нитевого лифтинга из 100% полимолочной кислоты. Материалы и методы: пациенты клиники – 18 в возрасте 33–68 лет, женщины. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев, степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Я использовала равномерный радиочастотный нагрев кожи и подкожно-жировой клетчатки с мониторингом температуры кожи при помощи инфракрасного термометра, встроенного в насадку в проблемных зонах лица. Высоковольтные короткие радиочастотные импульсы воздействовали на подкожно-жировую клетчатку, что приводило к апоптозу жировой клетки и незначительной мышечной стимуляции. Процедура проводилась у пациентов с деформационным типом старения 1 раз

в неделю в течение 6 недель. Протокол проведения процедуры включал в себя перемещение аппликатора сначала на одной половине области, нагрев мягких тканей каждые 3 секунды, затем перемещение на другую область с 10–20% перекрытия предыдущей, что резко нагревало ткань до 41–43 градусов. Как только достигалась триггерная температура, энергия высоковольтных импульсов доставлялась в виде серии импульсов длительностью 5–7 секунд, при этом в каждой зоне выполнялось по 3–5 проходов. Мощность радиочастотной энергии составляла 40–50 Вт, в среднем обработка одной зоны длилась 30 минут. Через месяц после окончания курса процедур по разрушению адипоцитов я рекомендовала нитевой лифтинг из 100% полимолочной кислоты.

Результаты и обсуждение. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 17 (94,5%), хороший у 1 (5,5%). Ярко выраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счет разрушения адипоцитов и стимуляции собственного неокollaгеногенеза 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 позволяют избежать возможных осложнений.

К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДАХ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТАКНЕ

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

Введение. В настоящее время распространенность акне составляет до 40–90 % среди подростков. Тяжелые персистирующие формы дерматоза завершаются формированием различного вида рубцов, существенно снижающих качество жизни пациентов, а иногда приводят к депрессии и различным психоневротическим реакциям. Для комплексной терапевтической коррекции постакне рекомендованы различные эстетические методики, однако они все направлены на лечение уже сформировавшихся рубцовых дефектов. Помимо этого, данные технологии, как правило, являются трудоемкими, зачастую болезненными и имеют известные побочные эффекты.

Цель исследования: изучить возможность и целесообразность комбинированной IPL-терапии (515–1200 нм) и фототерапии неабляционным лазером 1550 нм.

Материалы и методы. В исследование были включены 12 пациентов (11 женщин и 1 мужчина) в возрасте 22–39 лет с постакне, наличием наследственной детерминированности по рубцам постакне (у 72% один или 2 близких родственника имели рубцы постакне), длительностью заболевания более 5 лет и неадекватной терапией акне. Из соматической коморбидной патологии были диагностированы патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Всем пациентам были проведены 4 процедуры IPL-терапией (515–1200 нм) и 1 процедура неабляционным лазером 1550 нм.

Результаты. Анализ клинической эффективности показал, что отмечен значительный регресс поствоспалительной эритемы, гиперпигментации, сглаживание рельефа, уменьшилась жирность кожи в 78% случаев. В остальном проценте – значительное улучшение.

Выводы. Таким образом, комбинированная IPL-терапия (515–1200 нм) и фототерапия неабляционным лазером 1550 нм обеспечивает противовоспалительный и себостатический эффект. Однако на сегодня

отсутствует единый протокол комбинированной фототерапии, что обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований.

ПАННИКУЛИТЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО/ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Федеральное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»,
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва*

Егорова О.Н., Дацина А.В.

Синдром ASIA, или синдром Шонфельда, – аутоиммунное/воспалительное состояние, индуцированное адьювантами у генетически предрасположенных лиц с развитием ревматических заболеваний (РЗ), рассеянного склероза, саркоидоза и других.

Цель исследования: охарактеризовать симптоматику панникулитов (Пн), ассоциированных с ASIA-синдромом.

Материалы и методы. В течение 7 лет ASIA-синдром диагностирован у 12 женщин со средним возрастом $37,2 \pm 7,4$ лет с направительными диагнозами «Узловатая эритема» или «Панникулит». Длительность заболевания составила $16,7 \pm 3,9$ месяца. Помимо общеклинического исследования определяли сывороточную концентрацию α -1 антитрипсина, амилазы, липазы, ферритина, креатинфосфокиназы (КФК), иммунологические показатели (АНФ-Нер2, dsDNA, комплемент 3 и 4, СРБ, ANCA, Scl-70, антитела к кардиолипинам G и M), компьютерную томографию органов грудной клетки, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата кожи с подкожной жировой клетчаткой (ПЖК) из пораженных участков.

Результаты. Развитию ASIA-синдрома предшествовали глютеопластика с использованием пропантриола-1,2,3 (у 4 пациенток), липосакция (2), биоревитализация гиалуроновой кислотой (2) и эндопротезирование имплантатами молочных желез (2), металлоконструкция костей (1) и сетчатая герниопластика (1). Клиническая картина Пн характеризовалась генерализованными красно-багровыми болезненными (ВАШ боли $55,8 \pm 17,3$ мм) подкожными уплотнениями на верхних конечностях и туловище (в 100% случаев), лице (16,6%) и нижних конечностях (33,3%), с изъязвлением и истеканием маслянистой жидкости (58,6%). Симптом «блюдца» зафиксирован в 83,3% наблюдаемых. В 66,6% случаев наблюдалась лихорадка и суставной синдром, по 41,6% – миастенический синдром и лимфаденопатия, в 8,3% – ксерофтальмия, сухой кератоконъюнктивит, ксеростомия и рецидивирующий паротит. В анализах крови определяли лейкопению (до $2,0 \times 10^9/\text{л}$) у 33,3% больных, значимое увеличение уровня креатинфосфокиназы – у 16,6%, повышение СОЭ и СРБ в два и более раз – у 100%. У всех пациентов выявлены иммунологические изменения. Морфологическая картина кожи и ПЖК в 75% случаев напоминала лобулярный Пн, в 8,3% – выявлены опухолевые лимфоциты с иммунофенотипом цитотоксических Т-лимфоцитов: CD3+, CD8+. Полученные результаты позволили подтвердить РЗ у 8 пациентов: системную красную волчанку и идиопатический лобулярный панникулит по 2 больных (соответственно) и по 1 – при дерматомиозите, системную склеродермию болезни Шегрена, смешанное заболевание соединительной ткани. По одному случаю диагностирован саркоидоз и Т-клеточная лимфома. У 2 пациенток после процедуры липосакции течение Пн имело обратимый характер. Заключение. Пн при ASIA-синдроме представляет сложную диагностическую задачу, требующую мультидисциплинарного подхода для верификации диагноза и тактики терапии.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К МУЖСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦА

ООО «Клиника Данищука», Москва

Козырева М.В., Карпова Е.И., Данищук О.И.

По данным ряда психологов, мотивация обращения мужчин к врачам эстетической медицины продиктована не желанием выглядеть моложе, а рядом социальных факторов. Для них важно выглядеть респектабельно, создавая впечатление успешного человека с высоким социальным статусом. В последнее время мужчины все чаще обращаются к услугам косметолога. Поэтому актуальными становятся знания, связанные с гендерным подходом в косметологии. Для понимания отличительных особенностей в строении тканей лица мужчин, нами был проведен анализ МРТ исследований мужского и женского гендера, что позволило выбрать оптимальную тактику коррекции мужского лица. Кроме того, анализ психологического портрета мужчин, показал необходимость деликатного подхода к коррекции мягких тканей лица для создания гармоничного и естественные результата и недопустимость признаков феминизации лица.

ВЛИЯНИЯ АГРЕССИВНЫХ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК НА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КОЖЕ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы*

Колчева П.А.

Стремительное развитие аппаратной косметологии за последние десятилетия перевернуло представление о возможностях эстетической медицины. Тренд на ухоженную, молодую внешность, расширение представлений о патогенезе старения и влияния на людей разной возрастной группы и гендерной предрасположенности тех или иных методов терапии являются предпосылками для дальнейшего изучения различных методов anti-age терапии и возможности их комбинации. На сегодняшний день существует более 20 основных теорий старения (молекулярно-генетические теории, оксидативная теория, элевационная и т.д.), но все они сходятся к одному – уменьшению длины теломер после каждого деления клетки. После каждой репликации ДНК число теломер снижается, и через определенное количество делений под угрозой оказываются даже важные гены. Доказано, что нормальные диплоидные клетки новорожденного способны делиться 80–90 раз, клетки пожилого человека – 20–30 раз. Предел делений клеток (лимит Хейфлика) приводит к резкому изменению метаболизма, нарушению репликации ДНК и гибели клетки. Воздействие неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов приводит к укорочению теломер, а следовательно – ускоряют старение организма в целом.

Широкополосный импульсный свет и лазеры, RF-микроиглы, технология HIFU являются на сегодняшний день лидерами аппаратной косметологии благодаря быстрым результатам и высокому профилю безопасности. Так или иначе, все эти методы приводят к прогреву мягких тканей различной степени выраженности и через каскад воспалительных реакций к стимуляции синтетической активности фибробластов и, как следствие, к улучшению качественных характеристик кожи. Но вследствие такого агрессивного воздействия, увеличения количества митозов, предел Хейфлика приближается. Поэтому сегодня среди практикующих врачей-косметологов все чаще возникает вопрос о том, как применять эффективные аппаратные методики сейчас и не навредить потом. Ведущую роль среди препаратов, обладающих наиболее выраженной стимуляцией репаративных механизмов кожи, играют инъекционные

и наружные препараты, содержащие пептидные комплексы. Наибольшую эффективность в отношении профилактики постпроцедурных осложнений, (таких как дисхромии, стойкая эритема, отечность и т.д.) и сокращении периода реабилитации продемонстрировали пептидные комплексы, включающие tripeptide-1 (Glycyl-L-histidyl-L-lysine-Cu²⁺), Peptamide-6 (FVAPER), Fucoxanthin F-199, TRX (sh-Polypeptide-2) Тиоредоксин. Приведенные пептидные комплексы способствуют уменьшению воспалительной реакции в коже, регулируют активность ингибиторов апоптоза, нейтрализуют активность свободных радикалов, защищают мембраны клеток от оксидантного стресса. Таким образом, включение в программу антивозрастной терапии деструктивными аппаратными методиками, противовоспалительных и защитных пептидных комплексов позволяет не только пролонгировать и усилить терапевтический эффект от процедуры, но и снизить риск нежелательных постпроцедурных явлений. Тем не менее поиск препарата, способного повлиять на предельное число делений, продолжается, и, возможно, с его появлением так широко распространившиеся аппаратные методы в косметологии останутся эффективными и безопасными не только в данный момент времени, но и в перспективе своего применения.

КОНЦЕПЦИЯ 5P-МЕДИЦИНЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

*Красноярский государственный медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск*

*Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.,
Петрова М.М.*

Современная эстетическая медицина – это не только про увеличение губ. Просто увеличение губ скорее больше уходит и развивается в теневой стороне. Понятно, что это оказывает неблагоприятное влияние на впечатление об эстетической медицине, но эстетическая медицина – это больше про комплексный подход к пациенту. Что подразумевает под собой понятие комплексного подхода? Комплексный подход – это система мероприятий, направленных на оздоровление всего организма и улучшение состояния не отдельно взятой морщины, а всей кожи лица. Важно понимать, что подход должен быть не только комплексный, но и персонализированный – подобранный отдельно для каждого пациента. При этом первой попыткой персонализации было введение типов старения лица по Кольгуненко. Конечно, все понимают, что это упрощенная классификация, особенностей и видов старения на самом деле больше, тем не менее данная классификация создала начало индивидуального подхода к ведению пациентов в эстетической косметологии. Современное направление общей медицины – 5P-медицина – полностью применима к косметологии. Догма 4P-медицины была предложена в 2000 году в США (Leroy Hood), позже в нее добавились и другие «P», но мы остановимся на основных пяти и рассмотрим, как это применимо для эстетической медицины. 1. Predictive (предиктивная, предсказательная) эстетическая медицина. При ведении пациента важно не только диагностировать состояние кожи и организма в целом в настоящий момент, но и «предугадывать» возможные риски в будущем. Этот пункт может быть реализован через анамнез пациента, в том числе семейный, по результатам генетического тестирования, при оценке риска дисплазии соединительной ткани. 2. Preventive (предупредительная, профилактическая) эстетическая медицина. При выявлении рисков пациента важно корректировать не только состояние кожи в настоящий момент, но и назначать мероприятия по снижению рисков в будущем. 3. Personalized (персонализированная, прецизионная) эстетическая медицина. При работе с пациентами в эстетической медицине мы подбираем план лечения индивидуально для каждого пациента, учитывая данные осмотра, анамнеза, возможных диагностических

и лабораторных исследований и других факторов. Не существует идеальной методики, подходящей абсолютно всем! 4. Participatory (партисипативная) эстетическая медицина. Она предполагает, что пациент – это активный участник процесса лечения. Задача врача объяснить, обучить и помочь пациенту ухаживать за лицом, в том числе дома. Также пациент соблюдает особенности образа жизни, направленные на улучшение состояния кожи и организма в целом. 5. Positive (позитивная) эстетическая медицина. Недавно добавленное, но крайне важное «P». Различными исследованиями показано, что достаточно часто результат эстетической коррекции зависит от первоначального настроения пациента. Более того, в нашей личной практике отмечено, что большинство осложнений косметологии появляется у пациентов, которые начинают разговор на консультации с негатива. В данном случае, конечно, выбор за доктором – проводить эстетическую коррекцию пациентам в негативном расположении или нет, но достаточно часто можно рекомендовать сначала проведение консультации и ведения у психотерапевта для коррекции тревожно-депрессивного расстройства. Соблюдение принципов 5P-медицины в эстетической косметологии будет иметь наиболее выраженный эстетический эффект. Такой подход обеспечивает максимальную безопасность при работе с пациентом. Работа в рамках 5P-медицины обеспечивает долгосрочные результаты и повышение комплаентности пациентов.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ОМОЛОЖЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИК НИТЕВОГО ЛИФТИНГА, ВОЗДЕЙСТВИЯ ШИРОКОПОЛОСНЫМ ИМПУЛЬСНЫМ СВЕТОМ И ПЛАЗМОТЕРАПИИ

Клиника Астрей, Чебоксары

Субботкина Н.О.

Процесс старения кожи подразумевает морфологические и функциональные изменения клеток, межклеточного вещества, волокон, нарушения микроциркуляторного русла. На макроуровне процесс проявляется в виде провисания и дряблости кожи, дисхромии, явлений купероза, смещения и изменения объемов поверхностных жировых пакетов. Сочетание процедуры нитевого лифтинга с воздействием широкополосного импульсного света и плазмотерапией дает тотальную коррекцию всех звеньев патогенеза старения кожи за счет комплекса работы над контурами лица (нитевой лифтинг) и качеством кожи (фотоомоложение, плазмотерапия). Помимо этого, данные методики обладают взаимопотенцирующим действием, усиливая конечный результат.

Цель исследования. Оценить эстетический и морфологический ответ поверхностных мягких тканей лица на комплексное применение нитевого лифтинга, воздействия импульсным широкополосным светом и плазмотерапией в разных возрастных группах.

Методы. Процедуры комплексного омоложения провели трем моделям в трех разных возрастных группах – 36 лет, 46 лет, 51 год. Проведено: 1. Курс фотоомоложения N3 1 раз в 3 недели. Параметры: 640 нм – тройной подимпульс (4,5/20 мс) – 22 мJ. 590 нм – двойной подимпульс (4/20 мс) – 18 мJ. 560 нм 6 мс – 15 мJ. 2. Нитевое армирование средней и нижней трети лица. 3. Курс плазмотерапии N3 1 раз в 3 недели. Для оценки результатов проведено: 1. Фотографирование пациентов в пяти стандартных проекциях. 2. Использование 3D-системы для анализа состояния кожи и программирования результата эстетических процедур. 3. Ультразвуковое исследование кожи и подкожно-жировой клетчатки линейным датчиком до и через 1 месяц после окончания курса процедур. Результаты и выводы. Во всех трех возрастных группах отмечается выраженный эстетический результат спустя 1 и 3 месяца после комплекса процедур. Результаты подтверждаются ультразвуковым исследованием в виде явлений фиброза в окружающих нити тканях на

расстоянии 3–4 мм. По данным 3D-диагностики отмечается выраженное улучшение по следующим параметрам: Морщины (лоб, щеки, «гусиные лапки»), Поры, Гладкость, Гиперпигментация, Васкуляризация. Анализ показал выраженность эстетических и морфологических изменений во всех трех возрастных группах, что позволяет использовать данный протокол для коррекции изменений качества кожи и контуров лица у пациентов разного возраста.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ ПЛОСКОСТНОЙ И ФРАКЦИОННОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург
Уфимцева М.А., Симонова Н.В., Сорокина К.Н.*

Несмотря на многообразие методов лечения, выбор оптимального и эффективного способа коррекции рубцов остается сложной задачей. Лазерные технологии развиваются и перспективны для лечения рубцов. Цель: изучение эффективности плоскостной и фракционной лазерной абляции у пациентов с атрофическими рубцами постакне с учетом преобладающего типа рубца.

Задачи работы: установить клинко-морфологические характеристики рубцов у пациентов с атрофическими рубцами постакне II–IV степени тяжести; провести интервенционное вмешательство с оценкой его эффективности с учетом преобладающего типа рубца.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 пациентов. Критерии включения: возраст от 18 до 45 лет; диагноз атрофических рубцов постакне кожи лица II–IV степени по качественной шкале G.J. Goodmanetal. (2006); добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Исследование одобрено локальным этическим комитетом при Уральском государственном медицинском университете (протокол № 5 от 24.05.2019 г.). Среди пациентов – 36 (58,3%) женщин и 24 (41,7%) мужчины от 18 до 41 года, средний возраст пациентов – 28,87±4,81 года, медиана (Me) – 28,0 лет (межквартильный интервал (МКИ): 25,0±3,0 года). Преобладали пациенты со II и III степенью тяжести рубцов постакне – 19 (31,7%) и 37 (61,7%) лиц соответственно. Рубцы оценивались по количественной шкале рубцов постакне по G.J. Goodmanetal. (2006). Морфологический тип рубца определялся по классификации С.I. Jacobetal (2001). Эрбиевым лазером (2940 нм) проводилась плоскостная шлифовка края рубцов с последующей фракционной абляцией всей пораженной зоны. Выполнялось три процедуры с интервалом в месяц. Критерии оценки лечения: изменение степени тяжести и количественного индекса выраженности рубцов постакне; оценка результата по международной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale, GAIS) по R.S. Narinsetal (2003). Достоверность различий вычисляли с помощью критериев Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскала-Уоллиса, *2-критерия Пирсона. Различия принимались при p менее 0,05.

Результаты. Количественный индекс рубцов у пациентов до лечения в среднем составил 11,4 ±3,25 баллов; Me – 12,0 баллов (8,0•13,0 баллов). У женщин среднее значение количественного индекса составило 11,8±3,22 баллов; Me – 12,0 баллов; у мужчин – 10,8±3,27 баллов; Me – 12,0 баллов. Пациенты имели сочетания типов рубцов в соответствие с классификацией С.I. Jacobetal (2001). Преобладание V-образных рубцов отмечено у 11 (18,3%) лиц, U-образных – у 29 (48,3%), M-образных – у 12 (20,0%), макулярных – у 8 (13,3 %) пациентов. Не отмечено гендерных отличий при оценке возраста пациентов ($p=0,2$),

степени тяжести рубцов ($p=0,6$), количественных индексов рубцов постакне ($p=0,3$). Через три месяца после лечения у пациентов установлено уменьшение степени тяжести рубцов. Количество пациентов с III степенью тяжести уменьшилось в 3,7 раза с 61,7% до 16,6%, при этом 11 (18,3%) пациентов имели I степень выраженности рубцов и 37 (61,7%) – II степень. Из 37 пациентов с III степенью тяжести 29 (78,4%) после лечения достигли II степени, у 8 (21,6 %) пациентов состояние не изменилось. Из 19 пациентов со II степенью тяжести у 11 (57,9%) лиц улучшилось состояние кожи до I степени тяжести. У двух пациентов из четырех с IV степенью тяжести отмечено улучшение до III степени тяжести (Критерий Вилкоксона, $p=0,000$; *2-критерий Пирсона, $p=0,000$). Количественный индекс рубцов после лечения составил от 2,0 до 12,0 баллов, в среднем – 6,2±3,1 баллов; медиана индекса после лечения снизилась до 6,0 баллов (4,0•8,0 баллов) (Критерий Вилкоксона, $p=0,000$). Не отмечено гендерных отличий количественных индексов после лечения (критерий Манна-Уитни, $p=0,098$). Снижение индекса в большей степени отмечено у пациентов с преобладанием U-образных рубцов, по сравнению с другими (*2-критерий Пирсона, $p=0,000$). Оценка по шкале GAIS показала, что у большинства пациентов (55,0%) результат соответствовал значительному улучшению, у трети пациентов (31,7%) зарегистрировано умеренно выраженное улучшение, заметное улучшение внешнего вида по сравнению с исходным отмечено у 8 (13,3%) пациентов.

Выводы. Результаты исследования подтверждают клиническую эффективность фракционной абляции в сочетании с плоскостной шлифовкой атрофических рубцов, в выраженной степени в отношении рубцов U-образного типа.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА

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

Хлыстова Е.А.

Несмотря на то, что в последние годы множество исследований расширило современное понимание патогенетических механизмов розацеа, лечение данного дерматоза до сих пор сопровождается значительными трудностями, стандартные схемы терапии не всегда приводят к клинически стойким и значимым результатам. Создание оптимального алгоритма лечения розацеа является серьезной медицинской и социально значимой проблемой в связи с распространенностью данного заболевания среди других дерматозов, торпидностью патологического процесса к терапии, значимым снижением качества жизни больных ввиду сопутствующих данному процессу эстетических недостатков кожи лица. Существующие методы лечения не учитывают клиническое разнообразие симптомов розацеа и не имеют вариантов коррекции в зависимости от индивидуальных особенностей течения дерматоза. Применение комбинированных схем лечения, направленных на купирование как воспалительных, так и невоспалительных, но эстетически значимых проявлений на коже лица пациентов с розацеа, открывают новые перспективы в создании оптимального алгоритма лечения тяжелых и трудно поддающихся лечению форм розацеа.

Основным принципом предлагаемого комбинированного способа лечения является эффективное и безопасное применение комбинированной терапии, включающей в себя курс системного лечения миноциклином с титрованием дозы в зависимости от тяжести кожного процесса, наружной терапии препаратами 1% ивермектина и 0,5%

бримонидина тартрата в зависимости от клинической формы заболевания и сочетанного лазерного лечения розацеа в зависимости от типа розацеа. Комбинированная терапия розацеа с применением системного миноциклина, наружного ивермектина 1%/бримонидина тартрата с последующим воздействием на эстетические дефекты кожи неодимовым лазером и системой широкополосного импульсного света позволяет одновременно воздействовать на разные патофизиологические процессы, лежащие в основе патогенеза заболевания, дает возможность осуществления персонализированного подхода к терапии в зависимости от индивидуальных особенностей и различия клинических вариантов розацеа. Применение миноциклина в низких, субклинических дозировках оказывает пролонгированный противовоспалительный эффект. Назначение миноциклина в дозировке 50–100 мг является безопасным для пациентов, исключает появление нежелательных побочных эффектов, дает возможность применения у пациентов с сопутствующей соматической патологией, делает терапию эффективной, легко переносимой и комфортной для больного. Возможность выбора наружного препарата в зависимости от формы заболевания является необходимым дополнением к системной терапии, так как разные компоненты наружных средств (1% ивермектин или 0,5% бримонидина тартрат) за счет синергизма противовоспалительного действия позволяют направленно воздействовать на преобладающие симптомы и учитывать индивидуальные особенности проявления заболевания.

Лазерная технология с применением неодимового лазера с длиной волны 1064 нм и система широкополосного импульсного света с применением широкого диапазона длин волн (515–590 нм) позволяет эффективно корректировать эстетические недостатки кожи у пациентов с розацеа, корректировать сосудистые изменения на различной глубине кожи, а сочетанное применение данных технологий позволяет безопасно проработать сосуды разного калибра, что ускоряет наступление клинического эффекта, повышая при этом комплаентность лечению у пациентов.

Предлагаемый трехэтапный метод лечения был применен у 40 пациентов с папуло-пустулезной и эритематозной розацеа различной степени тяжести. Средний курс лечения составил 3 месяца. Все пациенты хорошо перенесли лечение, побочных эффектов не наблюдалось. У всех пациентов отмечена выраженная положительная динамика основных симптомов заболевания: к концу курса лечения отмечалась клиническая ремиссия в виде полного регресса высыпаний и субъективных ощущений у 93% больных (37 пациентов), значительное улучшение в виде практически полного регресса высыпаний наступило у 7% пациентов (3 пациента). Предложенный способ комбинированного лечения позволил достигнуть улучшения как объективных критериев заболевания, так и субъективного состояния больных за счет быстрого наступления клинического и эстетически значимого эффекта от проводимого лечения, улучшения течения заболевания и продления срока ремиссии, которая составила не менее 1 года.

Сочетанное применение низких доз миноциклина, бримонидина тартрата/ивермектина и лазерных технологий позволяет быстро и безопасно повысить терапевтическую эффективность, оказывая воздействие на большее количество звеньев патогенеза, что позволяет купировать максимальное количество симптомов, добиваться стойких клинических результатов, эффективнее справляться с эстетическими недостатками кожи, снижает частоту рецидивов, увеличивает период ремиссии, значимо улучшает качество жизни больных.

ПОДОЛОГИЯ

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областной кожно-венерологический диспансер», Астрахань

Кабанов В.А.

Подошвенные бородавки (plantar wart, verruca plantaris) – заболевание, вызываемое вирусом папилломы человека. Это заболевание часто диагностируется дерматологами, но иногда требует проведения дифференциальной диагностики.

Цель исследования. Оценка возможности применения ультразвукового исследования кожи в диагностике и дифференциальной диагностике подошвенных бородавок.

Материалы и методы. Было проведено 22 ультразвуковых исследования пациентам с подозрением на подошвенные бородавки. Группу составили пациенты от 14 до 60 лет (средний возраст 47,3 года). Из них соответственно 9 мужчин и 13 женщин. Ни у одного из пациентов до выполнения ультразвукового исследования не проводилось какое-либо лечение по поводу выявленных изменений. При ультразвуковом исследовании использовался линейный датчик с частотой сканирования 18 МГц. Помимо обычного сканирования в серошальном режиме применялся режим цветового доплеровского картирования для оценки васкуляризации патологической области. Сканирование осуществлялось путем создания слоя ультразвукового геля толщиной не менее 10 мм, без компрессии мягких тканей ультразвуковым датчиком. Дезинфекция ультразвукового датчика проводилась в соответствии со стандартными требованиями. Локализацией патологических изменений и, соответственно, зоной интереса у всех пациентов была плюсневая часть подошвенной поверхности стопы. Во всех случаях зона патологических изменений была единичной и локализовалась только на одной стопе. Во время исследования в обязательном порядке проводилось сравнительное сканирование здорового участка кожи, расположенного симметрично на другой стопе. При статистической обработке результатов измерений определялись медиана и значения 5 и 95 перцентилей.

Результаты исследования. У 19 пациентов (8 мужчин и 11 женщин) были выявлены эхоструктурные изменения, характерные для подошвенной бородавки. В проекции пальпаторно и визуально определяемых изменений у этих пациентов определялась веретенообразная структура, смешанной (преимущественно пониженной) эхогенности в толще поверхностных тканей (эпидермиса и дермы). Продольный размер (измерение параллельно оси стопы) зоны патологических эхоструктурных изменений составил 11,8 [8,9;14] мм, поперечный размер 10,0 [7,8;12] мм, толщина 3,4 [2,4;3,9] мм. В режиме цветового доплеровского картирования в 13 случаях (68,4 %) регистрировалась гипervasкуляризация вышеуказанной зоны в сравнении с прилегающими участками мягких тканей. У одного пациента (мужчина) при ультразвуковом исследовании было обнаружено инородное тело стопы (впоследствии верифицированное как осколок стекла). У двух пациентов (женщины) выявленные изменения были расценены как эхоструктурные признаки гиперкератоза (мозоль).

Выводы. Ультразвуковое исследование с использованием высокочастотных датчиков позволяет осуществлять диагностическую поддержку и проводить дифференциальную диагностику подошвенной бородавки с другими заболеваниями и состояниями.

ТРИХОЛОГИЯ

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЛОС КАК ПРЕДИКТОРНЫЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНОКСИДИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Государственное бюджетное учреждение «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства России, Москва

Гаджигорова А.Г., Цимбаленко Т.В., Михальчик Е.В.

Миноксидил является единственным средством для наружного применения, включенным в руководства по лечению андрогенетической алопеции (АГА). Это наиболее доступный и безопасный лекарственный препарат, однако его эффективность по данным различных исследований колеблется от 39 до 88%. Неэффективность лечения связывается с рядом факторов: генетических, патогенетических, метаболических и др. К числу молекул, участвующих в метаболических и регуляторных механизмах, связанных с воздействием миноксидила на волосяной фолликул (ВФ), относятся аденозинтрифосфат (АТФ) и ферменты сульфотрансферазы (СТ). На данный момент разработаны методики определения концентрации АТФ и активности ферментов СТ в луковицах волос, что могло бы быть использовано для прогнозирования эффективности терапии АГА миноксидилом.

Цель исследования. Изучить эффективность терапии миноксидилом у пациентов с АГА с учетом содержания АТФ и активности СТ в луковицах волос.

Материал и методы. В исследование были включены 30 практически здоровых пациентов с АГА в возрасте 19–45 лет (женщины $n=21$ с АГА 1–2 стадии по Людвигу и мужчины $n=9$ с АГА 1–3 стадии по Гамильтону–Норвуду). Все пациенты получали наружную терапию 5% лосьоном миноксидила: женщины 1 раз в день, мужчины 2 раза в день. До начала терапии в луковицах эпилированных волос проводились биохимические исследования: определялось содержание АТФ методом хемилюминесценции и активность СТ методом спектрофотометрии. Эффективность терапии оценивалась с помощью фототрихограммы (ФХТ) с подсчетом плотности волос на см^2 , % волос в стадии телогена, % vellusных волос, среднего диаметра волос. Полученные данные были обработаны с использованием пакета статистических программ «Statistica 10.0». Различия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$. Исследование связи между количественными признаками осуществляли при помощи коэффициента корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования. По данным ФХТ, через 3 месяца лечения у 23 пациентов (77% случаев) наблюдалось увеличение плотности волос с $233,7 \pm 8,5$ волос на кв. см до $257,3 \pm 8,3$ волос на кв. см ($p < 0,05$), а также снижение % vellusных волос и увеличение среднего диаметра волос ($p < 0,05$). У 7 человек (23%) плотность волос не увеличилась. В сравнении с пациентами, имевшими удовлетворительный ответ на лечение миноксидилом, у не ответивших на терапию пациентов отмечались достоверно низкие уровни АТФ ($23,2 \pm 2,6$ нг/лук и $8,4 \pm 2,2$ нг/лук соответственно, $p < 0,05$). Также в группе пациентов, не ответивших на терапию, отмечались достоверно низкие уровни активности СТ по сравнению с пациентами, ответившими на терапию: $6,7 \pm 1,1$ ед/лук и $26,1 \pm 2,8$ ед/лук соответственно ($p < 0,05$). Анализ корреляционных взаимосвязей позволил установить сильную положительную связь между активностью СТ и увеличением плотности волос ($r = 0,75$, при $p < 0,05$), что свидетельствует о влиянии активности СТ на выраженность

терапевтического эффекта. Аналогичными по направлению и умеренными по силе зарегистрированы взаимодействия между содержанием АТФ и увеличением плотности волос ($r = 0,6$ при $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с АГА, леченных миноксидилом, установлена положительная корреляция между выраженностью лечебного эффекта и уровнем активности СТ и содержанием АТФ в луковицах эпилированных волос. У пациентов, не ответивших на лечение миноксидилом, выявлено снижение содержания АТФ и активности СТ в луковицах эпилированных волос. Данное исследование устанавливает наличие тесной взаимосвязи между биохимическими параметрами волос и эффективностью терапии АГА миноксидилом, что предполагает использование данных тестов в качестве предикторных для оптимальной фармакотерапии АГА.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ОЦЕНКОЙ СОСТОЯНИЯ ВОЛОС, КОЖИ, НОГТЕЙ

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Гребенников В.А., Швец В.М., Гребенникова С.В.

Вопрос о состоянии волос, кожи, ногтей при коронавирусной инфекции разработан слабо. Цель и задачи исследования. Оценить у больных с ковид-19 состояние волос, кожи, ногтей в отдаленные сроки после лечения заболевания и наметить методы коррекции нарушений.

Материал и методы. Наблюдали 26 пациентов, получивших полноценное лечение, в сроки после его завершения от 1 до 17 месяцев.

Полученные результаты. Период после лечения ковид-19 в среднем $5,7 \pm 1,1$ месяцев. Женщин было 19, мужчин 7. Возраст в среднем $63,3 \pm 3,1$ года; лиц старше 65 лет 42%. Сопутствующими были гипертоническая болезнь (у 12), другие сердечно-сосудистые заболевания (у 2). Инкубационный период составил 3–4 дня у 6% больных, у остальных – 1–3 недели. Первые признаки по 62% – повышенная температура и общая слабость, у 46% – кашель, по 19% пациентов – одышка и нарушение обоняния, по 15% – мышечные и суставные боли, потливость. Прививка до заболевания отмечалась у 11 (42%). Среди привитых заболевание протекало легко. Инфицировались в семье – 36% больных, на свадьбах, днях рождения, поминках – 12%, на работе – 9%, при других контактах – 21%. Основными симптомами инфекции оказались – у всех повышенная температура, у 85% – общая слабость, у 73% – кашель, у 31% – утрата обоняния, по 23% – суставные боли, а также утрата вкуса, у 19% – одышка, по 15% – мышечные боли и потливость. Течение средней тяжести – у 35% больных, тяжелое – у 23% и легкое – у остальных. Максимальная температура от $39,1$ до 40 градусов у 15% больных, от $38,1$ до 39 градусов – у 39% и от 37 до 38 градусов – у 46%. Осложнениями при лечении ковид-19 были мерцательная аритмия – у 3 пациентов, снижение памяти – у 3, пневмония – у 2. Лечение ковид-19 включало противовирусные препараты, антибиотики, разжижающие кровь, кортикостероиды (при тяжелом течении). Волосы оказались пораженными у 22 (85%) больных, из их числа наблюдали поредение и выпадение (у 79%), повышение жесткости и снижение эластичности (у 23%), участки облысения (у 9%) и реже – тусклые волосы, их истончение. Выраженность поражения волос оценивали в 5-балльной системе: 1 б. – резко выраженное поражение, 2 б. – выраженное поражение, 3 б. – умеренное поражение, 4 б. – легкое поражение и 5 б. – едва заметное поражение. Среди 22 лиц с поражением волос на волосистой части головы поражение составило в среднем $3,1 \pm 0,3$ б.; пациентов с 1–2 б. было 32%, а с 4–5 б. – 36%. Нарушение роста волос чаще (у 56%) отмечено вскоре (1–3 нед.) после начала заболевания и связано, по-видимому, с патологическим действием возбудителя. У других пациентов (44%) поражение волос наступало после завершения

лечения ковид-19 (от 2 нед после лечения до 6 мес) и связано, вероятно, с токсическим влиянием лекарственной терапии. В связи с нарушением роста волос при ковид-19 мы назначали пациентам пантовигар (либо ундевит, гексавит) по 1 к. 3 раза в день 2 мес в сочетании с местными препаратами – миноксидил 2% – 2 месяца. Дополнительно лосьоны белосалик либо дипросалик 1 раз в день – 2 дня в нед. – 2 мес – с хорошим результатом. Продолжительность периода от начала лечения ковид-19 и нарушения роста волос до первых признаков улучшения волос – от 2 нед. до 2 месяцев. Ко времени нашего завершающего осмотра пациентов состояние волос восстановилось частично у 65% из числа лиц с поражением волос, полное восстановление – у 9%. Нарушения со стороны кожи, отмеченные у 58% больных, характеризовались сухостью, а из них у 47% – сочетание сухости кожи со снижением ее эластичности. Улучшение состояния кожи наблюдалось преимущественно после 2–3 недель лечения ковид-19. В лечении кожных проявлений целесообразны крем детский с витаминами, эмоленты. Ногти оказались измененными у 23% пациентов – истончение, повышенная ломкость, продольная исчерченность. Остаточными проявлениями коронавирусной инфекции и ее осложнений оказались нарушения со стороны волос – у 50% пациентов, кожи – у 20%, ногтей – у 15%, а также нарушение памяти – у 20%. Выводы. Исследования установили весьма существенные нарушения при коронавирусной инфекции со стороны волос, кожи, ногтей, сохраняющиеся зачастую продолжительно (более года) после лечения. Разработка рациональной терапии актуальна.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРИХОДИНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ ВЫПАДЕНИЕМ ВОЛОС

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Международный медицинский центр «СОГАЗ», Санкт-Петербург Леденцова С.С., Лисовский О.В., Парфенова М.А.

Введение. Триходиния классифицируется как аллодиния, состояние, при котором боль ощущается на коже скальпа без видимых внешних причин или вызывается обычно безвредными раздражителями. Вероятно, решающую роль в возникновении триходинии играет снижение порога активации нервных окончаний кожи волосистой части головы. В литературе имеются противоречивые результаты, касающиеся сопутствующих заболеваний волос у пациентов с триходинией. Durusoy et al. обнаружили, что триходиния чаще встречалась у пациентов с телогеновым выпадением, чем в группе андрогенетической алопеции. Williman et al. не обнаружили связи между триходинией и причиной выпадения волос. Существуют публикации, указывающие, что триходиния чаще ассоциируется с рубцовой алопецией. В настоящее время большую долю пациентов на приеме врачей-трихологов составляют пациенты с постковидным выпадением волос и жалобами на триходинию. Целью данного исследования было изучение частоты встречаемости триходинии среди пациентов с постковидным выпадением волос. Материал и методы. Был обследован 31 пациент с постковидным выпадением волос, медиана возраста составила 33,00 (30,00–38,00) лет, мужчин 4 из 31 (12,9%), медиана возраста 40,50 (37,25–45,25) лет, женщин 27 из 31 (87,1%), медиана возраста 32,00 (29,00–37,00) лет. Все они имели эпизод инфекции, подтвержденный с помощью ПЦР теста и (или) теста на антитела к COVID-19. Из них легкое течение COVID-19 наблюдалась в анамнезе у 13 из 31 (41,9%), среднетяжелое течение у 10 из 31 (32,3%), тяжелое течение у 5 из 31 (16,1%), крайне тяжелое течение у 3 из 31 (9,7%). Начало выпадения волос пациенты в среднем отмечали на 65 день от начала заболевания. Интенсивность выпадения

волос не зависела от степени тяжести перенесенной COVID-19 инфекции. Всем пациентам с постковидным выпадением было предложено пройти экспресс-скрининг для оценки уровня тревоги и депрессии в виде Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Результаты. Триходиния была диагностирована у 12 из 31 (38,7%) пациентов, из них 1 (8,3%) мужчина и 11 (91,7%) женщин. У пациентов с триходинией чаще встречалось среднетяжелое течение COVID-19: у 8 из 12 (66,7%), у пациентов без триходинии встречалось легкое течение COVID-19: у 12 из 19 (63,2%). При оценке шкалы HADS у пациентов с триходинией медианное значение тревоги было 10,00 (9,00–11,50) баллов, депрессии 9,50 (8,25–13,50) баллов, что соответствовало субклинически выраженной тревоги/депрессии, в то время как у пациентов без триходинии эти значения были значительно ниже: 6,00 (4,00–7,00) ($p < 0,001$) и 6,00 (5,00–7,00) ($p < 0,001$) баллов соответственно, что расценивалось как отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии.

Вывод. Таким образом, частота встречаемости триходинии при постковидном выпадении составила более трети пациентов, у большинства из них наблюдалось среднетяжелое течение COVID-19 в анамнезе, с преобладанием субклинически выраженной тревоги/депрессии, что позволяет заподозрить вероятную связь между возникновением триходинии и психологическими стрессовыми факторами на фоне эмоциональной лабильности у пациентов, перенесших COVID-19 в более тяжелой форме.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДИФFUЗНОЙ АЛОПЕЦИИ.

Медицинский центр высоки технологий «Лазервита», Москва Пурцванидзе В.А., Шуайбова А.М.

Введение. Согласно статистическим данным выпадение волос после COVID-19 происходит у 25% пациентов. Причем вирус негативно не влияет на волосные фолликулы, а ранняя остановка роста волос связана с интоксикацией, агрессивным медикаментозным лечением, стрессовым состоянием пациентов, образованием микротромбозов, вследствие чего происходит нарушение микроциркуляции кожного покрова головы и подавление иммунной системы в области волосной фолликулы. Диффузная алопеция в острой форме характеризуется сильной потерей волос по всей части головы, снижением их качества, значительным уменьшением объема и негативным воздействием на психоэмоциональное состояние пациента. Патология носит временный характер, при условии отсутствия сопутствующих проблем, но у пациентов, которые имеют предрасположенность к выпадению волос, патологический процесс может быть затяжным. ФДТ обладает не только цитостатическим действием и широко применяется в лечении онкологических заболеваний. Она широко применяется и в дерматологии, в стоматологии, при лечении длительно незаживающих язв, в гинекологии, урологии и других направлениях медицины.

Цель исследования. Оценить эффективность Фотодинамической терапии в лечении очаговой алопеции.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование и лечение 46 пациентов женского пола с диффузной алопецией, в возрасте от 20 до 65 лет. Всем пациентам проводилась компьютерная диагностика волос, с помощью которой определяли диаметр волос, состояние и размер волосной фолликулы, плотность роста волос и состояние кутикулы волоса. Проводились следующие лабораторные исследования: клинический и биохимический анализ крови, С-реактивный белок, расширенная коагулограмма, иммунограмма, микроэлементы и определялся гормональный статус. Пациенты были разделены на две группы.

Первой группе проводилась комплексная терапия, включающая в себя дезинтоксикационную, гепатопротекторную, сосудорасширяющую терапию. Также назначались ингибиторы 5-альфа-редуктазы, витамины и плазматерапия. Второй группе пациентов в комплексное лечение была добавлена Фотодинамическая терапия с локальным нанесением 1% геля на основе Хлорина Е6, с последующим облучением волосистой части головы красным и синим светом на 662 и 400 нм. Лекарственно-световой интервал препарата составил 30–40 минут. Доза света составила 50 Дж/см². ФДТ проводилась 10–15 раз и с интервалом в 1–2 дня.

Заключение. Данное исследование показало, что период восстановления волос у группы пациентов, которым проводилась ФДТ, сократился в 2 раза, с трех до полутора месяцев.

Выводы. ФДТ обладает иммуномоделирующим и регенерирующим действиями, улучшает микроциркуляцию кожи волосистой части головы и сокращает срок восстановления. Фотодинамическая терапия может применяться не только при лечении диффузной алопеции, но и очаговой и гнездной.

ЧТО СКРЫВАЕТ ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС?

*Клиника дерматологии и косметологии Chistotel, Москва
Ромашкина А.С., Бондаренко К.В.*

Постковидное выпадение волос – актуальная проблема, связанная с обильным выпадением волос. Стресс, температурная и вирусная интоксикация, нарушение микроциркуляции и недостаточность питательных веществ и витаминов сказывается на состоянии волос в целом и волосных фолликулов в частности. В период коронавирусной инфекции все вышеперечисленные факторы воздействуют на фолликулы, приводя к потере волос, которую мы наблюдаем спустя 2–недели от заболевания.

Цель исследования: выявить с помощью метода трихоскопии причины выпадения волос после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 30 человек (10 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет. В качестве метода диагностики использовался осмотр, сбор анамнеза, трихоскопия.

Результаты. Выпадение волос отмечено через 4–10 (в среднем 7,2) недель после перенесенной коронавирусной инфекции. Интенсивность выпадения волос варьирует от легкой до тяжелой степени. Выявлена тенденция к выпадению волос пачками в начале заболевания, в 30% отмечается болезненность кожи головы. При трихоскопии на фоне постковидного выпадения волос выявлены андрогенетическая алопеция (35%), гнездная алопеция (19%), тракционная алопеция (15%), псориаз волосистой части головы (2%), себорейный дерматит (4%).

Заключение. Выпадение волос после перенесенной коронавирусной инфекции в 75% маскирует другие причины выпадения волос (андрогенетическую, гнездную, тракционную и др. виды алопеций).

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ.

*Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербург; Клиника «Волосы.ру», Санкт-Петербург; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва; Санкт-Петербург
Раводин Р.А., Денисова Е.А., Анохина Л.С.*

Цель: улучшить приживаемость волос при их трансплантации при первичных рубцовых алопециях.

Материал и методы: первичные рубцовые алопеции характеризуются фолликулоцентрическим воспалительным процессом, который приводит к разрушению волосяного фолликула. Повреждения волосяного фолликула первичны, нефолликулярные структуры кожи относительно сохранены, в отличие от вторичных рубцовых алопеций, при которых волосяной фолликул вовлекается в процесс заодно с другими структурами кожи. Распространенности первичных рубцовых алопеций на трихологическом приеме составляет 3–7%. Одним из возможных методов коррекции конечных стадий рубцовых алопеций является трансплантация волос в область рубца. Условием для пересадки волос являлось отсутствие прогрессирования основного заболевания в течение 2 лет. Пересадка волос в рубцовую ткань производилась бесшовным методом FUE – Follicular Unit Excision/Extraction (наиболее часто применяемый способ, поскольку не требует разреза кожи, не оставляет заметных послеоперационных рубцов). По данным ряда исследований, приживаемость волос при этом способе пересадки может быть улучшена при использовании инъекций обогащенной тромбоцитами плазмы. Под нашим наблюдением находилось 8 пациентов с первичной рубцовой алопецией (6 женщин и 2 мужчин, средний возраст 55 лет), которые были разделены на 2 группы (опытную и контрольную) по 4 человек (3 женщины и 1 мужчины). Опытная группа через месяц после пересадки волос получала 1 раз в 3 недели в течение 4 месяцев инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы в кожу волосистой части головы. Оценку приживаемости волос проводили с помощью обзорной фотосъемки и фототрихограммы спустя 6 и 12 месяцев после операции по пересадке волос.

Результаты: в опытной группе в сравнении с контрольной приживаемость волос была выше на 15%.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о хороших результатах использования инъекций обогащенной тромбоцитами плазмы для улучшения приживаемости волос после их пересадки при первичных рубцовых алопециях.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С IGE-НЕЗАВИСИМЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии? Москва

Абрамова В.В., Немер А.А.М., Жукова О.В.

Введение. Вопросы терапии атопического дерматита (АтД), осложненного вторичным инфицированием, вызывают постоянные дискуссии. Колонизация кожи *S. aureus* и *S. epidermidis* у детей с АтД приводит к инициации воспаления и утяжелению заболевания. Неоднократное использование противомикробных препаратов у детей усугубляется ростом антибиотикорезистентности к ним *S. aureus* и *S. epidermidis*, а также увеличением числа метициллин-резистентных штаммов *S. aureus*. Применение глюкокортикостероидов (ГКС) также имеет ряд побочных эффектов, что ограничивает длительность их назначения у детей. Проблема возможности контроля за избыточной колонизацией *S. aureus* стоит остро, при этом для достижения ее управляемого уровня предпочтительно назначение нестероидных наружных препаратов, таких как активированный пиритион цинка (АПЦ). АПЦ обладает широким спектром взаимодополняющих фармакодинамических эффектов: противовоспалительный, проапоптогенный, противомикробный и противогрибковый.

Цель. Оценить терапевтическую и микробиологическую эффективность АПЦ в виде монотерапии у пациентов с IGE-независимым АтД.

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 детей от 2 до 8 лет с диагнозом IGE-независимый АтД, легкая степень тяжести (индекс SCORAD ≤ 25), стадия обострения и лабораторно подтвержденной избыточной бактериальной колонизацией в области высыпаний, получавшие амбулаторное лечение в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» в 2021 году. В течение 6 нед. до исследования пациенты получали только базовую терапию (эмоленты). Пациенты были разделены на 2 группы по 15 человек. I группа получала наружную терапию АПЦ в виде 0,2% крема в режиме 2 раз в сутки. II группа – комбинированным ГКС-кремом (топический стероид + антибиотик) 2 раза в сутки. До лечения, на 7-й и 14-й дни производилась оценка тяжести кожных проявлений с помощью индекса SCORAD и исследование уровня бактериальной колонизации в очагах АтД микробиологическим методом исследования биоматериала. До лечения среднее значение индекса SCORAD у пациентов I группы составило $20,4 \pm 2,07$ балла, у пациентов II группы – $20,7 \pm 2,16$ балла ($p < 0,05$). При микробиологическом исследовании материала из очагов на коже в I группе у 10 (67,0%) пациентов получен обильный рост *S. aureus*, у 5 (33%) – умеренный рост *S. aureus* и *S. epidermidis*. У пациентов II группы обильный рост *S. aureus* определялся у 9 (60,0%) пациентов, умеренный рост *S. aureus* у 1 (6,7%), умеренный рост сочетанной флоры у 3 (20,0%) и у 2 пациентов (13,4%) скудный рост сочетанной флоры.

Результаты. Через 7 дней от начала лечения у пациентов I группы, получавших наружное лечение АПЦ, индекс SCORAD составил $12,4 \pm 2,01$; через 14 дней – $7,3 \pm 2,01$ балла. Терапевтическая эффективность составила 93,3%, при этом клиническая ремиссия констатирована

в 73,3% случаев. Отсутствие эффекта не замечено ни в одном случае. Во II группе через 7 дней индекс SCORAD составил $11,3 \pm 1,9$; через 14 дней – $6,6 \pm 1,08$ балла. Различий в степени снижения выявлено не было ($p = 0,276$). У пациентов второй группы терапевтическая эффективность составила 86,6%, при этом клиническая ремиссия составила 66,6%. Результаты бактериологического исследования в I группе на 7 день лечения показали отсутствие роста патогенной и условно-патогенной флоры у 6 (40,0%) пациентов, у остальных 9 (60%) – скудный рост. На 14-й день у 12 пациентов рост патогенной и условно-патогенной флоры не определялся (80,0%), у 2 (13,4%) пациентов – скудный рост смешанной флоры и у 1 человека (6,7%) – скудный рост только *S. epidermidis*. Во II группе на 7 день лечения роста флоры отсутствовал у 8 (53%) пациентов, у 7 (47%) определялся скудный рост условно-патогенной флоры; на 14 день – у 14 пациентов (86,6%) выявлено отсутствие роста флоры, у 1 пациента отмечался скудный рост сочетанной флоры (6,7%).

Обсуждение. В обеих группах после лечения отмечалось достоверное снижение уровня колонизации очагов *S. aureus* и значения индекса SCORAD. Результаты обследования детей показали, что легкое течение IGE-независимого АтД не исключает риска повышенной колонизации стафилококками. При применении АПЦ достоверно происходило уменьшение риска вторичного инфицирования у наблюдаемых детей. Совокупность имеющихся данных о клинической эффективности и безопасности АПЦ позволяет рекомендовать его как одно из эффективных средств для наружной терапии легкого течения IGE-независимого АтД.

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ

Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Береснева Т.А., Иванова А.И., Николаева К.И., Уфимцева М.А.

Введение. Заболеваемость аллергодерматозами стабильно регистрируется среди работников промышленности. Так авторами с 2018 по 2021 гг. оценивалась динамика их проявления среди работников металлургического цеха производства меди, и было определено, что данные патологии наблюдались в 9,2–10,0% случаев. Стоит отметить, что увеличилось количество случаев профессиональных аллергодерматозов (ПАД) – аллергического дерматита и экземы. Среди больных аллергодерматозами выявлено влияние никеля, марганца оксидов и формальдегида соответственно у 92,3%, 30,8% и 65,4% больных. В 100% выявленных случаев профессиональных заболеваний одним из либо единственным этиологическим фактором была экспозиция никеля. Цель – описание клинико-anamnestических особенностей ПАД, практическое применение алгоритма диагностики.

Материалы и методы. Проведение углубленного медицинского осмотра 295 работников металлургического цеха производства черновой меди, из них 25 женщин (средний возраст $44,5 \pm 2,0$), 270 мужчин (средний возраст $45,1 \pm 2,0$), обследование пациентов с подозрением на ПАД в условиях стационара с подробным описанием клинических случаев. Результаты и их обсуждение. За период исследования среди обследованных лиц заболевания кожи выявлены у 44% работников металлургического производства. Было установлено 5 случаев профессиональных заболеваний, из них 3 были в 2021 г. с применением разработанного и запатентованного алгоритма диагностики, что

показывает его эффективность. Далее представлены клинические случаи. Пациент 37 лет, обратился с жалобами на высыпания на кистях. Впервые высыпания на кистях, сопровождающиеся зудом, появились в 2012 г. По месту жительства поставлен диагноз: Экзема кистей. В период 2012–2019 гг. отмечал периодическое появление высыпаний, со значительным улучшением во время длительных выходных и полным регрессом во время отпуска. Объективно: Кожные покровы физиологической окраски, влажность снижена. Кожный процесс симметричный, локализуется на коже кистей, представлен очагами эритемы до 1,5 см с нечеткими границами, на поверхности которых расположены папулы розового цвета, серозно-геморрагические корочки, эксфолиации. Высыпания регрессировали после перевода на должность водителя. По результатам проведенных лабораторных исследований выявлена сенсibilизация к никелю, марганцу, ванадию, остальные все проведенные анализы в пределах референсных значений. Диагноз: Профессиональная экзема, обусловленная сенсibilизацией к производственным аллергенам. Пациент 47 лет, до 2020 г. слесарь-ремонтник. Впервые высыпания отметил в 2013 г., через 6 месяцев после начала работы. За помощью не обращался, самостоятельно использовал мазь левомецетина. Улучшение во время отпуска и выходных. В поликлинике центра профпатологии установлен диагноз: Аллергический дерматит верхних и нижних конечностей. Направлен в стационар для дообследования. Выявлена положительная сенсibilизация к никелю. В январе 2021 г. получено подробное описание условий труда рабочего места: пациент имеет контакт с никелем. Диагноз: Профессиональный аллергический контактный дерматит, обусловленный сенсibilизацией к производственным аллергенам (никель). Пациент 49 лет, огнеупорщик. Впервые высыпания, со слов, отметил в 2019 г., однако из данных карт профосмотров ксероз кожи кистей рук в 2017 г., связывал с нарушением работой. Полный регресс в отпуске. Данные амбулаторной карты не предоставлены, со слов, был назначен крем бетаметазона, который применялся эпизодически. Направлен в стационар центра профпатологии в июне 2021 г. с диагнозом: Сухая экзема кистей рук. Сенсibilизация к никелю, формальдегиду, с которыми имеет контакт. В январе 2021 г. установлен диагноз: Профессиональная экзема кистей рук, обусловленная сенсibilизацией к производственным аллергенам (никель, формальдегид). Применяемый нами алгоритм диагностики представлен 3 уровнями маршрутизации, от подозрения на аллергическое заболевание кожи на медицинском осмотре до конечного диагноза профессионального заболевания в центре профпатологии, пригоден для использования в условиях стационарного и поликлинического звена. При сборе анамнеза у пациента стоит уделить особое внимание вопросам времени начала дерматита, возможной связи с работой, тип и специфику контакта с возможными аллергенами на работе, контакт с возможными аллергенами в свободное время, какие средства для ухода за кожей использует пациент. Аллергопробы являются основным методом выявления аллергенов и рекомендуются пациентам с персистирующим или рецидивирующим дерматитом.

СОЧЕТАНИЕ ИХТИОЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ 2282DEL4 В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА

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

Введение. Вульгарный ихтиоз и атопический дерматит являются коморбидными состояниями. Мутации в гене филаггрина вносят вклад в развитие сухости кожи, которая является важным симптомом этих заболеваний.

Цель. Оценить встречаемость атопического дерматита у пациентов с ихтиозом в зависимости от наличия мутации в гене филаггрина (2282del4).

Методы и материалы. Методом простой последовательной выборки из 227 пациентов с ксерозом были отобраны пациенты гомозиготы по мутации в гене филаггрина – 18 человек, гетерозиготы – 27, без мутации – 182. Оценивали наличие вульгарного ихтиоза и атопического дерматита (АтД) на момент осмотра или в анамнезе.

Результаты. Среди пациентов гомозигот по мутации в гене филаггрина ихтиоз был у 7 человек, из которых у 3 сочетался с АтД, среди гетерозигот ихтиоз выявлен также у 7 пациентов, из них у 5 в сочетании с АтД. У пациентов без мутации ихтиоз был в 4 случаях, из которых в 3 сочетался с АтД. АтД без сочетания с ихтиозом встречали у 8, 13 и 78 пациентов по группам соответственно. Частота встречаемости минорного аллеля rs558269157 для всех пациентов с клинически сухой кожей составила 14%, для атопического дерматита – 15%, для сочетания атопического дерматита с ихтиозом – 50%, для ихтиоза – 71%. Заключение. Таким образом, АтД сочетался с ихтиозом только у 16% пациентов с сухой кожей, но 61% пациентов с ихтиозом имели АтД. Чаще это были пациенты гетерозиготы или без мутации 2282del4 в гене филаггрина.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА «ПОСТАКНЕ»

Многопрофильная клиника «Молодость», Ижевск
Замараева Д.Д., Бычкова Н.Ю.

Введение. Перенесенное акне – самая частая причина формирования рубцов и других эстетических дефектов кожи лица. В результате эволюционного полиморфизма воспалительных элементов отмечается поствоспалительная гиперпигментация и другие варианты дисхромий, множественные рубцы, расширение и деформация выводных протоков сальных желез и другие изменения кожи. В настоящее время для лечения симптомокомплекса «постакне» применяются химические пилинги, дермабразия, абляционные и неабляционные лазеры, фракционный радиочастотный метод, широкополосные световые методики (IPL, BBL), тканевые наполнители. При использовании данных методов терапии могут отмечаться побочные эффекты и/или недостаточная эффективность. На сегодняшний день в дерматологии широко применяются новые методы лечения, основанные на фотохимии, фотобиологии и квантовой физики. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является методом терапии, при котором используются лекарственные препараты – фотосенсибилизаторы (вещества, чувствительные к свету) и низкоинтенсивное излучение с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора. Многие авторы отмечают эффективность применения данного метода у пациентов и при лечении акне, наблюдается корреляция ФДТ в отношении функциональных параметров кожи (кислотность, жирность, влажность), что свидетельствует о восстановлении функционирования липидной мантии кожи, также отмечается положительный эффект ФДТ на активность клеточного и гуморального звеньев иммунной системы. Однако, в доступной литературе мы не нашли данных по использованию ФДТ в лечении постакне. Цель: оценка эффективности ФДТ в терапии симптомокомплекса «постакне».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 25 пациентов (22 женщины и 3 мужчины) в возрасте от 18 до 47 лет с симптомокомплексом «постакне». Длительность ремиссии акне – от 6 месяцев до 19 лет. Проводилась фотодинамическая терапия (REVIXAN DUO LIGHT с длинами волн – 400±2 нм и 660±2 нм) с гелем-фотосенсибилизатором Хлодерм 660, содержащим 0,2%

Chlorophyllin – CI 75810 (декларация соответствия ЕАЭС No RU Д-РУ. АЮ18.В.08190) 1 раз в неделю, общее число процедур 8. Критерии включения в исследование: возраст 18–50 лет, симптомокомплекс «постакне» (поствоспалительный гипермеланоз, рубцы, сосудистые пятна, ретенционные кисты, деформация выводных протоков сальных желез), ремиссия не менее 6 месяцев. Фотосенсибилизатор наносили на предварительно очищенную кожу под окклюзионную пленку. Длительность экспозиции – 20 минут. По окончании этого времени препарат тщательно смывался и проводилась процедура облучения на приборе для фотодинамической терапии. Режим выбирался в зависимости от имеющихся клинических показаний. По завершении курса наблюдается повышение тонуса и тургора кожи, выравнивание рельефа, сужение выводных протоков сальных желез, осветление участков гиперпигментации, выравнивание цвета лица. Эффективность оценивали путем количественного подсчета сосудистых, пигментных пятен и рубцов: клиническое выздоровление регистрировали при полном регрессе элементов; значительное улучшение – при регрессе не менее 75% элементов; улучшение – при разрешении элементов сыпи не менее 50%; отсутствие эффекта от процедур – при сохранении исходной клинической картины.

Результаты. При применении ФДТ наблюдалась положительная динамика: у 12% больных отмечено клиническое выздоровление (полный регресс поствоспалительной эритемы и участков гипермеланоза), у 64% – значительное улучшение процесса (регресс эритемы и пигментации, выравнивание рельефа и уменьшение глубины атрофических рубцов), у 24% – улучшение процесса (сохранились глубокие рубцы и деформация выводных протоков сальных желез при выравнивании рельефа, сужении пор и уменьшении глубины более поверхностных дефектов).

Обсуждение: таким образом, курс фотодинамической терапии оказывает противовоспалительный эффект, уменьшает выраженность патологических процессов в дерме, восстанавливает микроциркуляцию и стимулирует коллагенообразование, что клинически проявляется выравниванием рельефа, уменьшением выраженности атрофических рубцов, эритемы и дисхромии.

Выводы. 1. Акне является наиболее частой причиной формирования патологических рубцов и других эстетических дефектов кожи лица. 2. Уменьшение выраженности последствий перенесенного заболевания является важной задачей дерматовенерологов и косметологов, повышающая качество жизни этих пациентов. 3. Использование ФДТ для лечения симптомокомплекса «постакне» является высокоэффективным и безопасным методом терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРЯЗЕПОДОБНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, Екатеринбург

Иванова А.А., Ефимова М.С., Симонова Н.В., Шубина А.С.

Введение. Грязеподобные дерматозы (dirt-like dermatosis) – группа различных по этиологии и патогенезу заболеваний кожи, характеризующихся высыпаниями в виде пятен и бляшек, визуально напоминающих несмывую грязь. Она включает в себя такие заболевания, как грязный дерматоз Дункана, болезнь Дарье, вульгарный ихтиоз, эпидермальный невус, черный акантоз, сливной ретикулярный папилломатоз Гужеро-Карто. Грязный дерматоз Дункана (ГДД, terraforma-formedermatosis, TFFD) – хронический доброкачественный дерматоз неизвестной этиологии, клинически проявляющийся гиперпигментированными

высыпаниями, напоминающими несмывую грязь. Заболевание впервые описали Duncan W.C., Tshen J.A., Knox J.M. в 1987 году, однако этиология и патогенез до сих пор изучены недостаточно. Истинная заболеваемость и распространенность ГДД не ясна, публикаций, посвященных данному заболеванию, достаточно немного. По имеющимся в литературе данным заболевание чаще встречается среди детей и лиц женского пола. Основным методом диагностики грязного дерматоза Дункана является проведение пробы с 70% изопропиловым спиртом. При обработке высыпаний тампоном, смоченным раствором спирта, высыпания полностью удаляются. Целью исследования стала демонстрация клинического случая грязного дерматоза Дункана для обсуждения особенностей дифференциальной диагностики грязеподобных дерматозов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по исследуемой теме.

Результаты исследования. На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась пациентка Д. четырех лет, с жалобами на высыпания на коже спины, груди и шеи, визуально напоминающие несмывую грязь, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Со слов матери, высыпания появились около года назад, не смываются водой и мылом. Семейный анамнез: у отца, матери, брата atopический дерматит. Сопутствующая патология: atopический дерматит, хронический гастроэнтерит, задержка физического и психомоторного развития. При обращении состояние удовлетворительное; кожный процесс распространенный, симметричный, локализован на коже передней поверхности шеи, груди и спины, представлен множественными сливающимися между собой пятнами грязно-серо-коричневого цвета, с шероховатой поверхностью и четкими границами, сливающимися между собой и образующими сетчатый рисунок. При проведении пробы с 70% изопропиловым спиртом высыпания полностью удаляются. На основании клинической картины и результатов пробы с изопропиловым спиртом выставлен диагноз «грязный дерматоз Дункана». Рекомендовано очищение очагов с помощью спиртовых салфеток с последующим использованием эмолиентов и солнцезащитных средств.

Обсуждение. В практике врача-дерматовенеролога встречается множество заболеваний со сходной клинической картиной. ГДД требует дифференциальной диагностики с другими грязеподобными дерматозами (болезнь Дарье, вульгарный ихтиоз, эпидермальный невус, черный акантоз, сливной ретикулярный папилломатоз Гужеро-Карто), некоторые из которых могут являться индикаторами соматической патологии или быть ассоциированными с онкологическими заболеваниями.

Выводы. Грязеподобные дерматозы имеют схожую клиническую картину, что требует, в ряде случаев, применения специальных методов диагностики. На сегодняшний день имеются данные, которые указывают на связь грязеподобных дерматозов с другими заболеваниями кожи, эндокринной патологией, онкологическими заболеваниями, поэтому столкнуться с ними могут не только дерматовенерологи, но и эндокринологи, онкологи, врачи общей практики, косметологи, педиатры, терапевты. Повышение осведомленности специалистов о группе грязеподобных дерматозов поможет избежать диагностических ошибок и будет способствовать повышению качества медицинской помощи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ СТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ РУК

Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Костецкая А.В., Жукова О.В.

Введение. Экзема кистей рук является хроническим, распространенным, мультиэтиологическим заболеванием, негативно влияющим на

качество жизни пациентов. Проявляется эволюционным полиморфизмом высыпаний, развитие которых происходит под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов на фоне изменения реактивности организма и генетической предрасположенности. Нарушение эпидермального барьера и обеднение видового состава микрофлоры при хронической экземе приводит к количественному преобладанию золотистого и гемолитического стафилококков и дрожжевых грибов. Патогенные микроорганизмы выделяют токсины, которые, являясь суперантигенами, индуцируют иммунный ответ и осложняют течение экзематозного процесса. В мире существует большая потребность в эффективных терапевтических стратегиях для долгосрочного контроля за течением хронической экземы. По статистическим данным, после 5 лет лечения различными топическими средствами примерно 65% пациентов имеют непрерывно рецидивирующее течение. На сегодняшний день топические глюкокортикостероиды (ГКС) являются средством выбора для лечения экземы кистей рук, однако почти половина пациентов с хроническим течением не реагируют на терапию ГКС. Поэтому в практике врача-дерматолога важно найти альтернативные методы лечения, способствующие преодолению стероид-резистентности у пациентов с хронической экземой кистей.

Цель. Оценить эффективность комбинированного препарата состава мометазона фураат+гентамицина сульфат+эконазола нитрат+декспантенол в качестве первого этапа пролонгированной терапии стероид-резистентной хронической экземы кистей рук.

Материалы и методы. Пациент К., 29 лет. Обратился с жалобами на длительно существующие зудящие высыпания на коже кистей, стянутость и сухость кожи, изменения ногтей. До момента обращения к дерматовенерологу пациент в течение 2 лет безрезультатно лечился методами альтернативной медицины и топическими ГКС по совету знакомых. Пациент ссылался на сложную психологическую обстановку на работе, указывал, что в связи с этим по выходным для «борьбы со стрессом» употребляет крепкий алкоголь. В общем анализе крови отмечалось умеренное повышение эритроцитов, лейкоцитов и лимфоцитов, в биохимическом анализе крови – незначительное увеличение уровня АЛТ; общий анализ мочи в пределах референсных значений, анализы на гепатит С, HbsAg, ВИЧ, сифилис отрицательны. Исследование микробного биоценоза кожи проводили культуральным методом (бактериологическое исследование биоматериала на условно-патогенную микрофлору). С очагов поражения на тыле кистей выделена монокультура *Staphylococcus aureus*. С очагов на пальцах получен умеренный рост *Acinetobacter* spp. Уровень обсемененности составил 27 КОЕ (при норме до 20 КОЕ на чашку). Объективно: хронический воспалительный процесс с признаками вторичного инфицирования был локализован на коже тыла кистей и межпальцевых промежутков. Представлен участками инфильтрации, эскориациями, шелушением, трещинами, единичными золотистыми корочками. Индекс тяжести поражения рук при экземе (HECSI) был равен 140 баллам. Отмечались дистрофические изменения ногтей в виде выраженной поперечной исчерченности. Поставлен диагноз – хроническая идиопатическая экзема, осложненная вторичной инфекцией. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) = 23. В качестве наружной терапии пациенту был назначен многокомпонентный препарат состава мометазона фураат+гентамицина сульфат+эконазола нитрат+декспантенол 2 раза в сутки на 21 день.

Результаты. По истечении данного срока пациент явился для контрольного осмотра, на котором было отмечено уменьшение выраженности воспаления, инфильтрации, отсутствие эскориаций и признаков вторичного инфицирования, рост здоровой ногтевой пластины. Остаточное незначительное шелушение кожи сохранялось. Значение индекса HECSI снизилось до 12, ДИКЖ – до 3 баллов. Субъективных жалоб на зуд, стянутость и сухость кожи пациент не предъявлял.

Закключение. Собственный клинический опыт авторов свидетельствует о необходимости микробиологического контроля при отсутствии эффекта от стандартной терапии у пациентов с хронической экземой кистей. Для облегчения воспалительных и субъективных симптомов, а также коррекции избыточной бактериальной колонизации на первом этапе терапии могут быть рассмотрены комбинированные препараты с противовоспалительным, антимикробным и регенерирующим действием.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Марина А.О., Ускова К.А.

Введение. В последние десятилетия во всем мире отмечают неуклонный рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований кожи (ЗНО). Ежегодный прирост пациентов с выявленным раком кожи и меланомой составляет от 3 до 10%. Наиболее распространенной немеланомной злокачественной опухолью кожи является базальноклеточный рак кожи – БКРК (75% от всех случаев злокачественных образований кожи), плоскоклеточный рак кожи является второй по распространенности формой рака кожи (около 20%). Наблюдается рост заболеваемости меланомой кожи во всем мире – ежегодно в среднем регистрируется 132 000 случаев. В Российской Федерации в 2020 году зарегистрировано 6077 случаев впервые выявленной меланомы у женщин, что составляет 2% среди всех ЗНО (в 2010 году – 5323 случая), 4085 случаев – у мужчин, что составляет 1,6% (2010 году – 3093 случая). Большую роль в выборе метода лечения, в том числе объема оперативного вмешательства, а также отсутствии рецидивов после проведенного лечения играет своевременное обращение к специалисту. На раннее выявление злокачественного новообразования оказывает влияние, в том числе доступность и качество медицинской помощи, информированность пациента о проявлениях немеланомного и меланомного рака. Качество оказания медицинской помощи возможно улучшить при оснащении кабинета дерматолога-онколога необходимым оборудованием, что позволит наиболее точно поставить диагноз.

Цель. Провести анализ нозологической структуры новообразований кожи пациентов специализированного кабинета дерматолога-онколога. Материалы и методы. Провели статистический анализ амбулаторных карт пациентов, впервые обратившихся к врачу дерматологу-онкологу. Анализ провели за 2018–2020 годы. Проанализировано 3 633 амбулаторных карт. В программе Excel были составлены таблицы, включающие в себя возраст пациента, клинический диагноз и код по МКБ-10. С помощью функции Excel «Формула» была задана команда «СЧЕТЕСЛИ», с ее помощью рассчитывалась структура обращений по нозологиям. Расчеты проводились индивидуально для каждого года. С помощью функции «СРЗНАЧ» был рассчитан средний возраст пациентов, обратившихся в 2018–2020 годы к врачу на первичную консультацию.

Результаты. В 2018 году в кабинет дерматолога-онколога обратились 1317 пациентов (720 – женщин, 597 – мужчин), в 2019 году – 1327 (690 – женщин, 637 – мужчин), в 2020 году – 989 (510 – женщин, 479 – мужчин). Средний возраст пациентов, обратившихся за медицинской помощью, составил 46 лет. Наиболее часто среди всех впервые выявленных новообразований, по поводу которых пациенты обращались на консультацию, встречается невус (2018 год – 51,53%, 2019 год – 46,18%,

2020 год – 47,61%), второе место занимает базально-клеточный рак (19,44%, 20,36%, 20,63% за 2018, 2019, 2020 год соответственно). Наблюдается рост первичной заболеваемости меланомой: в 2018 году – 5,47%, в 2019 году – 7,57%, в 2020 году – 9,61%. Третье место по частоте встречаемости занимают доброкачественные образования кожи, такие как акрохордон, гемангиома, себорейная кератома, дерматофиброма, диспластический невус, которые входят в диапазон 18–20%. В результате проведенного анализа было выявлено, что наиболее часто диагноз по МКБ-10 C44, C43, Z03.1 выставлялся в 2020 году и составлял 4,72% и 3,18% и 12,1% соответственно.

Обсуждение. Проведен анализ нозологической структуры новообразований кожи пациентов специализированного кабинета дерматолога-онколога. Среди доброкачественных новообразований наиболее часто встречался невус, среди злокачественных – БКРК. Третье место по частоте встречаемости занимали доброкачественные образования кожи (акрохордон, гемангиома, себорейная кератома, дерматофиброма, диспластический невус). В ходе исследования наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в 2020 году по сравнению с 2018 годом, что может быть обусловлено трудностью в посещении медицинской организации в связи с эпидемией COVID-19. С ростом заболеваемости ЗНО кожи и меланомой возникла необходимость в создании специализированных кабинетов дерматологов-онкологов, которые позволят снизить нагрузку на общих онкологов и улучшить качество оказания медицинской помощи. Также качество медицинской помощи можно повысить с помощью оснащения кабинета необходимым медицинским оборудованием, в частности дерматоскопом, что позволит заподозрить злокачественные новообразования на более ранней стадии и сократить финансовые затраты на проведение дорогостоящих методов диагностики и лечения.

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва
Морозова В.С., Артемьева С.И.*

Введение. Псориаз – хроническое системное иммуновоспалительное заболевание с доминирующим поражением кожи и опорно-двигательного аппарата. Современные методы лечения позволяют достигнуть быстрого регресса высыпаний, увеличить длительность ремиссии и предотвратить развитие осложнений заболевания. Тактика выбора лечения зависит от множества факторов, таких как степень тяжести, стадия, локализация, форма псориаза, а также наличие у пациента коморбидных состояний, влияющих на течение патологического процесса и возможности терапии. Одним из таких коморбидных состояний является ожирение, которое не только осложняет течение заболевания, но и затрудняет подбор эффективной терапии. Известно, что в жировой ткани у пациентов с ожирением обнаруживается высокая концентрация интерлейкина (ИЛ)-23, а соответственно и повышенная субпопуляция лимфоцитов Th17, которые наряду с лимфоцитами Th1 экспрессируют гены, ответственные за синтез и последующий выброс в ткани большого числа разнообразных медиаторов воспаления, которые индуцируют активацию и гиперпролиферацию кератиноцитов, способствуют дальнейшему образованию в коже провоспалительных цитокинов и хемокинов, что приводит к акантозу и нарушению дифференцировки кератиноцитов эпидермиса. С учетом ключевой роли сигнального пути ИЛ23/Th17 у пациентов с псориазом, можно сделать предварительный вывод о том, что по сути у пациентов с ожирением и псориазом отмечается вдвойне усиленная выработка ряда провоспалительных цитокинов.

Следовательно, предпочтительным методом терапии таких пациентов является генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ). Однако в клинической практике врачи зачастую сталкиваются с проблемой отсутствия эффективности ГИБТ у пациентов с ожирением. В литературе данный аспект освещен недостаточно. В связи с чем актуальным на сегодняшний день является проведение исследований по изучению влияния ожирения на эффективность биологической терапии и патогенетических механизмов данной корреляции. В первую очередь необходимо проведение исследования, подтверждающего взаимосвязь ожирения и ответа на ГИБТ.

Цель. Сравнительный анализ эффективности ГИБТ в лечении больных псориазом с ожирением и нормальной массой тела.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов с псориазом, в возрасте от 21 до 74 лет, среди которых 16 женщин и 24 мужчины с диагнозом псориаз обыкновенный (n=3) и псориаз артрита (n=37), среднетяжелой и тяжелой степени. Все исследуемые получали различные генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) (инфликсимаб, устекинумаб, секукинумаб, адалимумаб, сетакимаб) и селективный иммуносупрессор (апремиласт), согласно стандартным схемам лечения. Больные были разделены на две группы: (1) пациенты с ожирением (n=20) и (2) с нормальной массой тела (n=20). Наличие ожирения оценивалось по индексу массы тела (ИМТ) согласно критериям Всемирной организации здравоохранения. Перед и во время терапии всем пациентам была проведена оценка клинического состояния, включающая степень выраженности суставного синдрома и индекс тяжести псориаза – PASI.

Результаты. Изучение эффективности ГИБТ показало, что наличие коморбидного ожирения у большинства пациентов приводило к резистентности терапии. В 70% случаев нашего наблюдения отмечалась недостаточная эффективность проводимой терапии, что приводило за собой неоднократную смену ГИБП (до 5 препаратов). При этом эффект «ускользания» возникал уже на первом году лечения. В группе же пациентов с нормальной массой тела частота контроля над заболеванием (достижение PASI 90/100) отмечалась в 90%.

Обсуждение. Антицитокиновая терапия псориаза и псориазического артрита позволяет достичь более длительного периода ремиссии заболевания. Однако один из ограничивающих факторов эффективности данной терапии – ожирение, которое не только является частью воспалительного процесса, но и увеличивает риск развития других коморбидных патологий, а также создает дополнительную нагрузку на суставы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что снижение массы тела способствует более выраженной положительной динамике клинических симптомов заболевания за счет снижения активности системной воспалительной реакции. Проведенное исследование показывает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, проведения изучения эффективности на большей выборке пациентов, что позволит в дальнейшем разработать эффективный алгоритм ведения пациентов с псориазом и сопутствующим ожирением.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения России, Москва
Новикова Д.Б., Чернова Н.И.*

Введение. Простой хронический лишай вульвы (ПХЛВ) (печесуха, ограниченный нейродерматит, лишай Видаля) – дерматоз, сопро-

вождающийся выраженным зудом, иногда болью, склонный к рецидивированию и клинически проявляющийся очагами лихенизации кожи, вследствие расчесов и трения. На сегодняшний день остается актуальным поиск новых методов лечения данного дерматоза, так длительное применение топических глюкокортикостероидов (ТГКС), являющихся стандартом лечения ПХЛВ, может приводить к ряду побочных эффектов, также ряд больных имеет низкую приверженность к стандартной терапии по причине гормонофобии. Для повышения эффективности лечения лихеноидных дерматозов в последние годы широкое применение находят физические терапевтические методы, один из них – низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), способный запускать многообразные биохимические и физиологические эффекты.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности местного осветления очагов поражения НИЛИ в сочетании с применением сильнодействующих ТГКС в терапии ПХЛВ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 пациенток в возрасте от 24 до 43 лет (средний возраст 29,1±4,16 лет) с ПХЛВ. Критерии включения: возраст от 18 до 45 лет; подписанное информированное согласие; критерии исключения: наличие инфекций, передаваемых половым путем; положительный тест на беременность. Всем пациентам проводился сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр. Больные в течение 2 недель получали стандартный курс ультрапотентным ТГКС, одновременно с началом наружной терапии осуществлялось неинвазивное лазерное облучение крови (НЛОК) и местное осветление очагов поражения НИЛИ. Процедуры назначались ежедневно, 10 сеансов. Анализ эффективности проводимого лечения осуществлялся по следующим параметрам: Дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ). Кратность обследования в ходе терапевтических мероприятий включала 3 визита (визит 1 – через 10 дней лечения, визит 2 – через 20 дней от начала лечения, визит 3 – через 1 месяц).

Результаты. Ведущей жалобой больных с ПХЛВ являлся зуд высокой степени выраженности: индекс ВАШ оценки зуда составлял 7–10 баллов, в среднем 8,7±1,2 балла. На втором визите показатели ВАШ снизились до 2,1±0,5 балла, в последующие недели показатель зуда не превышал 1,0–0,5 балла. Оценка степени выраженности клинических симптомов до лечения – индекс ДИШС – составил 18±0,2 баллов, после курса терапии до 2,8±0,1 баллов. Наличие ПХЛВ оказывало выраженное влияние на качество жизни больных, что проявлялось результатами тестирования: ДИКЖ у всех больных на момент первичного обращения был значительно снижен и определялся в 23,1±2,8 балла. Через 10 дней комплексного лечения отмечалось снижение средних значений ДИКЖ до 4,2±2,6 баллов и сохранение данных значений в среднем 4,6±2,4 баллов через месяц наблюдения больных. Следует отметить, что метод применяется в амбулаторной практике и не требует госпитализации больных. Ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов или нежелательных явлений.

Обсуждение. Анализ данных, полученных в ходе исследования, свидетельствует о высокой клинической и терапевтической эффективности комбинированной терапии, заключавшейся в применении сильнодействующих ТГКС, в сочетании с неинвазивным лазерным облучением крови (НЛОК) и местным осветлением очагов поражения низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ), что позволяет рекомендовать использование метода у больных ПХЛВ вульвы.

ДЕБЮТ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ РАНДЮ–ОСЛЕРА–ВЕБЕРА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Подкорытова О.М., Мыльникова Е.С., Николаева К.И., Бочкарев Ю.М.

Введение. Псориаз – хронический папулосквамозный дерматоз мультифакториальной природы, с частым поражением суставов. У пациентов с псориазом эфлоресценции возникают на месте повреждения эпидермиса различными травматическими факторами. Такое явление называется феномен Кебнера. Болезнь Рандю–Ослера–Вебера – редкое аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся множественными телеангиэктазиями на коже и слизистых оболочках, с частотой встречаемости от 1:5000 до 1:10 000 на 100 000 человек.

Цель. Представить клинический случай дебюта экссудативного псориаза у пациентки с болезнью Рандю–Ослера–Вебера.

Материалы и методы. Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников, представлен клинический случай. Пациентка К., 45 лет, обратилась в ГБУЗ СО СОКВД с жалобами на высыпания на правой голени, сопровождающиеся интенсивным зудом, мокнутием, отеком в области голеностопного сустава, усиливающейся к вечеру.

Результаты. В декабре 2021 года на базе ГБУЗ СО СОКВД пациентка консультирована сотрудниками кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Пациентке был установлен диагноз «Микробная экзема? Красный плоский лишай, гипертрофическая форма?», направлена на гистологическое исследование. А. torbi: считает себя больной с 2015 года, когда на фоне беременности пациентка отметила отечность нижних конечностей. После травматизации обувью появились высыпания на коже передних поверхностей голеней. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала анилиновые красители, антисептики. Процесс медленно прогрессировал, без ремиссии. Через два года отметила улучшение по кожному процессу на левой конечности и ухудшение на правой конечности: увеличение элемента в размерах, утолщение, усиление интенсивности зуда, появление мокнутия. Самостоятельно использовала домашние УФО-лампы, серную мазь, топические глюкокортикостероиды – без эффекта. А. vitae: синдром Рандю–Ослера–Вебера (2005 г.), нейродермит в детском возрасте, первичный субклинический гипотиреоз (2014 г.). У отца – болезнь Рандю–Ослера–Вебера, у сестры – вульгарный икhtiоз, скончалась в 20 лет по причине геморрагического инсульта вследствие разрыва аневризмы сосудов головного мозга; у брата – крапивница, витилиго, у сыновей – наследственная тромбоцитопатия, наследственная гемолитическая анемия. Объективно: кожный покров сухой, отмечаются чешуйки грязно-серого цвета, более выраженные на нижних конечностях. Патологический процесс локализован на передней и боковых поверхностях голеней. На правой голени на фоне гиперемии с четкими границами и розовым ободком овальная красно-коричневого цвета бляшка до 15 см в диаметре, с четкими границами, с веррукозными разрастаниями на поверхности, коричневыми корочками. По периферии бляшки отсеви в виде округлых папул до 2 см в диаметре, от красного до фиолетового цветов, с четкими границами, незначительным шелушением на поверхности. Гиперемия, отечность кожи в области межфалангового сустава I пальца правой стопы. Множественные телеангиэктазии на слизистой полости рта, языке, на коже дистальных фаланг пальцев кисти. При гистологическом исследовании эпидермис с выраженным диффузным гиперкератозом, участками паракератоза, с резко выраженным акантозом, очаговой вакуольной дистрофией.

Зернистый слой практически не выражен. Суброговые фокусы спонгиоза. В роговом слое имеется мелкое скопление гранулоцитов по типу микроабсцессов Мунро. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистоцитарные инфильтраты. Очаговый экзотитоз. Выражен папилломатоз сосочков дермы. Папиллярные сосуды расширены. Заключение: морфологическая картина лихеноидного дерматоза, наиболее соответствует псориазу. Клинический диагноз: Экссудативный псориаз, дебют. Вульгарный ихтиоз. Болезнь Рандю–Ослера–Вебера. Проведено лечение: раствор бетаметазона дипропионата 1,0 внутримышечно, дважды, клотримазол+гентамицин+бетаметазона дипропионат, крем, 2 раза в день, 14 дней, нимесулид, 100 мг, 2 раза в день, 10 дней. На фоне лечения отмечается улучшение по кожному процессу: уменьшение гиперемии, инфильтрации, интенсивности зуда, уменьшение размера очага. Рекомендованы топические глюкокортикостероиды, эмолиенты, консультация ревматолога.

Обсуждение. Описанный случай представляет интерес в связи с редкостью болезни Рандю–Ослера–Вебера, атипичным течением и сложностью дифференциальной диагностики псориаза. Следует отметить важность дальнейшего диспансерного наблюдения пациента у дерматовенеролога и врачей смежных специальностей.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ КЛЕЩЕЙ РОДА DEMODEX

Акционерное общество Фармацевтическое научно-производственное предприятие «Ретиноиды», Москва

Пустовая К.Н., Ноздрин В.И.

Введение. Для успешного лечения дерматита, вызванного видами *Demodex*, необходима точная диагностика, включающая не только определение клинических проявлений заболевания, но и лабораторное подтверждение. Наиболее частым способом обнаружения особей *Demodex* является метод соскоба кожи. Однако недолгий срок выживаемости паразитов вне организма хозяина затрудняет постановку диагноза и определение эффективности акарицидного действия исследуемых веществ.

Целью исследования явилось изучение факторов внешней среды, способствующих сохранению жизнеспособности клещей рода *Demodex*. Материалы и методы. Исследовали 5 свойств внешней среды: температура, свет, кислород, пребывание особей в естественной питательной среде и в щелочи. Каждый критерий изучали отдельно при прочих равных параметрах среды. Исследование выполнено на клещах рода *Demodex*, полученных от добровольцев, у которых методом соскоба осуществляли взятие содержимого сально-волосяных комплексов. Жизнеспособность особей оценивали по подвижности их ротового аппарата, конечностей и перемещению клещей в пространстве через определенные промежутки времени на микроскопе Axioskop 2 с камерой AxioCam и программным обеспечением AxioVision. После изучения литературных источников для анализа температуры были выбраны следующие границы: +18–20°C, +22–26°C, а также при +41°C, и +47°C. Работу проводили в термостате (ТС–1/20 СПУ термостат электрический суховоздушный). Другие четыре критерия рассматривали при наличии изучаемого параметра (свет, кислород, пребывание особей в естественной питательной среде и в щелочи) – экспериментальная группа и при его отсутствии – контрольная группа. Для оценки влияния светового раздражителя использовали светодиодную лампу 25 led, имеющую усредненные характеристики освещения. Для исследования потребности в кислороде была выбрана анаэробная среда (газогенераторная система для инкубации в анаэробной атмосфере Anaerocult A mini). Валидацию анаэробных условий проводили с помощью тест-полосок (Anaerotest). Содержимое сально-волосяных комплексов является естественной питательной

средой для наблюдения за особями *Demodex*. В контрольной группе использовали препаровальную иглу для отделения паразитов из питательной среды, перемещая их на свободную сторону предметного стекла. Для анализа последнего параметра применяли раствор NaOH, 0,1%, присутствующий в большинстве очищающих средств для кожи. Результаты. На момент начала эксперимента у всех добровольцев в материалах соскобов были выявлены подвижные клещи *Demodex* с выраженной двигательной активностью ротового аппарата и конечностей. В условиях нахождения в пределах температуры +18–20°C подвижность клещей рода *Demodex* сохраняется до 168±11 ч, при +22–26°C – до 192±12 ч, при +41°C – до 60±10 мин, при +47°C – до 30±3 мин. Другие параметры соответствовали обычным условиям обитания клещей. Особи находились в своей естественной питательной среде, без источника света, в аэробной среде. Выяснено, что под действием высокой температуры первым прекращается наиболее сложный вид движения – перемещение в пространстве. Последним – двигательная активность ротового аппарата. Пребывание паразитов в условиях действия светового раздражителя, в естественной питательной среде, при температуре +22–24°C в присутствии кислорода сохраняют их жизнеспособность до 20±0,4 ч. При отсутствии светового раздражителя – до 144±4ч. При изучении влияния наличия кислорода на жизнеспособность клещей *Demodex* выяснили, что длительность жизни особей имаго в бескислородном пространстве, в естественной среде, при температуре +22–24°C, в темноте составляет до 22 часов. В аэробных условиях их жизнеспособность находится в пределах до 168 ч. При наличии естественной питательной среды, при температуре +22–24°C, в присутствии воздуха и в темноте подвижность клещей сохраняется до 168±6 ч, без нее – до 23±1ч. Анализ влияния щелочной среды на продолжительность жизни паразитов показал, что подвижность клещей рода *Demodex* в условиях щелочной среды составляет до 6 ч., а в ее отсутствие – до 168 ч.

Заключение. Таким образом, условия окружающей температуры (от +20°C до +25°C), отсутствие световых и химических раздражителей, нормальный уровень кислорода в воздухе, а также наличие естественной питательной среды для клещей рода *Demodex* (секрет сальных желез, роговые клетки эпидермиса) являются оптимальными для их жизнеспособности. Выживаемость взрослых особей составляет от 48 до 168 ч.

СРАВНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КАПИЛЛЯРНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ТОПИЧЕСКИМИ СТЕРОИДАМИ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва

Сенникова С.В., Топтыгина А.П.

Введение. Согласно современным представлениям о патогенезе псориаза активную роль в этом заболевании играют Th1-, Th17- и Th22-клетки. Ключевые цитокины этих субпопуляций определяют формирование псориазического элемента, формируют петлю положительной обратной связи и поддерживают воспаление в псориазическом очаге.

Цель работы: исследовать влияние терапии топическими глюкокортикостероидами на цитокиновый профиль крови у псориазических пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 10 пациентов с верифицированным диагнозом псориаз в прогрессирующей стадии в возрасте от 18 до 70 лет (время с момента постановки диагноза 7,2 года). В контрольную группу вошли 10 здоровых людей, сопоставимых по

возрасту и полу. Обследованные подписывали информированное согласие. Для оценки тяжести и эффективности терапии псориаза рассчитывали Индекс тяжести псориаза PASI и Дерматологический индекс качества жизни DLQI. Пациенты с псориазом получали топическую терапию: 0,1% крема мометазона на протяжении 14 дней, локально на очаги поражения 1 раз в сутки. Оценка клинической эффективности проводили на 7-й, 14-й, 28-й день и через 6 месяцев от старта терапии. Взятие капиллярной крови осуществляли из пальца кисти у здоровых однократно, а у больных псориазом вблизи очага с клиническими проявлениями на 1-й, 14-й и 28-й день в объеме 200 мкл в микровету (Microvette 200 K3 EDTA). Кровь из локтевой вены отбирали в те же сроки в вакуумную пробирку с ЭДТА в объеме 3 мл. 50 мкл плазмы крови, полученной путем отстаивания проб крови, разливали в пробирки типа Эппендорф, замораживали и хранили при -30°C . Цитокины в плазме крови (IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10, IL-17A, IL-17F, IL-21, IL-22, IL-23, IL-25, IL-33, IFN- γ , TNF) определяли мультиплексным методом (MagPlex, BioRad, США) с использованием коммерческих тест-систем (определяемый динамический диапазон 0,2–3200 пг/мл). Полученные результаты подвергли статистическим методам обработки.

Результаты и обсуждение. Величина индекса PASI до начала терапии составила $13,8 \pm 1,7$, а индекса DLQI $12,1 \pm 1,2$. Выявлено статистически значимое снижение уровней данных индексов ($p < 0,05$) к 14 дню от начала терапии, что говорит о терапевтической эффективности исследованного метода лечения. Однако через 14 дней от завершения стандартной терапии (28-й день исследования) выявлено повторное нарастание симптомов и увеличение величин оценочных индексов PASI и DLQI. В группе здоровых доноров уровни исследованных цитокинов в венозной и капиллярной крови не различались. Важно, что исходные параметры цитокинового профиля у больных псориазом были значимо повышены, так уровень в капиллярной крови IFN- γ (ключевой цитокин Th1) превышал контроль в 1,5 раза, IL-4 (маркер Th2) – в 7 раз, IL-17A (маркер Th17) – в 5 раз и IL-23, способствующего Th17-типу ответа – в 4 раза, IL-21 (ключевой цитокин Tfh) – в 8 раз, IL-22 (маркер Th22) – в 3 раза. Уровень IL-10 не отличался от группы здоровых. В венозной крови были повышены уровни только IL-4, IL-21, IL-23 в 2 раза. При анализе провоспалительных цитокинов в капиллярной крови больных псориазом выявлено значимое повышение уровней IL-1 β – в 37 раз, IL-6 – в 2 раза и TNF – в 5 раз, в венозной крови – только TNF – в 6 раз. При терапии топическими глюкокортикостероидами выявлено значимое снижение в капиллярной крови IL-1, IL-4, IL-6, IL-21, IL-22, IL-23, IL-33, что обуславливает терапевтический эффект, но через 14 дней по завершении терапии обнаружен резкий подъем уровней IL-21, IL-33, IL-1, IL-22.

Выводы. Предложенный нами метод определения профиля цитокинов капиллярной крови из зоны псориазического поражения возможно использовать в практике для мониторинга местного иммунитета у больных псориазом. Он более информативен, чем исследование венозной крови. Стандартная терапия топическими глюкокортикостероидами в течение 14 дней демонстрирует положительный эффект как по данным клинической оценки кожных покровов, так и по уровню цитокинов капиллярной и венозной крови. Однако при отмене терапии выявлено нарастание симптомов, коррелирующее с увеличением ключевых цитокинов капиллярной крови вблизи очага псориаза, что подчеркивает необходимость новых терапевтических стратегий.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ДЕРМАТООНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Топычканова Е.П., Кохан М.М., Зильберберг Н.В., Римар О.Г., Куклин И.А.

Цель: провести ретроспективную оценку эффективности использования конфокальной лазерной сканирующей микроскопии в качестве диагностического метода при дерматологических и дерматоонкологических заболеваниях.

Материалы и методы. Дерматоскопия и конфокальная лазерная сканирующая микроскопия проводились на конфокальном лазерном сканирующем микроскопе VivaScope 1500/3000, Lucid-Tech. Inc., Henrietta, NY; MAVIG GmbH Munich, Germany. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 12.0. Результаты: в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» на конфокальном лазерном сканирующем микроскопе проведено 3336 исследований пациентам с различными дерматозами и подозрениями на злокачественные новообразования кожи (ЗНО). Всего обследовано 304 пациента с подозрением на ЗНО, из них 18,0% с подозрением на базально-клеточную карциному, диагноз был с высокой долей вероятности заподозрен у 92,0% исследуемых, и позже патоморфологически подтвержден у всех. В том числе были обследованы пациенты с нетипичной дерматоскопической картиной и новообразованиями малых размеров (до 0,4 см в диаметре), выявлены типичные конфокальные симптомы: визуализация опухолевых узлов, дендритные клетки, расширенные сосуды с активным кровотоком. Пациенты своевременно направлены к онкологу для проведения соответствующей терапии. Диспластический невус установлен и позже подтвержден у 28,5% пациентов из 81 направленного с подозрением на меланому кожи, 3 пациентам из этой группы заподозрен и позже патоморфологически поставлен диагноз меланомы кожи. С подозрением на меланоцитарное ЗНО направлено 67 пациентов, диагноз установлен и подтвержден у 91,6% исследуемых. В группе пациентов с НО кожи диагностированы также актинический кератоз, болезнь Бовена, гемангиомы, себорейный кератоз, меланоцитарные невусы, невус Шпитца, дерматофибромы. Направлено на конфокальную лазерную сканирующую микроскопию (КЛСМ) 110 пациентов с подозрением на первичную лимфому кожи (ПЛК). У 78,5% исследуемых выявлено: грибовидный микоз I-III стадии (93,5%), синдром Сезари (1,5%), лимфоматозный папулез (2,0%), В-клеточная лимфома кожи (2,0%) (подтверждено патоморфологически и иммуногистохимическим методом). Визуализированы специфические патоморфологические конфокальные симптомы, характерные для ПЛК: деструкция эпидермиса, атипичная лимфоидная инфильтрация в эпидермисе и дерме, микроабсцессы Потрие. На основании выраженности проявления конфокальных симптомов впервые разработана балльная их оценка, смоделирована математическая формула, позволяющая дифференцировать ГМ и хронические дерматозы. При диагностике хронических дерматозов были выявлены специфические патоморфологические конфокальные признаки, позволяющие заподозрить нозологии: псориаз (41,0%), атопический дерматит (29%), дискоидная красная волчанка (6,5%), склеродермия (3,5%), розацеа с визуализацией клеща Demodex foll. При псориазе проведена оценка активности кровотока в псориазической бляшке, активность эпидермального воспаления (микроабсцессы Мунро). По материалам проведенных исследований опубликовано 16

научных работ, из них 5 в зарубежных изданиях; разработан патент на изобретение и программа для ЭВМ.

Обсуждение. КЛСМ является эффективным, валидным, точным методом диагностики дерматозов и дерматоонкологических заболеваний. Позволяет в режиме реального времени неинвазивно с высокой долей вероятности заподозрить диагноз и своевременно разработать тактические меры. Также данная методика является перспективной для проведения дальнейших научных исследований.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ КСЕРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар
Глиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю.*

Введение. Широкое распространение ксероза у лиц пожилого и старческого возраста приводит к значительному снижению качества жизни и требует правильного ухода за сухой кожей. Средства «базового» ухода у пожилых людей должны обладать высокой терапевтической эффективностью, удобством применения, отсутствием возможного развития побочных реакций и сенсибилизации организма некоторыми компонентами, входящими в различные наружные формы. Благодаря сбалансированному составу (полидоканол, триглицериды кукурузного масла, триглицериды каприловой и каприновой кислот, Stimu-Tex®, масло макадамии, масло карите, масло авокадо, парафиновое масло, пантенол, гиалуронат натрия, рапсовое масло, Evosina® Na2GP) этим требованиям соответствуют комплексные эмоленты, которые обеспечивают длительное увлажнение, обогащение межклеточными липидами, восстановление гидролипидной пленки кожи, устранение жжения и зуда. Цель: провести сравнительный анализ эффективности и безопасности применения комплексных и монокомпонентных эмолентов в терапии ксероза у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 пациентов в возрасте от 55 до 80 лет (41 женщина и 19 мужчин) с клиническими проявлениями старческого ксероза. Пациенты разделены на 2 равнозначные группы по 30 человек. В основной группе пациенты ежедневно не более 15 минут принимали ванну с добавлением 30 мл комплексного эмолента в форме эмульсии (1 мерка). После купания кожу осушали полотенцем и наносили тонкий слой комплексного эмолента в форме крема 2 раза в день. В контрольной группе на участки сухой кожи наносили монокомпонентный эмолент (ланолин). Длительность терапии составляла 30 дней. Эффективность терапии оценивали на 14-й и 30-й день с учетом клинической динамики (исчезновением или уменьшением гиперемии, шелушения), субъективных жалоб (наличие сухости и зуда). Для оценки морфологического состояния кожи использовали ультразвуковой сканер SkinScannerDUBTPM (Германия) с датчиком 75 МГц, глубиной сканирования 4 мм и разрешающей способностью 21 мкм. Для оценки состояния кожи использовали следующие критерии: толщина эпидермиса, однородность структуры рогового слоя, наличие границы между эпидермисом и дермой. В контрольной группе во время первого контрольного осмотра значительное улучшение кожного патологического процесса наблюдалось у 30% больных, у 50% изменений не было, 20% отмечали исчезновение только субъективных ощущений. К концу наблюдения регресс кожного процесса зафиксирован у 79%. Однако в контрольной группе отмечалась непереносимость увлажняющих средств в виде усиления кожного зуда, гиперемии, что требовало изменения тактики выбора топической терапии. При применении комплексных эмолентов к 14 дню у 85% пациентов значительно уменьшились или практически полностью исчезли шелушение, ощущения зуда, сухости и стягивания кожи, у 15% сохранялось слабовыраженное шелушение. К 30-му дню лечения кожные проявления и субъективные

жалобы полностью регрессировали, улучшилась эластичность кожи у 99% пациентов основной группы. Побочных явлений, связанных с непереносимостью препарата, не было зарегистрировано на протяжении всего курса терапии. Все пациенты указали на удобство применения, хорошую текстуру, отсутствие запаха при применении комплексных эмолентов. По данным ультразвукового сканирования кожи на 14-е сутки терапии у больных 1-й группы наблюдались эхоструктурные изменения кожи: незначительное уменьшение толщины рогового слоя, улучшение однородности эпидермиса (равномерное распределение эхосигналов). Через 30 дней результаты ультразвукового сканирования в 1-й группе показали более выраженное, по сравнению с первым контрольным исследованием, уменьшение толщины эпидермиса, однородность структуры рогового слоя, визуализировалось отграничение эпидермиса от дермы. Данные изменения структурной организации эпидермиса характеризуют улучшение процесса кератинизации. Во 2-й группе результаты существенно не отличались от таковых при первом контрольном исследовании.

Вывод. Высокая эффективность, безопасность и комплаентность современных комплексных эмолентов в терапии старческого ксероза подтверждена нашими клиническими исследованиями, что позволяет с успехом рекомендовать их в качестве эффективных средств для ежедневного ухода или в комплексной терапии больных и с другими десквамативными дерматозами в геронтологической практике.

ПАХИДЕРМИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ПОДРОСТКА

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Шорикова А.И., Паскевич П.В., Сорокина К.Н.

Складчатая пахидермия кожи головы (СПКГ) (paquidermia verticis gyrata, cutis verticis plicata, bulldog scalp syndrome) – редкий доброкачественный прогрессирующий дерматоз, который характеризуется гипертрофией и гиперплазией кожи с резким утолщением и уплотнением соединительной ткани дермы, развивающейся на фоне стойкого расширения лимфатических сосудов и лимфостаза. СПКГ чаще встречается у мужчин – 1 случай на 100 тыс., у женщин – 0,026 случая на 100 тыс. населения. Выделяют первичную СПКГ и пахидермию кожи головы, входящую в состав синдромов, которые являются следствием воспалительных процессов и эндокринных нарушений, сочетающуюся с другими аномалиями развития. Заболевание развивается в период полового созревания или после него, а полная клиническая картина проявляется к 20–30 годам. На волосистой части головы визуализируются участки утолщенной кожи глубоких извилистых борозд и складок, приподнимающихся на 1–2 см вдоль фронтоокипитальной оси, с невозможностью расправления при натяжении кожи. Рисунок борозд имитирует извилины мозга. В части случаев между складками развиваются явления мокнутия со зловонным запахом. Волосы на гребнях складок разрежены, в глубине складок обычно толстые, густые. СПКГ диагностируется на основании данных клинической картины, подтвержденных в сомнительных случаях гистологическим исследованием биоптатов кожи. В гистологической картине биоптата выявляются гиперпластические изменения невузного характера или гиперпластические изменения с периостальными включениями. В лечении пахидермии применяется симптоматическая наружная терапия, физиолечение: электрофорез и ультрафонофорез с лидазой, лазеротерапия. Для коррекции эстетического дефекта применяются методы пластической хирургии: лифтинг кожи головы или чрескожная игольчатая фасциотомия. Данные методы лечения не предотвращают прогрессирование данного дерматоза.

Цель исследования – демонстрация клинического случая у пациента со складчатой пахидермией волосистой части головы.

Материалы и методы исследования. Обзор литературных источников с помощью поисковых систем Cyberleninka, Elibrary, PubMed, Medline, SCOPUS. Применялся клинико-анамнестический и гистологический метод исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациент Н., 16 лет, 27.08.21 впервые обратился к дерматологу по месту жительства с жалобами на изменения кожи волосистой части головы. Дебют заболевания в течение 1 года. Появление заболевания ни с чем не связывает. Наследственность не отягощена. В анамнезе атопический дерматит (обострение 1 раз в 6 месяцев), хронический гастрит с 2020 года (Н. pylori санирован, ГЭРБ 1 степени), пупочная грыжа. Status localis: кожный процесс носит ограниченный характер, на волосистой части головы в теменных областях расположены складки кожи, разделенные глубокими бороздами. Складки характеризуются легкой подвижностью, эластичностью, тестообразной консистенцией, при натяжении кожи их трудно расправить. Гребни складок имеют ширину 1,5 см. Борозды расположены параллельно друг другу. Направление складок продольное от лба к затылку. Чувствительность кожи сохранена. Волосы на гребнях борозд и складок не изменены. Гистологическое исследование биоптата области волосистой части головы: эпидермис умеренно гиперплазирован, с гиперкератозом, умеренно выраженным акантозом и вакуольной дистрофией. В дерме определяются волосяные фолликулы и сальные железы в отечной строме. Воспалительная реакция слабо выражена. На основании клинической картины и гистологического заключения выставлен диагноз: складчатая пахидермия волосистой части кожи головы, начальная (мягкая) стадия. Лечение: Ketoconazole 2% шампунь 3 раза в неделю 1 месяц, далее 1 раз в неделю, длительно; на постоянной основе шампунь без сульфатов, ферментный гель с коллагенозой и тизолом 1 раз в день на всю поверхность волосистой части головы 1 месяц. Рекомендована консультация эндокринолога, физиотерапевта и хирурга. Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет собой интерес как случай редкого дерматоза, проявляющегося на волосистой части головы для дерматовенерологов, трихологов, эндокринологов, пластических хирургов, своевременная диагностика которого позволит определить алгоритм выявления сопутствующей патологии и дальнейшую тактику ведения.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОПЕННОЙ КОМПОЗИЦИИ ПРЕПАРАТА «ЭТОКСИСКЛЕРОЛ» В КАЧЕСТВЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», Москва

Возницын Л.В., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н., Калинина С.А.

Введение. Лечение венозных ангиодисплазий у детей остается актуальной проблемой в связи с отсутствием общепринятого алгоритма диагностики и лечения данной группы больных.

Идея: совершенствование методов лечения детей с венозными мальформациями ЧЛО. Цели: провести анализ лечения детей с диагнозом венозная мальформация ЧЛО, проведенного методом склерозирующей терапии препаратом «Этоксисклерол 3%» в форме микропенной композиции.

Материалы и методы. В период с сентября 2016 по июнь 2019 года в КЦЧЛПХ и стоматологии МГМСУ осуществлено лечение 38 детей с диагнозом «венозная мальформация» ЧЛО. Пациентам проводили УЗИ в режиме ЦДК (исключение составляли пациенты с ВМ языка). При сложной анатомической локализации (язык, околоушно-жевательная область, дно полости рта и т.д.), а также пациентам старше 7 лет вне зависимости от локализации образования проводилось МРТ исследование.

Полученные результаты. При выполнении ЦДК у всех пациентов в очаге поражения выявляли множество расширенных сосудов с низкими скоростными показателями кровотока (до 10 см/сек). У 9 пациентов были выявлены единичные сосуды с умеренно высокой линейной скоростью кровотока (до 20 см/сек). МРТ мягких тканей ЧЛО в Т2-взвешенном изображении позволяло четко визуализировать венозную мальформацию, установить ее размер, точную локализацию, соотношение с соседними анатомическими структурами и, что крайне важно, определить объем крови в декомпенсированных венах в кубических сантиметрах. Объем вычисляли по формуле: $V_0 = \pi/6 \times A \times B \times C$ где: V_0 – объем опухоли, см; A – высота, см; B – ширина, см, C – толщина, см. Полученное значение позволяло рассчитать точный объем вводимого склерозанта. Методика склерозирующей терапии препаратом в форме микропены получила название «foamfoam» и заключается в создании неравномерной дисперсии пузырьков газа в растворе склерозирующего препарата с поверхностноактивными свойствами. В процессе образуются пузырьки с повышенной концентрацией склерозирующего вещества на поверхности и, как следствие, с максимальным склерозирующим эффектом. Данная методика обладает рядом преимуществ: позволяет использовать меньшее количество препарата, значительно увеличивает время экспозиции вещества в просвете сосуда, равномерно вытеснить кровь из мальформации. Пенный раствор получали методом L. Tessari: необходимое количество 3% раствора «Этоксисклерол» набирали в трехкомпонентный шприц типа LuerLock. В аналогичный шприц набирали атмосферный воздух в объеме, в 4 раза превосходящем объем склерозирующего препарата. Оба шприца соединяли через трехходовой инфузионный кран и быстрыми движениями совершали прохождение раствора из одного шприца в другой в течение 10 секунд. Полученную микропенную композицию вводили в полости мальформации после положительной аспирационной пробы, при необходимости с УЗ-навигацией. Способ обезболивания выбирался индивидуально для каждого пациента, с учетом возраста, психоэмоционального состояния, сопутствующей патологии. В раннем послеоперационном периоде отмечался выраженный коллатеральный отек мягких тканей, который проходил на 7–9 сутки. Сформировывался плотный, безболезненный асептический инфильтрат, границы которого соответствовали контурам венозной мальформации. На 3 сутки выполняли контрольное УЗИ в режиме ЦДК. Выявляли значительное повышение ЭХОгенности в зоне проведенного вмешательства, компрессионные пробы были отрицательными. Также 5 пациентам нами была выполнена компьютерная томография на 3-и сутки после проведения склеротерапии. Целью исследование являлся контроль распространения склерозирующего агента в очаге поражения. Результаты распределились следующим образом: отличный результат достигнут у 31 ребенка, хороший – у 5 детей и удовлетворительный – у 2 пациентов. Выводы: склерозирующая терапия с применением микропенной композиции препарата Этоксисклерол может являться самостоятельным методом лечения детей с венозными мальформациями челюстно-ли-

цевой области. Учитывая высокую эффективность, низкую инвазию, минимальный риск осложнений, вышеуказанный тип лечения следует рассматривать как метод выбора первой линии при лечении детей с данной патологией.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

СИФИЛИС ПЕРВИЧНЫЙ СЕРОНЕГАТИВНЫЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ЯДЕРНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области, Свердловский областной кожно-венерологический диспансер, Екатеринбург

Вершинина Е.Е., Жунисова Д.С., Гурковская Е.П., Вишневская И.Ф.

Введение. Высокая заболеваемость сифилисом, увеличение частоты скрытых форм инфекции, способствующей развитию висцеральной и неврологической патологии, увеличение случаев серорезистентности и замедленной негитивации, даже после адекватного лечения – все это определяет высокую социальную значимость данного заболевания. Особого внимания заслуживают данные об увеличении случаев сифилиса с клиническими проявлениями, а также микст инфекции в ядерной группе, к которой относят мигрантов, лиц, занимающихся коммерческим сексом, мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). К наиболее значимым комбинациям инфекций относится сочетание сифилиса с вирусными инфекциями (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С), в связи с тем, что на их фоне сифилис приобретает тяжелое течение, а клиника имеет атипичный характер. МСМ – в настоящее время наиболее всеупотребимый в мировой литературе термин, который наиболее точно описывает сообщества мужчин, практикующих сексуальные отношения с мужчинами. По данным исследователей более 30% МСМ имеют половые контакты с женщинами, что и определяет их в ядерную группу и способствует распространению инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в гетерогенную популяцию.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай первичного серонегативного сифилиса, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией у представителя группы МСМ, обратить внимание на необходимость своевременной диагностики и лечения, а также проведение мероприятий по выявлению и лечению контактов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай первичного серонегативного сифилиса в сочетании с ВИЧ-инфекцией, у пациента 28 лет из группы МСМ, обратившегося в ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбурга, 28.09.2021 с жалобами на высыпания в области полового члена, как контакт пациента К., у которого был выявлен ранний скрытый сифилис. У обоих пациентов в анамнезе ВИЧ-инфекция. При осмотре на головке полового члена был выявлен твердый шанкр, размером до 0,7 см, осложненный вторичной инфекцией, паховые лимфатические узлы плотные при пальпации, увеличены до 2 см, не спаяны с окружающими тканями.

Результаты. Клинический диагноз: Сифилис первичный серонегативный. Согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения Российской Федерации, учитывая аллергическую реакцию пациента на препараты пенициллинового ряда, назначен

препарат из группы резерва – цефтриаксон 1,0 внутримышечно 1 раз в сутки 10 дней. Лечение проводилось в дневном стационаре СОКВД. В связи с положительным ВИЧ-статусом пациента, сохранением клинических проявлений сифилиса на 10-й день лечения, данным серологического обследования: реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) (кач) 2+, реакция иммунофлюоресценции (РИФ) 1+, было принято решение продлить лечение до 14 дней. В настоящее время пациент находится на клинико-серологическом контроле, который осуществляется 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой нетрепонеменного теста.

Обсуждение. По данным литературы и представленного клинического случая следует отметить важность и актуальность обследования контактов, больных сифилисом, а также профилактики и противоэпидемических мер среди пациентов из группы МСМ, в связи с высоким риском распространения ИППП в гетерогенную популяцию.

КОСМЕТОЛОГИЯ

ПОВЫШЕНИЕ САМООЦЕНКИ И САМОВОСПРИЯТИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ И ВИРТУАЛЬНОЙ СРЕДЕ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск
Кобелева Т.А.*

Повышение самооценки и самовосприятия в социальной и виртуальной среде при помощи методов эстетической медицины.

Введение. Самооценка – представление человека о важности своей личности и деятельности среди других людей, оценивание себя и собственных качеств. Самовосприятие – процесс самопознания и сравнения себя с другими людьми. Одной из причин снижения самооценки является неудовлетворенность своей внешностью, в том числе связанная с появлением возрастных изменений.

Цель. Изучение изменения самооценки и самовосприятия женщин после проведения курса косметологических процедур при помощи метода анкетирования.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 69 женщин в возрасте с 27 лет по 65 лет. Длительность наблюдения с 01.01.2019 по 31.12.2020 года. При обращении пациенток беспокоили морщины, снижение упругости и сухость кожи, деформация овала лица. Опрос осуществлялся при помощи анкетирования. Анкета включала психологические тесты на определение самооценки, визуально-аналоговые шкалы, опросник образа собственного тела, шкалу оценки уровня удовлетворенности собственным телом. Заполнение анкеты проводилось до начала курса косметологических процедур, после его окончания и при повторных обращениях. Все пациентки получали курс мезотерапии гидролизатом плаценты человека (ГПЧ).

Результаты. Данные анкетирования показали, что большинство опрошенных женщин 67 (97%) были удовлетворены результатами проведенной косметологической коррекции плацентарными препаратами и только у 2 (3%) респондентов полученный результат не соответствовал их ожиданиям. Улучшение цвета кожи после курса мезотерапии ГПЧ отметили 15 (22%) человек, более четкий овал лица – 8 (12%) опрошенных, повышение упругости кожи и разглаживание морщин – 4 (6%). Большинство пациенток 40 (58%) отметило улучшение внешнего вида

в целом, не выделяя отдельные признаки, что, по нашему мнению, может быть обусловлено комплексной коррекцией имеющихся возрастных изменений.

Заключение. Внешний вид человека имеет значение для его самооценки и самовосприятия, а признаки старения оказывают негативное влияние на оценивание себя и сравнение с другими людьми. Результаты анкетирования женщин до и после курса мезотерапевтической биокоррекции ГПЧ показали, что терапия повышает самооценку и самовосприятие за счет уменьшения внешних признаков возрастных изменений.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВОЙ КОСМЕТОЛОГИИ СРЕДИ ПОКОЛЕНИЯ «Z»

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Паскевич П.В., Сорокина К.Н., Дьяченко Е.В.

Введение. Подростковый период является критическим периодом в биопсихосоциальном развитии человека. По данным ВОЗ, чаще страдают от тревожности и депрессии дети школьного возраста. Дерматологические и эстетические аспекты внешности нарушают самовосприятие подростков в стадии формирования. По данным the Global Burden of Disease, у 85% подростков встречается диагноз акне, атопический дерматит диагностирован у 20% детей, псориаз – 1,37%, гнездная алопеция – 1,7%. The All Party Parliamentary Group on Skin изучает влияние кожных заболеваний на психосоциальные проблемы подростков, в крайнем случае последствием которых является суицид. На сегодняшний день существует достаточный спектр лечебных и аппаратных методик в косметологии, решающих дерматологические и эстетические дефекты кожи, но не имеющих достаточного применения в подростковом возрасте, так как информация об этом у педиатров и родителей зачастую отсутствует.

Цель – изучить потребность в косметологических процедурах населения пубертатного возраста г. Екатеринбург.

Материалы и методы. Разработана анонимная онлайн-анкета опросного типа с помощью платформы «GoogleForms». В анкетировании приняли участие 102 респондента: 69 девушек и 33 юноши. По возрасту опрошенные разделены на группы: 14 лет – 44 человека, 15 лет – 18, 16 лет – 10 подростков, 17 лет – 29. Полученные результаты проанализированы с помощью вычисления процентного соотношения ответов опрошенных. Обзор литературных источников с помощью поисковых систем SCOPUS, PubMed, Medline.

Результаты и их обсуждение. Исследовательская группа, состоящая из дерматовенерологов, косметологов и психологов-психометристов, разработала опросник для изучения дерматологической патологии и потребности в косметологических процедурах у детей в подростковом периоде. Согласно опросу, 34 респондента поставили максимальный балл об интересе к своей внешности и лишь 3 – минимальный. В ходе проведенного анкетирования выявлено, что 76% опрошенных уделяют внимание волосам, 64% подростков больше интересуется состоянием своей кожи, 41% подростков уделяют внимание бровям и ресницам, а 31% обращают внимание на ногти и макияж, форму глаз, синяки под глазами, 20% недовольны формой носа, овалом лица, а 18% респондентов выражают желание изменить форму своего тела с помощью пластической операции. На момент опроса подростки получают услуги следующих специалистов: косметолога – 30%, парикмахера – 75%, мастера по маникюру/педикюру – 54%, визажиста – 29%, тату-мастера – 8%, солярий посещали 4% подростков, консультация пластического хирурга – 2%. Первое посещение специалистов отмечено 43% подростков в возрасте 14 лет: парикмахера 49% опрошенных, 20% – мастера по маникюру и педикюру, косметолога 18% респондентов. На момент опроса 68%

подростков регулярно посещают парикмахера, мастера по маникюру и педикюру – 51%, косметолога – 43%, специалистов по работе с бровями и ресницами – 25%. По данным анонимного опроса установлено, что у 63% анкетированных встречаются воспалительные элементы, 36% подростков беспокоят комедоны и жирный блеск, чувствительный и сухой типы кожи встречаются у 25% респондентов, постакне – у 14%, наличие большого количества невусов волнует 14% анкетированных, 5% детей пубертатного периода беспокоят вирусные новообразования кожи, зуд и расчесы – 7% подростков, 2% даже самостоятельно наносят себе увечья. Лишь 7% молодых людей ответили, что у них нет проблем с кожей. После анализа данных стало известно, что 56% респондентов самостоятельно стараются решить проблему. Предпринимают попытки сокрытия недостатков кожи с помощью макияжа и одежды 26% подростков, 37% доверяют специалисту (дерматологу/косметологу), 23% обсуждают возникшую проблему с родителями, поиском информации в сети Интернет занимаются 22%, советуются с друзьями 12%, а 24% проанкетированных подростков не делают абсолютно ничего. Таким образом, в ходе исследования установлено, что 94% подростков имеют дерматологические заболевания и эстетические дефекты кожи, из них за помощью к косметологу обращались только 30%, к пластическому хирургу 2%. Полученные результаты демонстрируют высокую потребность в косметологических услугах среди подросткового населения, что обуславливает необходимость разработки клинических рекомендаций и регламентирующих документов, адаптированных для данной категории населения.

ТРИХОЛОГИЯ

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Приволжский
исследовательский медицинский университет» Министерства
здравоохранения РФ, кафедра кожных и венерических болезней,
отдел физико-химических исследований Центральная научно-
исследовательская лаборатория, Нижний Новгород
Николаева А.Ю., Цыганова А.А, Перетягин П.В.*

В период увеличения числа случаев заболевания COVID-19 большое количество больных обращаются к врачу-трихологу с жалобами на выпадение волос как последствия инфекции SARS-CoV-2. В ходе исследования клинических последствий перенесенного COVID-19 в г. Ухань распространенность алопеции как осложнения достигла 48,5%. В патогенезе COVID-19 поражение микроциркуляторного русла играет важнейшую роль. Поражение сосудистой системы происходит как непосредственно вирусом SARS-CoV-2, так и косвенно в результате системного воспаления. В настоящее время продолжается изучение клинических и эпидемиологических особенностей коронавирусной инфекции, поиск новых средств ее профилактики и лечения, разработка методов коррекции постковидного синдрома, в том числе алопеции. Гетерогенный характер группы постковидных алопеций требует уточнения патогенетических причин. Большая часть публикаций указывает на значимость диффузных реактив-

ных алопеций, но имеются сведения и о других трихологических заболеваниях. Всем пациентам, обратившимся с жалобами на интенсивное выпадение волос, начавшееся через 2–3 месяца после перенесенной коронавирусной инфекции, проводилось двухэтапное клинико-лабораторное обследование (сбор анамнеза, клинический осмотр, дерматоскопия, оценка лабораторных данных, трихоскопия, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ)). Клинический осмотр (наличие себорейного дерматита, гирсутизма, стрий, черного акантоза), дерматоскопия, оценка биохимических параметров (индекс инсулинорезистентности, уровень ферритина), трихоскопия, при необходимости проведение фототрихограммы использовались для исключения андрогенетической алопеции. ЛДФ – неинвазивный метод определения потока крови в микроциркуляторном русле, позволяет оценить состояние различных регуляторных механизмов кровообращения. Метод базируется на зондировании биологических тканей низкоинтенсивным лазерным излучением красной или инфракрасной области длин волн с последующей регистрацией обратно рассеянного излучения. Измерение параметров ЛДФ проводилось в стандартных условиях, при горизонтальном положении больного, в 4 точках – 2 лобно-височные зоны, теменная и затылочная зоны. Исследуемые параметры (обследовано 15 больных) сравнивались с группой физиологического контроля (8 здоровых лиц женского пола в возрасте 22–25 лет). Получены следующие данные. Возраст пациенток варьировал от 21 до 63 лет, в среднем составляя $38,6 \pm 12,82$ лет. Наличие перенесенной коронавирусной инфекции подтверждалось положительными тестами ПЦР. 13 больных лечилось амбулаторно, 2 были госпитализированы. Среди клинических

жалоб отмечались лихорадка у 46,6% пациенток, аносмия в 20% случаев, агевзия у 1 больной. Выпадение волос начиналось в сроки от 1 до 4 месяцев, в среднем через $2,3 \pm 0,9$ месяца. Показатель микроциркуляции у пациенток в постковидном периоде находился на более высоком уровне, чем в контрольной группе. Так, в правой височной области перфузия на 25,8% выше контроля, а в левой – на 21%. В затылочной и теменной областях уровень микрокровоотока у пациентов был выше на 19% и 27%, соответственно. Коэффициент вариации при этом во всех областях исследования в группе пациентов снизился в среднем на 30%. Данные факты могут свидетельствовать об увеличении роли артериоло-венулярных анастомозов в обеспечении микрогемодинамики. Для уточнения механизмов регуляции кровотока требуются дальнейшие исследования. Важность уровня МЦР как конечного звена всей системы кровообращения обусловлена доставкой кислорода к тканям. Расстройства микроциркуляции лежат в основе трофических нарушений, которые приводят к ухудшению функционального состояния органов и систем. В последние годы появилось много исследований о возможности коррекции нарушений МЦР с помощью лечебных физических факторов. Одним из таких методов является лечебное применение озона. Методики озонотерапии способны усиливать кислородтранспортную функцию крови, улучшать ее реологические свойства, активировать метаболические процессы. Вариантами ее использования в трихологии, (в частности для лечения постковидных алопеций) являются внутривенные капельные вливания озонированного раствора, мезоозонотерапия, аппликации озонидсодержащих крем-масок для волосистой кожи головы, новые физиотерапевтические методики (озотенс-терапия).

СОДЕРЖАНИЕ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АКНЕ 1

Артемяева С.И., Жукова О.В., Михайлова И.А., Леонова В.С.

СТРАТЕГИЯ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ НА ГРУППУ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-23 ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА 1

Артемяева С.И., Смердова М.А., Доля О.В.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗУДА ПРИ ПСОРИАЗЕ 2

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

РОЛЬ ПЕПТИДА, СВЯЗАННОГО С ГЕНОМ КАЛЬЦИТОНИНА (CGRP), И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ (VEGF) В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 3

Бекетова Е.Г., Винник Ю.Ю., Бекетов А.М.

МОНИТОРИНГ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 3

Белякова Г.Л., Масюкова С.А., Ильина И.В., Сорокина Е.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА ПРИ АКНЕ 3

Блюмина В.А., Жукова О.В., Исмагуллаева С.С., Горский В.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ И ФРАКЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ОБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПОСТАКНЕ 4

Бобко С.И., Смердова М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛЬЦИТОНИН-ГЕН-РЕГУЛИРУЕМОГО ПЕПТИДА, ВАСКУЛЯРНОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ПРИ ПРУРИГО 5

Бобров М.А., Жукова О.В., Катунина О.Р., Заторская Н.Ф., Вишневская А.А.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 5

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА 6

Волчек И.А., Теряев А.С., Новожинов В.Г., Попова О.А., Гладько О.В., Морозова Е.М., Афанасьева Л.С.

ДОЗОВОЗАВИСИМАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО ОТВЕТА ИНГИБИТОРАМИ ЯНУС-КИНАЗ 6

Волчек И.А., Теряев А.С.

РЕГУЛЯЦИЯ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ 6

Дениева М.И., Дворянкова Е.В., Байсултанов И.Х.

ВЛИЯНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 7

<i>Демина О.М., Потехаев Н.Н., Карпова Е.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н., Солнцев В.В., Заторская Н.Ф.</i> РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПАТОГЕНЕЗА АКНЕ	7
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Борзунова Л.Н., Королева Т.В.</i> УРОВНИ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ И ТРАНСЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ВОДЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ	8
<i>Жукова О.М., Гаджимурадова К.М., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В ДАГЕСТАНЕ	8
<i>Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Корнят М.С., Валитова И.В., Косталевская А.В., Чудакова Т.Ю.</i> БОЛЕЗнь БОРОВСКОГО В ПРАКТИКЕ МОСКОВСКОГО ДЕРМАТОЛОГА.....	9
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Донченко И.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭЛАСТОЛИТИЧЕСКОЙ ГИГАНТСКОЙ ГРАНУЛЕМОЙ	9
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Бурчик К.А.</i> АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРИОРИТЕТЫ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ИМПЕТИГО ГЕБРЫ	10
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Вишневская А.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ	10
<i>Заторская Н.Ф., Урпин М.В., Бурчик К.А., Валитова И.В., Гребенюк В.Н.</i> ПУСТУЛЕЗНЫЙ СЕКТОР КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	10
<i>Зянгиров Р.Р.</i> ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА РАЗЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ (СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ).....	11
<i>Ибрагимов О.Д., Солметова М.Н.</i> ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ОЗОНОТЕРАПИИ	11
<i>Иванова Е.В., Винник Ю.Ю., Евсеева Н.А.</i> КОНСТИТУЦИОННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН ВТОРОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА	11
<i>Ильин Л.А., Романова И.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ЛЕВАНДОВСКОГО–ЛЮТЦА.....	12
<i>Карпова О.А.</i> ТЕРАПИЯ ЗУДА ПРИ СЕНИЛЬНОМ КСЕРОЗЕ КОЖИ	12
<i>Касихина Е.И., Острецова М.Н., Валитова И.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ	13
<i>Каткова К.В., Плиева К.Т., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В., Корсунская И.М.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ.....	13



<i>Киянская Е.С., Афанасьева Ю.Н., Исламов В.Г., Одаряева Т.С., Леонтьев Р.В.</i> СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО	14
<i>Киянская Е.С., Афанасьева Ю.Н., Елистратова И.В., Одаряева Т.С., Леонтьев Р. В.</i> СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛИТТЛА–ЛАССЮЭРА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО	14
<i>Ковалева Ю.С., Неймарк А.И.</i> ПОЭТАПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	15
<i>Колерова А.В., Блинова Е.А., Сергеева И.Г.</i> ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ РЕЦЕПТОРА IL-7 НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ, ФЕНОТИП И ВНУТРИКЛЕТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ IFN γ , IL-4 И IL-17 В CD4+ КЛЕТКАХ ПАМЯТИ ПРИ ВУЛЬГАРНОМ ПСОРИАЗЕ	16
<i>Котрехова Л.П., Цурупа Е.Н., Разнатовский К.И., Аль-Каиси З., Вашкевич А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	16
<i>Котрехова Л.П., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Цурупа Е.Н., Резцова П.А.</i> РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ.....	17
<i>Макеенко О.А., Еремина А.А., Сергеева И.Г.</i> УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ИХТИОЗОМ	17
<i>Мельниченко Н.Е., Реснянская Г.В., Очкурова М.М.</i> ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	18
<i>Миropyчева А.М., Шлишко И.Л., Абдуллаева Л.Э., Козикова Д.Е.</i> ОКТ В ДИАГНОСТИКЕ ФОТОПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ	18
<i>Мурашова Ю.А., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Радионова Е.Е.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ ПИОДЕРМИИ.....	19
<i>Новикова Л.А., Донцова Е.В., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	19
<i>Острецова М.Н., Благодар А.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	20
<i>Парфенова М.А., Леденцова С.С., Скоробогатов Ю.В.</i> НОВОЕ В ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРАЗАЦЕА.....	20
<i>Парыгина О.В., Смирнова И.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР ОЧАГОВОГО НЕЙРОДЕРМИТА ВУЛЬВЫ	21
<i>Петров В.А., Жукова О.В., Волнухин В.А., Кочетков М.А.</i> АССОЦИАЦИЯ ВИТИЛИГО С ДРУГИМИ АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ	21
<i>Петров В.А., Жукова О.В., Волнухин В.А., Кочетков М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ СЛУЧАЕВ ВИТИЛИГО	22

<i>Плиева К.Т., Каткова К.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В., Корсунская И.М., Шалагинова А.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ПЛАЗМАФЕРЕЗА) В ТЕРАПИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМ СЕМЕЙНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО–ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ.....	22
<i>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Куркович Е.Ю., Невозинская З.А.</i> «ЛЕТНИЕ» ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	23
<i>Притуло О.А., Рычкова И.В., Мараках Марван Якин Нажи</i> ВОЗМОЖНОСТИ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ	23
<i>Радионова Е.Е., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Ковалева М.Н.</i> ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БОРРЕЛИОЗЕ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	24
<i>Радионов В.Г., Радионов Д.В.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ.....	25
<i>Радионов Д.В., Радионов В.Г., Хайминов Е.М.</i> ИННОВАЦИОННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДРАКОВ И РАКА КОЖИ	25
<i>Решетова С.В., Ковалева Ю.С., Николаева М.Г.</i> СОПУТСТВУЮЩАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ РОЗАЦЕА.....	26
<i>Ревакина В.А., Мухортых В.А., Ларькова И.А., Кувшинова Е.Д.</i> ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ КОМПОНЕНТНОЙ АЛЛЕГОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	26
<i>Соколова А.А., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н.</i> ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	27
<i>Требунская Н.А., Петунова Я.Г., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Слесаренко И.В., Школьникова Т.В.</i> ДИНАМИКА РАБОТЫ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В ПЕРИОД ДЕЙСТВУЮЩИХ ОГРАНИЧЕНИЙ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (2020–2021 ГГ.)	27
<i>Уханова О.П., Коновальчук Н.А., Соколова И.В., Малявчикова О.В., Подсвилов В.А., Подсвилова С. С.</i> ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ	28
<i>Федоров А.В., Бушуева Е.А., Форощук В.А., Черняев М.В., Гительзон Е.А., Файбушевич А.Г.</i> РОЛЬ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ	28
<i>Хамидов Ф.Ш., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.</i> КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ У ПОДРОСТКА С КОВИД-19.....	29
<i>Чернова Н.И., Проскурина М.И., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С.</i> АНАЛИЗ РЕГИСТРАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИШАЕМ СКЛЕРОТИЧЕСКИМ И АТРОФИЧЕСКИМ В МНПЦДК	29



Чернова Н.И., Проскурина М.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА И АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОТИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ 30

Чернявский И.И., Ефимова А.Л.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПАЛЬМОПЛАНТАРНОЙ ЭКЗЕМЫ (ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ) КОМБИНИРОВАННЫМ СРЕДСТВОМ В ВИДЕ ФИТОЛОСЬОНА 30

Черненко О.А., Юцковский А.Д.

SWT-ТЕРАПИЯ МЕЛАЗМЫ И РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ТРАНКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ 31

Чернова Н.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ 31

Чернова Н.И., Чернова Т.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ С ЭКСТРАКТАМИ КЛЕВЕРА, ХМЕЛЯ, КАЛЕНДУЛЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИШАЯ ВУЛЬВЫ 32

Эллинская К.А., Эллинский Д.О.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА Д И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН 33

Юцковский А.Д., Еззет А.Ф.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 33

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

Мерц Н.С., Ковалева Ю.С., Лазарев А.Ф., Танцеров Д.А.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ 34

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Томилин А.А., Шевченко А.Н., Козырева Е.Г.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И ЦЕНТРА НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГОДОВ 34

Раводин Р.А.1, Анохина Л.С.2, Мирзоян В.Л.3, Серебрякова И.С.3

ОНИХОТРИКОМА – РЕДКАЯ ОПУХОЛЬ НОГТЕВОГО МАТРИКСА 35

Раводин Р.А., Анохина Л.С., Мирзоян В.Л., Серебрякова И.С.

РАЗРАБОТКА ТРЕБОВАНИЙ К ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТСРОЧЕННЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 35

Топычканова Е.П., Римар О.Г., Худкова А.И., Кохан М.М.

СЛУЧАЙ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ У РЕБЕНКА 36

<i>Ускова К.А., Шлишко И.Л., Гаранина О.Е., Степанова Я.Л.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАССОВОГО СКРИНИНГА НАСЕЛЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ПРОРОДИНКИ»	36
<i>Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П.</i> ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	37
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	
<i>Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.</i> О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	37
<i>Бекетов А.М., Винник Ю.Ю., Носкова Е.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМОЙ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	38
<i>Голубева Ю.М., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Радионова Е.Е.</i> СЛОЖНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВРАЧАМИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	38
<i>Гущин А.Е., Фриго Н.В., Тюленев Ю.А.</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ ИЗОЛЯТОВ С. TRASCHOMATIS, ОБНАРУЖЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ	39
<i>Жукова О.В., Лосева О.К., Туаева Р.Г.</i> РЕИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ СИФИЛИС+ВИЧ.....	40
<i>Ким Д.Г., Сенина М.Е., Гущин А.Е., Гомберг М.А.</i> АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА У МУЖЧИН	40
<i>Кисина В.И., Романова И.В., Гущин А.Е.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МУТАЦИЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ MUSORPLASMA GENITALIUM К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ.....	41
<i>Кисина В.И., Фриго Н.В., Мусакова М.В., Гущин А.Е., Хачатурян А.Ю., Татевосян К.А., Каленов М.В.</i> ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА	41
<i>Кошелев Ю.А., Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Кузнецов Д.В.</i> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЛИКВОРОДИАГНОСТИКИ ПРИ РАННЕМ СИФИЛИСЕ	42
<i>Маркова Я.М., Хамаганова И.В., Родионова Е.Е.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕАКЦИИ ЯРИША–ГЕРКСГЕЙМЕРА–ЛУКАШЕВИЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ФИЛИАЛА «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО»	42



<i>Негашева Е.С., Гуцин А.Е., Фриго Н.В., Полевщикова С.А., Урпин М.В., Васильцова М.Ю., Заторская Н.Ф.</i> ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП (N. GONORRHOEAE, C. TRACHOMATIS, M. GENITALIUM T. VAGINALIS) В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ ПАЦИЕНТОВ	43
<i>Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Петров А.А., Блинкова Н.С.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТЫХ ФОРМ СИФИЛИСА	44
<i>Попов В.Г., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	44
<i>Прожерин С.В.</i> КОИНФЕКЦИЯ ВИЧ/СИФИЛИС В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ ПОРАЖЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ	44
<i>Темников Д.В., Гомберг М.А., Темников В.Е., Марченко Б.И.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	45
<i>Титов И.С., Гуцин А.Е., Жукова О.В.</i> ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ВЫЗВАННЫЕ L-СЕРОВАРИАНТАМИ CHLAMYDIA TRACHOMATIS, У МУЖЧИН, ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ.....	46
<i>Тюленев Ю.А., Фриго Н.В., Гуцин А.Е.</i> МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, КАК СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПРИОБРЕТЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.....	46
<i>Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Гуцин А.Е., Доля О.В., Китаева Н.В., Кисина В.И.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТОЗОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	47
<i>Шустова В.Н.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....	47
КОСМЕТОЛОГИЯ	
<i>Бычкова Н.Ю.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНЫЙ ОБЛАСТИ	48
<i>Васильева Е.В.</i> СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ЛИПОЛИЗА И НИТЕВОГО ЛИФТИНГА ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО ОВАЛА ЛИЦА	49
<i>Демина О.М., Карпова Е.И., Хатаева Д.И., Данищук О.И.</i> К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДАХ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТАКНЕ	49
<i>Егорова О.Н., Дацина А.В.</i> ПАННИКУЛИТЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО/АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	50

<i>Козырева М.В., Карпова Е.И., Данищук О.И.</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К МУЖСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦА	50
<i>Колчева П.А.</i> ВЛИЯНИЯ АГРЕССИВНЫХ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК НА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КОЖЕ	50
<i>Потекаев Н.Н., Борzych О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М., Петрова М.М.</i> КОНЦЕПЦИЯ 5Р-МЕДИЦИНЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ	51
<i>Субботкина Н.О.</i> КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ОМОЛОЖЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИК НИТЕВОГО ЛИФТИНГА, ВОЗДЕЙСТВИЯ ШИРОКОПОЛОСНЫМ ИМПУЛЬСНЫМ СВЕТОМ И ПЛАЗМОТЕРАПИИ.....	51
<i>Уфимцева М.А., Симонова Н.В., Сорокина К.Н.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ ПЛОСКОСТНОЙ И ФРАКЦИОННОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ	52
<i>Хлыстова Е.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА	52
ПОДОЛОГИЯ	
<i>Кабанов В.А.</i> УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК	53
ТРИХОЛОГИЯ	
<i>Гаджигороева А.Г., Цимбаленко Т.В., Михальчик Е.В.</i> БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЛОС КАК ПРЕДИКТОРНЫЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНОКСИДИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИЕЙ	54
<i>Гребенников В.А., Швец В.М., Гребенникова С.В.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ОЦЕНКОЙ СОСТОЯНИЯ ВОЛОС, КОЖИ, НОГТЕЙ	54
<i>Леденцова С.С., Лисовский О.В., Парфенова М.А.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРИХОДИНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ ВЫПАДЕНИЕМ ВОЛОС	55
<i>Пурцванидзе В.А., Шуайбова А.М.</i> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДИФфуЗНОЙ АЛОПЕЦИИ.....	55
<i>Ромашкина А.С., Бондаренко К.В.</i> ЧТО СКРЫВАЕТ ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС?.....	55
<i>Раводин Р.А., Денисова Е.А., Анохина Л.С.</i> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ.....	56



КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

*Абрамова В.В., Немер А.А.М., Жукова О.В.*ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С IGE-НЕЗАВИСИМЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....57*Береснева Т.А., Иванова А.И., Николаева К.И., Уфимцева М.А.*ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ57*Еремينا А.А., Герлинггер А.В., Макеенко О.А., Кох Н.В., Сергеева И.Г.*СОЧЕТАНИЕ ИХТИОЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПАЦИЕНТОВ
С МУТАЦИЕЙ 2282DEL4 В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА 58*Замараева Д.Д., Бычкова Н.Ю.*

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА «ПОСТАКНЕ» 58

Иванова А.А., Ефимова М.С., Симонова Н.В., Шубина А.С.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРЯЗЕПОДОБНЫХ ДЕРМАТОЗОВ 59

Костецкая А.В., Жукова О.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ СТЕРОИД-РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ РУК 59

*Маринина А.О., Ускова К.А.*НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ..... 60*Морозова В.С., Артемьева С.И.*

РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА 61

*Новикова Д.Б., Чернова Н.И.*ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ 61*Подкорытова О.М., Мыльникова Е.С., Николаева К.И., Бочкарев Ю.М.*

ДЕБЮТ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ РАНДЮ–ОСЛЕРА–ВЕБЕРА 62

Пустовая К.Н., Ноздрин В.И.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ КЛЕЩЕЙ РОДА DEMODEX..... 63

*Сенникова С.В., Топтыгина А.П.*СРАВНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КАПИЛЛЯРНОЙ И ВЕНОЗНОЙ
КРОВИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ТОПИЧЕСКИМИ
СТЕРОИДАМИ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ..... 63*Топычканова Е.П., Кохан М.М., Зильберберг Н.В., Римар О.Г., Куклин И.А.*РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА
КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ
И ДЕРМАТООНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 64

Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ КСЕРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....65

Шорикова А.И., Паскевич П.В., Сорокина К.Н.

ПАХИДЕРМИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ПОДРОСТКА65

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

Возницын Л.В., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н., Калинина С.А.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОПЕННОЙ
КОМПОЗИЦИИ ПРЕПАРАТА «ЭТОКСИСКЛЕРОЛ» В КАЧЕСТВЕ
САМОСТОЯТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ
МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ66

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Вершинина Е.Е., Жунисова Д.С., Гурковская Е.П., Вишневская И.Ф.

СИФИЛИС ПЕРВИЧНЫЙ СЕРОНЕГАТИВНЫЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ЯДЕРНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ67

КОСМЕТОЛОГИЯ

Кобелева Т.А.

ПОВЫШЕНИЕ САМООЦЕНКИ И САМОВОСПРИЯТИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ
И ВИРТУАЛЬНОЙ СРЕДЕ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ67

Паскевич П.В., Сорокина К.Н., Дьяченко Е.В.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВОЙ КОСМЕТОЛОГИИ СРЕДИ ПОКОЛЕНИЯ «Z».....68

ТРИХОЛОГИЯ

Николаева А.Ю., Цыганова А.А., Перетягин П.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ
ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ68

СБОРНИК ТРУДОВ

15 Международный форум дерматовенерологов и косметологов «СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

International Forum of Dermatovenereologists
and Cosmetologists «Synthesis of Science and Practice»

15–17 марта 2022 года

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

Сдан в набор 14.03.2022. Подписано в печать 14.03.2022. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная.

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

