



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**14** IFDC  
2021

**Международный форум  
дерматовенерологов и косметологов**

**International Forum of Dermatovenerologists  
and Cosmetologists**

**17-19 марта 2021 года**

**Сборник тезисов**

## ДЕРМАТОЛОГИЯ

<i>Абдаллах Н.С., Касихина Е.И.</i> МИКОЗ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ.....	10
<i>Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.</i> НЕЙРОСОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ КИСТЕЙ И СТОП ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	10
<i>Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.</i> ОСОБЕННОСТИ НЕМАНИФЕСТИРУЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ КИСТЕЙ И СТОП ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	11
<i>Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.</i> ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	11
<i>Бабушкина М.В.</i> ИШЕМИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	12
<i>Безуглый Н.А., Белков П.А.</i> САЛЬНОЖЕЛЕЗИСТЫЙ НЕВУС ЯДАССОНА – ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ВИДЕОДЕРМАТОСКОПИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	13
<i>Береснева Т.А., Галактионова Ю.П., Комаров А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИИ.....	14
<i>Благодир А.С., Касихина Е.И.</i> АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	15
<i>Богдан П.И., Миченко А.В., Алленова А.С.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГРОВЕРА: КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ, ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ.....	16
<i>Вахитова И.И., Миченко А.В., Потеекаев Н.Н., Титов К.С., Жукова О.В.</i> СРАВНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИ МЕНЯЮЩИХСЯ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ СМНОЖЕСТВЕННЫМИ И НЕМНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕВУСАМИ.....	17
<i>Воронцова И.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Корсунская И.М.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....	17
<i>Гаджигороева А.Г., Потеекаев Н.Н., Романова Ю.Ю.</i> СОЗДАНИЕ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	18
<i>Гаджимурадова К.М., Иванова М.А., Гаджимурадов М.Н., Алиева С.Н.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	19
<i>Галактионова Ю.П., Николаева К.И., Бочкарев Ю.М., Ефимова М.С.</i> К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА ГРОВЕРА.....	20
<i>Галиуллина Д.Ф., Жунисова Д.С., Вишневецкая И.Ф., Захаров М.А.</i> КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	21

<i>Гамаюнов Б.Н.</i> АНОМАЛИИ ВОЛОС В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ .....	2 2
<i>Гладько О.В., Гладько В.В., Волчек И.А., Ильина И.В., Теряев А.С.</i> ПРИРОДНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ КАК РЕГУЛЯТОРЫ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ЯНУС-КИНАЗЫ ИСИГНАЛЬНОГО БЕЛКА-ТРАНСДУКТОРА И АКТИВАТОРА ТРАНСКРИПЦИИ JAK-STAT .....	2 3
<i>Голоусенко И.Ю., Соловьёв А.М., Rogozina В.А.</i> СОСУДИСТАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ТОТАЛЬНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ .....	2 3
<i>Гребенников В.А., Гребенникова С.В.</i> УКОРОЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИЗОТРЕТИНОИНА В СОЧЕТАНИИ С НАРУЖНЫМИ СРЕДСТВАМИ .....	2 4
<i>Гринева Е.М., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д., Вашкевич А.А.</i> НАРУШЕНИЕ ТИРЕОИДНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ .....	2 5
<i>Деева Н.В.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МЕЛАНИНА ПО ДАННЫМ МЕКСАМЕТРИИ СПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ВИТИЛИГО .....	2 6
<i>Динь Тхи Т.М., Гурковская Е.П., Антонова С.Б.</i> ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕНЬЕ – БЕКА – ШАУМАННА .....	2 6
<i>Доброродная Ю.Г., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Маркова М.Н.</i> ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКОВ .....	2 7
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Воронькова Н.А.</i> КОРРЕКЦИЯ ПСИХОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ .....	2 8
<i>Дунаева А.Д., Симонова Н.В., Савченко Н.В.</i> НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ: АУТОДЕСТРУКТИВНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА .....	2 9
<i>Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Проскурина М.И., Бобров М.А., Негашева Е.С.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СКЛЕРЕДЕМЫ БУШКЕ – РЕДКОГО СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	3 0
<i>Евтушенко Н.А., Потекаев Н.Н., Короткий Н.Г., Демина О.М., Поршина О.В., Доля О.В., Бейлин А.К., Гурская Н.Г.</i> DE NOVO МУТАЦИЯ В ГЕНЕ KRT14, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ ПРОСТОГО ТИПА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ .....	3 1
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Потапова А.С., Мусатов И.Д.</i> ПАНИКУЛИТЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....	3 2
<i>Игнатовский А.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У МУЖЧИН .....	3 3
<i>Искра Е.Л., Искра А.С., Полякова В.О., Насыров Р.А.</i> ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОНТАКТОВ В КЛЕТОЧНОЙ МОДЕЛИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА .....	3 3
<i>Кабанов В.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	3 4
<i>Камилов О.А., Жукова О.В., Даниярова С.С.</i> ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА .....	3 5

<i>Кандалова О.В., Звездина И.В., Василенко Т.И.</i> СИНДРОМ ЛИТТЛА-ЛАССУЭРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	36
<i>Кандрашкина Ю.А., Орлова Е.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	37
<i>Касихина Е.И., Острецова М.Н., Мартыненко Д.М.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА SCORMA И ДЕРМАТОСКОПИИ.....	38
<i>Каткова К.В., Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ СНЕДДОНА-УИЛКИНСОНА.....	39
<i>Кибалина И.В.</i> РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....	39
<i>Кулак А.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЖНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	40
<i>Клейменова В.Е.</i> ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ.....	41
<i>Колерова А.В., Сергеева И.Г., Козлов В.А., Блинова Е.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ЭФФЕКТОРНЫХ CD4+ КЛЕТОК ПАМЯТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ.....	42
<i>Корняк М.С., Заторская Н.Ф., Рождественская Е.А., Пилявская С.О., Бассе Ф.Б.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ.....	43
<i>Короткий В.Н.(1), М.И. Шемшук М.И.(1), Андриенко О.Н.(1)</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛОДНОЙ АТМОСФЕРНОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ.....	44
<i>Кристофер Э. М. Гриффитс (1), Кристиан Райх (2), Мелинда Гудерхэм (3), Гайя Галло (4), Химаниу Патель (5), Вэнь Сюй (4), Янь Ван (4), Хани Эльмараги (4), Эндрю Блаувельт (5)</i> БЕЗОПАСНОСТЬ ИКСЕКИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С БЛЯШЕЧНЫМ ПСОРИАЗОМ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ДО 5 ЛЕТ: ОБЪЕДИНЕННЫЕ ДАННЫЕ 16 КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	45
<i>Кузнецова И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И.</i> ЭМОЛЕНТЫ – СРЕДСТВА БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....	46
<i>Куркович Е.Ю., Невозинская З.А., Кодзаева Н.З., Джавахишвили И.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОГО МЕЛАНОЦИТАРНОГО НЕВУСА.....	47
<i>Леденцова С.С., Гуляев Н.И., Селиверстов П.В.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ.....	48
<i>Максимова М.Д., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Требунская Н.А., Школьникова Т.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	48
<i>Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.</i> НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА – ХОЛЕСТЕРИН И ТРИГЛИЦЕРИДЫ, У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ АКНЕ.....	49
<i>Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Радионова Е.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКИ.....	50
<i>Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Бекирова Э.Ю.</i> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	51

<i>Медвецкая О.М., Смирнова И.О., Желонкин А.Р., Желонкина А.О., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г.</i> СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНЫМИ РУБЦОВЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ. ....	5 2
<i>Мельникова А.Н., Уфимцева М.А., Бочкарев Ю.М., Мыльникова Е.С.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ. ....	5 3
<i>Мерц Н.С., Ковалева Ю.С., Лазарев А.Ф., Танцеров Д.А., Вихлянов И.В.</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ. ....	5 4
<i>Моррисон А.В., Хапилина А.Э.</i> РУБЦУЮЩИЙСЯ ПЕМФИГОИД СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК. ....	5 5
<i>Немер Алаа А.М., Касихина Е.И., Терещенко Г.П.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ IGE-НЕЗАВИСИМОГО ТИПА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ. ....	5 6
<i>Новикова М.С., Кох Н.В., Воронина Е.Н., Сергеева И.Г.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ RS558269137 В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ СКСЕРОЗОМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ....	5 7
<i>Новикова М.С., Кох Н.В., Воронина Е.Н., Сергеева И.Г.</i> ОЦЕНКА ВКЛАДА ЛОКУСА RS558269137 ГЕНА ФИЛАГГРИНА В РИСК НАЛИЧИЯ КСЕРОЗА. ....	5 7
<i>Носова В.В., Артемьева С.И.</i> ПИГМЕНТНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ....	5 8
<i>Оспанова С.А., Ахметова Ю.Б., Ендибаева У.А., Джусупгалиева М.Х.</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2019-2020 ГОДЫ. ....	5 9
<i>Павлова А.В., Шубина А.С., Сорокина К.Н.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ МЕЛАНОМЫ И НЕВУСА ШПИЦ. ....	6 0
<i>Петров В.А., Волнухин В.А.</i> НАЛИЧИЕ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА. ....	6 1
<i>Петрова К.С., Карпенко А.А., Петрова Г.А., Шукина Д.А.</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖКТ. ....	6 1
<i>Петрова К.С., Петрова Г.А.</i> 3D-ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА КОЖИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ. ....	6 2
<i>Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Емельянова О.Ю., Васильева А.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИИ НА ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ. ....	6 3
<i>Платонова Д.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.</i> ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ. ....	6 4
<i>Потекаев Н.Н. (1, 2), Демина О.М. (1), Гурская Н.Г. (1), Доля О.В. (2), Поршина О.В. (2), Евтушенко Н.А. (2)</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА. ....	6 5
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Ястребова Е.В.</i> ПАЦИЕНТ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ – ТАКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕРМАТОЛОГА И АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА. ....	6 6
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Миченко А.В., Кочетков М.А., Рассохина О.И., Томилин А.А.</i> ОБ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ. ....	6 7

<i>Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.</i> ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКОВ ПО ОЦЕНКЕ КОЖНОГО ЗУДА.....	68
<i>Потекев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.</i> ЗАРУБЕЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРУРИГО.....	69
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Жукова О.В., Фриго Н.В.</i> ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В Г. МОСКВЕ.....	70
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Томилин А.А., Мельниченко О.О., Анохина Л.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ, ВКЛЮЧАЯ МЕЛАНОМУ, В ГБУЗ «МНПЦДК» ДЗМ ЗА ПЕРИОД 2019-2020 ГГ. ....	71
<i>Потекаев Н.Н., Хлыстова Е.А.</i> СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА.....	72
<i>Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С., Ибрагимова Х.Н., Ибрагимов О.Д.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ HERPES ZOSTER ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ.....	73
<i>Раводин Р.А., Денисова Е.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ.....	74
<i>Раводин Р.А., Корнишева В.Г., Денисова Е.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ С ЛИМФОЦИТАРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ.....	74
<i>Раводин Р.А., Корнишева В.Г., Чаплыгин А.В., Мирзоян В.Л., Серебрякова И.В.</i> КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ.....	75
<i>Радионова Е.Е., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Ковалева М.Н., Донченко И.Ю., Шалагинова А.В., Хамаганова И.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV-2.....	76
<i>Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ.....	76
<i>Рахматов А.Б., Расулова Н.А., Халидова Х.Р.</i> ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	77
<i>Романов Д.В., Сафин Д.А.</i> МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЫ.....	77
<i>Сабиров У.Ю., Хикматов Р.С.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ.....	78
<i>Саранюк Р.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КУРСКА И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	79
<i>Сафин Д.А., Романов Д.В.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОЖИ.....	80
<i>Сафонова Л.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У МУЖЧИН.....	80
<i>Сенникова С.В., Топтыгина А.П.</i> СОПОСТАВЛЕНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ МОНОНУКЛЕАРОВ КАПИЛЛЯРНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ.....	81

<i>Соболев В.В., Корсунская И.М., Климов Е.А.</i> ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ПСОРИАЗА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ВКОНЦЕПЦИИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ. ....	8 2
<i>Сокольская А.А., Липова Е.В.</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗА. ....	8 3
<i>Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Колерова А.В., Микаилова Д.А., Филимонов П.Н., Сергеева И.Г.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ СЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ. ....	8 4
<i>Сучкова Т.Н., Шемшук М.И., Кузнецова И.О.</i> ТОПИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕФОРМНЫХ ДЕРМАТОЗОВ. ....	8 5
<i>Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Соколова А.А.</i> СКЛЕРЕДЕМА БУШКЕ-ОЛЛЕНДОРФА И СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЙ НЕВУС. ....	8 5
<i>Терещенко А.В., Джапуева А.Я.</i> ТРАВМА КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ В РАЗВИТИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ....	8 6
<i>Требунская Н.А., Школьникова Т.В., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ. ....	8 7
<i>Федотова М.В., Ключарева С.В., Белова Е.А., Павлова А.Г.</i> ДИАГНОСТИКА И АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НЕВУСОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НА КАФЕДРУ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА. ....	8 8
<i>Хаитов К.Н., Абидова З.М., Абидов А.М., Абидов Х.А.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ. ....	8 9
<i>Чернова Н.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИМИКВИМОДА И ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БОВЕНОИДНЫМ ПАПУЛЕЗОМ. ....	8 9
<i>Чернова Н.И., Москвин С.В., Арутюнян Э.Г.</i> ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ ПОСРЕДСТВОМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ. ....	9 0
<i>Чернявский И.И., Маликова Ю.Ю.</i> ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ В РАМКАХ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТАКТИК. ....	9 1
<i>Чернявский И.И., Маликова Ю.Ю.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ МЕТОДОМ ПОДОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ. ....	9 2
<i>Чистяков Н.Д., Тропин А.К.</i> СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА. ....	9 3
<i>Чухраева Я.А.</i> ПОЛИФАКТОРНЫЙ ПОДХОД К СТИМУЛЯЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ МЕЛАНИНА. ....	9 3
<i>Шахматов Д.А.</i> СИМПТОМ «СПИНЫ СИБИРСКОЙ ДАЧНИЦЫ». ....	9 4
<i>Шемшук М.И., Сучкова Т.Н., Короткий В.Н.</i> ПРОБЛЕМА УТРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА. ....	9 5
<i>Шишков Р.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Уртин М.В.</i> ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. ....	9 6

Щенникова Н.К.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ  
В ПРОЕКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НА ФОНЕ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. .... 9 7

Демина О.М.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ. .... 9 8

Потекаев Н.Н., Демина О.М.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПАТОГЕНЕЗА АКНЕ. .... 9 8

Сохибова З.Н., Шукуров Т.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОС МЕТОДОМ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН. .... 9 9

## ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.

Абдуллаев М.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ  
СПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. .... 1 0 0

Власова М.А., Литова Е.В.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА. .... 1 0 1

Кисина В.И., Романова В.И., Жукова О.В., Гуцин А.Е.

ПОДХОДЫ ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА К ЛЕЧЕНИЮ  
M.GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ. .... 1 0 2

Оспанова С.А., Суханбердиева З.М., Сайлауова К.С., Джусунгалиева М.Х.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,  
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2019-2020 ГОДЫ. .... 1 0 3

Куркович Е.Ю., Доля О.В.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ АСИМПТОМНОГО НЕЙРОСИФИЛИСА  
ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКОГО  
КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ. .... 1 0 3

Лосева О.К., Бохонович Д.В., Жуковский Р.О., Залевская О.В., Квижинадзе Г.Н.,

Стрибук П.В., Туаева Р.Г., Кисель О.В.  
ПОЗДНИЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА - С СИМПТОМАМИ И БЕЗ СИМПТОМОВ. .... 1 0 4

Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кошелев Ю.А., Жукова О.В., Малярченко Е.Н.,

Васильева А.Ю., Кузнецов Д.В., Абдуллаева Н.А.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТСУТСТВИЯ НАСТОРОЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ  
СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ СИФИЛИСА. .... 1 0 5

Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кузнецов Д.В., Абдуллаева Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТКИ,  
РАНЕЕ ПОЛУЧИВШЕЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ СИФИЛИСА. .... 1 0 6

Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Агабабаева Ж.А.,

Козминский Е.Б., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.  
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ  
И НЕЙРОСИФИЛИСОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. .... 1 0 7

Прожерин С.В.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/ИППП В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ  
УРОВНЕМ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА. .... 1 0 8

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

ОЦЕНКА СТРУКТУРНОЙ ЗНАЧИМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО  
РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ НА ОТДЕЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ. .... 1 0 9

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

СИФИЛИС И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. .... 1 1 0

Соколовская Т.А., Армашевская О.В., Сененко А.Ш., Иванова М.А.  
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ИППП И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА (НА ПРИМЕРЕ ВЫБОРОЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)..... 1 1 1

## КОСМЕТОЛОГИЯ

Безуглый А.П., Белков П.А., Беуглый Н.А.  
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В КОСМЕТОЛОГИИ..... 1 1 2

Белая Н.Г.  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИКИСЛОТНОГО ПИЛИНГА И МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ РЕДЕРМАЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И ПОСТАКНЕ..... 1 1 3

Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.  
ГЕНОМИКА ЭЛАСТИЧНОСТИ И УПРУГОСТИ КОЖИ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В КОСМЕТОЛОГИИ..... 1 1 3

Гладько В.В., Измайлова И.В.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШОНФЕЛЬДА (ASIA-СИНДРОМ) КАК ОТСРОЧЕННОЕ СИСТЕМНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ..... 1 1 4

Князева И.А., Чухраев Н.В.  
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРОГРАММАХ ЗАМЕДЛЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ..... 1 1 5

Колодий А.А., Грязева Н.В.  
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИЗКИХ ДОЗ СИСТЕМОГО ИЗОТРЕТИНОИНА В МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ НА КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ..... 1 1 6

Лукьянова Н.Ю., Ефимова Ю.В.  
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ СФОКУСИРОВАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ..... 1 1 7

Мороз О.Н.  
АВТОРСКАЯ ПРОЦЕДУРА КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗА СЧЕТ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА С ПОМОЩЬЮ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ И КЛАССИЧЕСКИХ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОКТЕЙЛЕЙ..... 1 1 8

Потекаев Н.Н., Демина О.М., Карпова Е.И., Шульгина И.Г., Данищук О.И., Федосеева М.И.  
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕАБЛЯЦИОННЫХ ФРАКЦИОННЫХ ЛАЗЕРОВ В КОСМЕТОЛОГИИ..... 1 1 9

Ромашкина А.С.  
РАННЯЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ..... 1 2 0

Симонова Н.В., Уфимцев М.А.  
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТАКНЕ..... 1 2 0

Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш.  
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ..... 1 2 1

Потекаев Н.Н., Демина О.М., Косталевская А.В., Ильин Л.А., Рассохина О.И., Палуха В.В., Рустамов А.Н., Власова М.В.  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ ПРИ АКНЕ..... 1 2 2

Карпова Е.И., Данищук О.И., Демина О.М.  
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ..... 1 2 3

## ДЕРМАТОЛОГИЯ

### МИКОЗ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ

*Абдаллах Н.С., Касихина Е.И.*

*Кафедра дерматовенерологии, аллергологии с курсом иммунологии МИ РУДН*

*Актуальность. Микоз волосистой части головы – распространенное в дерматологической практике заболевание, иногда резистентное к проводимому этиотропному лечению.*

Цель исследования: систематизировать информацию об этиологии, диагностике и лечении дерматомикоза волосистой части головы.

Методы. Поиск в PubMed проводился в Clinical Queries с использованием ключевого слова «tinea capitis». Стратегия поиска включала метаанализы, рандомизированные контролируемые испытания, клинические испытания, обзорные исследования и обзоры. Поиск ограничивался литературой на английском языке.

Результаты. Микоз волосистой части головы в мире чаще всего вызывается *Trichophyton tonsurans* и *Microsporum canis*. Пик заболеваемости приходится на возраст от 3 до 7 лет. Клинические варианты связаны с выраженностью воспалительных явлений в очагах. Невоспалительный вариант течения микоза волосистой части головы проявляется очагами выпадения волос округлых очертаний с выраженными или умеренными десквамативными явлениями. Дерматоскопически этот паттерн обозначен как серые пятна. Возможно развитие диффузного десквамативного процесса с мелкими, белыми, плотно прилегающими чешуйками на коже головы, сопровождающегося незначительной потерей волос (напоминающий себорейный дерматит). Реже встречаются единичные или множественные очаги алопеции с мелкими чешуйками и обломанными волосами, что приводит к появлению «черных точек». Воспалительный вариант микоза волосистой части головы представлен керион. Дерматоскопия является современным высокочувствительным методом для диагностики микоза волосистой части головы. Диагноз микоза должен быть подтвержден лабораторно (микроскопическое и культуральное исследование). Перед началом лечения необходимо получить результаты лабораторного подтверждения наличия микоза на голове. Пероральная противогрибковая терапия (тербинафин,

гризеофульвин, итраконазол и флуконазол) считается золотым стандартом для лечения микоза волосистой части головы. Хотя наружная противогрибковая терапия имеет минимальные побочные эффекты, топические противогрибковые средства сами по себе не рекомендуются для лечения микоза волосистой части головы, поскольку эти средства не проникают в волосяные фолликулы. Наружная противогрибковая терапия может быть использована в качестве адъювантной терапии к системным противогрибковым препаратам. Комбинированная терапия местными и пероральными противогрибковыми препаратами способствует сокращению срока излечения.

### НЕЙРОСОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ КИСТЕЙ И СТОП ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Аль Каиси З.Д., Разнатовский К.И.*

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

Цель работы заключалась в определении роли нейрососудистых и гормональных нарушений в развитии онихомикоза кистей и стоп у женщин в пожилом возрасте и разработка патогенетически обоснованной комплексной терапии.

Под наблюдением и обследованием находились 56 женщин пожилого возраста больных различными формами онихомикоза в возрасте от 65 до 80 лет. Содержание нейропептидов (бета-эндорфина) в плазме крови определялось радиоиммунологическим методом с помощью набора стандартных сывороток фирмы IMMUNO-CORPORATION. Трансутанное определение напряжения кислорода проводили при помощи прибора TCM-2 фирмы Radiometer. Для количественного определения гормонов в сыворотке крови использовался радиоиммунологический метод. На основании полученных нами данных было сделано заключение, что в патогенезе онихомикоза у женщин пожилого возраста, наряду с фактом заражения грибом существенное значение имеют нарушения функций нейрососудистой и гормональной систем. Поэтому для лечения этих больных была применена схема комплексного лечения, включающего сегментарную аппаратную обработку ногтевых пластинок и ежедневное нанесения пенетрирующего раствора с системным антимикотиком, а также

седативных средств, сосудорасширяющих препаратов и антиоксидантов, улучшающих микроциркуляцию в дистальных отделах конечностей. В результате проведенной комплексной терапии через 6 месяцев от начала лечения микологическое выздоровление наблюдалось у 95% больных, клиническое у 79%, через 12 месяцев микологическое выздоровление наблюдалось у 98%, а полное клиническое у 95% больных.

Таким образом, наш опыт применения комплексной терапии с применением седативной и сосудорегулирующей терапии в сочетании с сегментарной подчисткой пораженных ногтевых пластинок и нанесением пенетрирующего раствора антимикотика показал, что данная методика является высоко эффективной и безопасной в лечении больных женщин онихомикозом в пожилом возрасте.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕМАНИФЕСТИРУЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ КИСТЕЙ И СТОП ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.*

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

Грибковая инфекция является наиболее частым заболеванием кистей и стоп и составляет до 50% сочетанного поражения ногтевых пластинок. Статистически, онихомикоз – заболевание преимущественно пожилых людей и распространенность его среди них составляет более 60%.

Анализ заболеваемости онихомикозом в Вологодской области проводился по данным 300 историй болезни пациентов с этим диагнозом, получавших лечение в Вологодском областном кожно-венерологическом диспансере в период с 2004 по 2007 год. Возраст больных составил от 60 до 74 лет, среди них женщин 198 (66%), мужчин 102 (34%). В ходе исследования было установлено, что наиболее частыми сопутствующими заболеваниями больных с онихомикозом являются следующие:

1. Сердечно-сосудистые заболевания:

- ИБС – 104 человека (34,7%)
- гипертоническая болезнь – 179 человек (59,7%)
- варикозная болезнь вен нижних конечностей – 76 человек (25,3%)
- облитерирующий атеросклероз – 18 человек (6%)
- хроническая венозная недостаточность – 37 че-

ловек (12,3%).

2. Заболевания нервной системы:

- остеохондроз – 58 человек (19,3%).

3. Заболевания опорно-двигательного аппарата:

- деформирующий остеоартроз – 13 человек (4,3%)
- ревматоидный артрит – 9 человек (3%).

4. Заболевания эндокринной системы – 23 человека (7,6%).

5. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени:

- хронический гастрит – 38 человек (12,6%)
- желчнокаменная болезнь – 41 человек (13,6%).

6. заболевания почек:

- мочекаменная болезнь – 11 человек (3,6%).

Широко применяемые в последние годы системные антимикотики дают хорошие результаты лечения, но они могут давать у этой категории больных серьезные побочные эффекты, таких как гепатотоксичность, эндокринные нарушения, гипертония, диспептические расстройства и другие. Необходимо также учитывать, что лечение онихомикоза обычно требует назначения системных антимикотиков в течение длительного времени.

Таким образом, назначение системных антимикотиков лицам пожилого возраста с имеющейся сопутствующей соматической патологией представляется нежелательными и возникает необходимость разработки новых методов наружной терапии топическими антимикотиками и определения ее эффективности.

## **ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.*

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

Довольно часто грибковые поражения кожи и ногтевых пластинок стоп развиваются на фоне имеющейся патологии сосудов нижних конечностей, таких как облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность, и это характерно для больных пожилого возраста, поскольку периферическое кровоснабжение в значительной мере нарушено.

Нами были обследованы 86 человек в возрасте

от 60 до 74 лет, страдающих ониомикозом стоп. Среди них женщин – 58 человек (67,44%) и мужчин – 28 человек (32,56%). Всем больным было проведено ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей.

В результате проведенных исследований установлено, что из 86 обследуемых с ониомикозом стоп 62 человека (72,1%) имели ту или иную сосудистую патологию, а именно: 22 человека (35,5%) с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, 29 человек (46,8%) с хронической венозной недостаточностью и 11 человек (17,7%) с сочетанной патологией артерий и вен. У большинства больных, имеющих сосудистую патологию, наряду с множественным поражением ногтевых пластинок наблюдалось грибковое поражение кожи подошв.

Таким образом, комплексную терапию ониомикоза стоп у больных пожилого возраста необходимо сочетать с коррекцией патологии сосудов пораженных конечностей.

## **ИШЕМИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

*Бабушкина М.В.*

*Ижевская государственная медицинская академия*

Ишемическая алопеция (алопеция от сдавления) – достаточно редкий вид выпадения волос. Развивается вследствие ишемии и гипоксических изменений в тканях после длительной иммобилизации головы, чаще во время операций или нахождения в палатах интенсивной терапии. В большинстве случаев процесс носит обратимый характер, но при продолжающемся сдавлении может привести к развитию вторичной рубцовой алопеции. Ввиду схожести клинической и трихоскопической картины заболевание приходится дифференцировать с гнездной алопецией, микозами, трихотилломанией и др. (F. Papaiordanou et al., 2016, G.M. Ravaioli et al., 2019, V.D. Tortelly et al., 2020).

Цель работы: оценить анамнестические, клинические и трихоскопические особенности ишемической алопеции.

Задачи: оценить сроки развития ишемической алопеции, изучить клинические признаки выпадения, оценить трихоскопические особенности и прогноз восстановления волос.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2021 год под наблюдением находились 6 пациентов с очаговым выпадением волос в области затылка: 4 женщины и 2 мужчин. Из них 2 ребенка: мальчик

3 лет и девочка 7 лет. Средний возраст взрослых составлял 32,5 лет. В анамнезе у 5 человек оперативное вмешательство под общим наркозом средней продолжительностью 6,4 ч. Одна пациентка в течение месяца находилась в отделении реанимации на аппарате ИВЛ с диагнозом: Коронавирусная инфекция, двусторонняя полисегментарная пневмония. Отек головного мозга. Только 2 человека связали выпадение с предшествующей длительной иммобилизацией, 2 больным предварительно был выставлен диагноз: Гнездная алопеция, 1 пациентке – трихотилломания.

Результаты. Участки алопеции пациенты или их родственники заметили в среднем через 2,8 недели после операции. Уже сформировавшиеся очаги обнаружили 8 больных, остальные наблюдали постепенное их увеличение в размерах. Только 2 пациента отмечали болезненность, 1 женщина отечность кожи и появление корочек в местах последующего выпадения волос. У 4 пациентов был единственный очаг алопеции, у 1 женщины – 2, у девушки после коронавирусной инфекции – 3 очага. Все они локализовались в затылочной области в проекции наиболее выступающих участков черепа, в центральной части – у 5 человек, у мальчика, находившегося во время операции на боку, – слева. Размеры очагов составляли в среднем 3,8 см в диаметре. Визуально в центре очагов определялась гиперпигментация у 5 пациентов, слабо выраженная эритема – у 2, сглаженность кожи с потерей устьев волосяных фолликулов – у 1 девушки. У 2 больных наблюдался частичный рост vellуса, преимущественно по периферии очагов. Там же визуализировались дистрофичные, обломанные волосы у 4 пациентов. Трихоскопическая картина характеризовалась наличием желтых точек, единичных vellусных волос в очагах у всех пациентов, в основном они визуализировались в центральной части. Черные точки, дистрофичные и обломанные волосы определялись преимущественно по периферии очагов. У одной девушки в очаге присутствовали белые точки и белые зоны фиброза, розовые ишемические участки.

Выводы. У всех пациентов очаги алопеции появились после достаточно длительного периода иммобилизации, в среднем через 2,8 недель. Не все смогли связать выпадение волос с давлением на область затылка, что подчеркивает важность тщательного сбора анамнеза. Алопеция носила обратимый характер, кроме случая длительной интенсивной терапии в течение месяца в реанимационном отделении. Клинические проявления отличались наличием гиперпигментации в цен-

тре очагов, дистрофичных, обломанных волос. Трихоскопия демонстрировала желтые, черные точки, обломанные волосы, рост веллуса. Ввиду того, что описанные изменения также встречаются при других видах алопеции, в первую очередь, гнездом, решающее значение приобретают анамнестические данные.

## **САЛЬНОЖЕЛЕЗИСТЫЙ НЕВУС ЯДАССОНА – ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ВИДЕОДЕРМАТОСКОПИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Безуглый Н.А., Белков П.А.*

*Клиника АНТА-Мед*

Сальножелезистый невус Ядассона (СЖН) – врожденная гамартома пилосебацейного комплекса, включающая фолликулярные, сальножелезистые и апокриновые компоненты с явлениями гиперплазии эпидермиса. СЖН обнаруживается у 0,3% новорожденных мужского и женского пола. Развитие СЖН связывают с соматическими мутациями генов HRas и KRas. В большинстве случаев СЖН локализуется на коже головы и гениталий. В зрелом и пожилом возрасте у 1/3 больных в области СЖН развиваются доброкачественные и злокачественные опухоли. Среди злокачественных опухолей регистрируются базальноклеточный рак, карцинома сальных желез, трихобластома, плоскоклеточный рак, апокринная карцинома, эккринная порокарцинома и меланома. Для неинвазивной диагностики применяют дерматоскопию/видеодерматоскопию и высокочастотное ультразвуковое исследование кожи (ВЧУЗИ). В настоящем клиническом случае мы применяли комбинацию видеодерматоскопии ВЧУЗИ с целью выявления высокочастотных ультразвуковых признаков СЖН.

Клинический случай. Пациент О., мужского пола в возрасте 12 лет поступил в клинику АНТА-Мед для уточнения диагноза. Невус обнаружен после рождения. В течение последних двух лет родители заметили увеличение размеров высыпаний и интенсивности окраски. Status localis: патологический кожный процесс ограниченный, невоспалительного характера. Представлен линейно расположенной полигональной бляшкой желтого и желто-оранжевого цвета с дискретными полушаровидными желтоватыми папулами по периферии. Поверхность патологического очага

неровная, мелкобугристая, в области отдельных папул значительно возвышается над окружающей кожей. Бляшка локализована в правой преаурикулярной и височно-скуловой области. Пальпаторно – мягкие, подвижные, безболезненные образования плотно-эластической консистенции. Биопсия и гистологическое исследование не проводились, в связи с несогласием родителей пациента. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате DUB SkinScanner (TRM, Германия) с датчиками 33 МГц и 75 МГц и датчиком для видеодерматоскопии с кросс поляризацией и увеличением 50х. Видеодерматоскопия: визуализируются множественные агрегаты сальных желез желтого и белесого цвета округлой и овальной формы с линейными и извитыми сосудами. Поверхность покрыта тонкими пушковыми волосами. В устьях фолликулов визуализируются многочисленные сальные пробки. Высокочастотное ультразвуковое исследование: При ВЧУЗИ результаты измерений в области интереса сравнивали с контралатеральными симметричными участками интактной кожи (контроль). В проекции образований толщина эпидермиса неравномерно увеличена 137-238 мкм (98-110 мкм в контроле). Толщина дермы значительно увеличена и достигает 3000-3200 мкм (в контроле 1100-1250 мкм). В нижних и средних слоях дермы визуализируются множественные гипо-анэхогенные округлые структуры. Гипо-анэхогенные перифолликулярные области размером 800-1400 x 1900-2800 мкм имеют четкие границы. Множественные гипо-анэхогенные сгруппированные участки с нечеткими границами и размерами 160-360 x 400-800 мкм визуализируются в верхних, средних и глубоких слоях дермы. Гипо-анэхогенные области в глубоких слоях дермы окружены гиперэхогенными дермальными элементами. Граница дермы и подкожной жировой клетчатки деформирована. Изменений в гиподерме не выявлено. Соматической патологии и признаков малигнизации невуса не обнаружено. Невус локализовался в пределах дермы без поражения подлежащих тканей. Рекомендовано динамическое наблюдение с применением дерматоскопии и ВЧУЗ не реже одного раза в 6 месяцев или немедленно при появлении изменений размеров и окраски невуса.

Обсуждение. Выявлены высокочастотные ультразвуковые признаки СЖН. Неравномерное утолщение эпидермиса, которое вероятно соответствует акантозу и папилломатозу. Гипо-анэхогенные перифолликулярные области могут соответствовать гиперплазии фолликулов и саль-

ных желез. Множественные сгруппированные гипо-анэхогенные области в верхних и средних слоях дермы вероятно соответствуют конгломератам сальных желез. Гипо-анэхогенные участки, окруженные гиперэхогенными структурами в глубоких слоях дермы, наиболее вероятно, соответствуют кистозно-расширенным выводным протокам потовых желез.

**Заключение.** Высокочастотная ультразвуковая визуализация в комбинации с видеодерматоскопией может быть рекомендована в качестве объективной процедуры для неинвазивного динамического мониторинга состояния пациентов с сальножелезистым невусом Ядассона.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИИ**

*Береснева Т.А., Галактионова Ю.П.,  
Комаров А.А.*

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

**Введение.** Metallургическая промышленность до сих пор остается одной из наиболее востребованных отраслей в РФ. Исследователями отмечена высокая распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки среди форм профессиональной патологии в металлургии. К производственным аллергенам, чаще всего вызывающим аллергические заболевания кожи, относят полимеры — смолы и материалы, которые их содержат (клеи, краски и др.); металлы-аллергены (хром, никель и кобальт); лекарственные препараты (антибиотики и витамины группы В). На данный момент затруднение вызывает доказательство связи возникновения профессиональной экземы с влиянием производственных аллергенов.

**Цель исследования:** оценить распространенность аллергических заболеваний кожи у работников производства меди и описать клинический случай выявленного профессионального дерматоза среди обследованных.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников, клинико-инструментальное обследование 327 работников металлургического цеха производства черновой меди, цеха производ-

ства шихты и медеплавильного цеха АО «Уралэлектромедь» г. Верхняя Пышма и филиала АО «Уралэлектромедь» «Производство полиметаллов» г. Кировград, поступающих для прохождения медицинского осмотра в поликлинику №1 ФБУН ЕМНЦ ПЗОРПП Роспотребнадзора России, из них 115 женщин (средний возраст  $44,5 \pm 2,0$ ), 1385 мужчин (средний возраст  $45,1 \pm 2,0$ ). Представлен клинический случай: пациент М., 30 лет, подручный конвертерщика, направлен с предварительным диагнозом «Монетовидная экзема? Распространенный аллергический дерматит? Микробная экзема?». Предъявляет жалобы на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом. Из анамнеза: Считает себя больным в течение 3 лет, связывает заболевание с работой. Полное разрешение кожного процесса во время нахождения на больничном листе. Рецидивы после 7-10 рабочих смен. В процессе трудовой деятельности имеет контакт с производственными аллергенами (никель, диоксид триоксида). Угревая болезнь в подростковом возрасте, без обострений. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена. Объективно: Кожный процесс распространенный, на коже туловища, верхних и нижних конечностях, эритематозно-сквамозные очаги от 1 до 20 см с четкими границами с множественными мелкопапулезными элементами на поверхности, выраженное мелкопластинчатое шелушение, эксфолиации, единичные серозно-геморрагические корочки. Признаки дистрофии ногтевых пластин кистей. Другие дериваты кожи без особенностей. Результаты обследования: в анализе крови превышение Ig E специфического к никелю, пылевому домашнему клещу, луговым травам и шерсти собак, общий Ig E в норме. Значение реакции специфической агломерации лейкоцитов повышено к пылевому домашнему клещу. Реакция специфического лизиса лейкоцитов повышена к хрому. Проведено лечение: бетаметазона дипропионат, раствор, 1,0 мл, внутримышечно, однократно, дезинтоксикационная терапия (тиосульфат натрия 30% 10,0 мл 1 раз в день, 10 дней), антигистаминные препараты (Цетиризин 10 мг 1 раз в день в течение 10 дней, дезлоратадин 5 мг 1 раз в день, 10 дней), клотримазол + гентамицин + бетаметазона дипропионат крем 2 раза в день, 14 дней, метилпреднизолон ацепонат 1 раз в день, 14 дней. На фоне лечения значительное улучшение. Клинический диагноз: Профессиональная экзема смешанной этиологии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Заболевания кожи выявлены у 44,3% работников

металлургического производства. У 24,0% из них встречались 2 и более дерматозов (чаще инфекционных). Аллергодерматозы (АД) наблюдались в 9,1% случаев и достоверно чаще у работников конвертерного отделения. Установленный случай профессионального АД лишь один среди обследованных лиц. В структуре вредных воздействий на больных с АД выявлено статистически достоверное влияние никеля, марганца оксидов и формальдегида (у 92,3%, 30,8% и 65,4% больных соответственно).

Выводы. При обследовании 327 работников металлургического цеха медеплавильного производства, патологическая пораженность АД составила 9,1%. Факторами риска АД являются никель (92,3%), формальдегид (65,4%) и марганца оксиды (30,8%). Установление связи заболевания кожи с профессиональными факторами является важной задачей врача-дерматовенеролога, разработка простых и эффективных алгоритмов диагностики, повышение осведомленности врачей позволит своевременно выявить дерматоз и определить необходимую тактику ведения пациентов.

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Благодир А.С., Касихина Е.И.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, кафедра дерматовенерологии, аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института РУДН, Москва*

Атопический дерматит (АтД) является хроническим воспалительным, зудящим дерматозом, наиболее распространенным среди детей, негативно влияющим на качество их жизни. АтД – многофакторная болезнь, развитие которой происходит под влиянием различных факторов окружающей среды, а также генетически детерминированных дефектов кожного барьера и механизмов иммунного ответа организма. Гиперреактивность иммунной системы и нарушение барьерной функции кожи влияют на развитие ассоциированной с АтД патологии (поллиноз, бронхиальная астма, ихтиоз, фолликулярный кератоз, контактная крапивница) и осложнений (кожные инфекции, задержка физического развития, катаракта). В тоже время появляются сообщения об увеличении числа детей и подростков, страдающих АтД и други-

ми хроническими заболеваниями кожи.

Нами проведен ретроспективный анализ спектра сопутствующих болезней кожи у 86 детей с установленным ранее диагнозом АтД, в возрасте от 8 до 17 лет. Дети в возрасте от 8-12 лет составили первую группу (n=42), в возрасте от 13 до 17 лет включительно составили вторую группу (n=44). У 10 (22,7%) детей в возрасте 8-12 лет был диагностирован белый питириаз. У 3 (7,1%) детей – периоральный дерматит. У 1 (2,3%) ребенка был диагностирован псориаз. Диагноз детского ювенильного подошвенного дерматита был выставлен 2 (4,7%) детям. У детей второй группы сопутствующая патология носила связь с возрастными изменениями, характерными для пубертата. Себорейный дерматит был диагностирован у 5 (11,3%) детей, акне – у 4 (9,0%) подростков. Особенностью акне у подростков с атопическим дерматитом явились поздний дебют (возраст старше 15 лет) и наличие эндокринных расстройств (избыточная масса тела, ожирение). Подбор топической терапии акне проводился с учетом особенностей микробиома кожи, высокой частоты развития контактной аллергии на вспомогательные компоненты лекарственных и уходовых средств, а также побочных эффектов (жжения, усиления кожного зуда, развития стойкой гиперемии). Для течения себорейного дерматита у подростков с АтД были характерны стойкие эритематозно-десквамативные явления на коже лица и волосистой части головы, выраженный зуд и резистентность к традиционной наружной терапии. Периоральный дерматит во второй группе был диагностирован у 1 (2,2%) подростка. Среди инфекционной патологии во второй группе следует отметить локализацию плоских бородавок на коже лица у 2 (4,5%) подростков и микоз стоп – у 1 (2,2%).

Таким образом, исследование показало, что примерно у 1/3 детей с АтД выявляется сопутствующая патология кожи.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГРОВЕРА: КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ, ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ**

*Богдан П.И., Миченко А.В., Алленова А.С.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России*

Болезнь Гровера (БГ) является редким дерматозом, характеризующийся появлением зудящих, красно-коричневых папул на коже туловища и конечностей. Гистологическими признаками данного заболевания являются акантоз эпидермиса, надбазальный акантолиз, а также формирование плотных роговых пробок. На настоящий момент нет четкого представления об этиологии данного заболевания, о связи его с аутоиммунными заболеваниями и наследственном характере передачи. В связи со схожестью клинических и гистологических характеристик данного заболевания с болезнью Дарье существуют трудности в клинической диагностике данного заболевания.

Цель исследования: оценка корреляции клинических, дерматоскопических признаков и изменений, выявляемых при конфокальной лазерной сканирующей микроскопии при болезни Гровера. Методы: проведено исследование очагов поражения у двух пациентов с болезнью Гровера при помощи дерматоскопии, конфокальной лазерной сканирующей микроскопии и патоморфологического исследования.

Результаты. При клиническом дерматологическом обследовании у обеих пациенток были выявлены характерные признаки болезни Гровера – многочисленные папулы на руках, груди, спине и бёдрах. По дерматоскопическим характеристикам выявлено два типа папул: «свежие (характерно наличие бледно-розовых папул с полиморфными сосуды (с преобладанием гломерулярных), начинающие формироваться корочки, некоторое шелушение на поверхности)» и длительно существующие (розово-желтый фон, звездчатообразная кератотическая пробка со светлым венчиком по периферии, гломерулярные и единичные линейные сосуды). При патоморфологическом исследовании отмечается акантоз эпидермиса, надбазальный акантолиз с формированием вну-

триэпидермальных щелей в углублениях эпидермиса. В устьях фолликулов визуализируются массивные плотные роговые пробки с паракератотическими столбиками. При лазерной сканирующей конфокальной микроскопии на уровне эпидермиса на отдельных участках визуализируется нарушение нормальной структуры слоев, наблюдаются мелкие единичные щелевидные, темные области, в которых видно различное количество контрастных клеток, преимущественно мелких, единичные крупные контрастные клетки с темным центром и контрастной периферической зоной. Дискератоз и гиперкератоз в верхних слоях эпидермиса, видны небольшие скопления зернистых контрастных клеток. На уровне DEJ и дермы: частично нарушение нормальной структуры на отдельных участках, сосочки расширены, с усиленным кровотоком, разного размера, значительно утолщенные межсосочковые промежутки. Неравномерное распределение пигментных клеток. Выраженные волокнистые структуры в средних отделах дермы.

Заключение: картина соответствует процессам супрабазального и интраэпидермального акантолиза с образованием клефт, гипер- и дискератоза, в обследованных очагах наблюдается гипер- и дискератоз, мелкие внутриэпидермальные полости как практически без содержимого, так и с клеточным, в том числе округлыми контрастными клетками, а также бесструктурным контрастным содержимым, расширение сосочков дермы с усилением кровотока. Наиболее вероятно болезнь Гровера.

Вывод: таким образом, результаты конфокальной лазерной сканирующей микроскопии элементов (нарушение нормальной структуры слоев, небольшие темные области неправильной формы, в основном щелевидные, располагающиеся на уровне эпидермиса, признаки дискератоза и гиперкератоза в верхних слоях эпидермиса) коррелируют с процессами супрабазального и интраэпидермального акантолиза, выявленными при патоморфологическом исследовании. Дерматоскопические признаки в виде звездчатых эрозий обусловлены акантолизом, выявляемом при патоморфологическом исследовании.

## **СРАВНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИ МЕНЯЮЩИХСЯ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И НЕМНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕВУСАМИ**

*Вахитова И.И., Миченко А.В., Потеев Н.Н., Титов К.С., Жукова О.В.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»*

**Введение.** Известно, что наличие у пациентов множественных меланоцитарных невусов ассоциировано с высоким риском развития меланомы. Поэтому, особенно в случае сочетания с другими дополнительными факторами риска, таких пациентов рекомендуют включать в программу динамического мониторинга с целью выявления подозрительно меняющихся новообразований. С другой стороны, практически отсутствуют данные о необходимости длительного динамического наблюдения пациентов с факторами риска меланомы с немножественными меланоцитарными невусами.

**Цель.** Изучить в динамике меняющиеся меланоцитарные новообразования у пациентов с факторами риска меланомы с множественными и немножественными невусами.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 75 пациентов с наличием одного и более факторов риска развития меланомы кожи. Пациенты были распределены в зависимости от наличия множественных ( $\geq 50$ ) или единичных меланоцитарных новообразований кожи в две группы. Каждому пациенту было проведено фотокартирование тела с последующим дерматоскопическим исследованием всех имеющихся новообразований размерами более 2 мм в диаметре. Далее проводилось контрольное фотокартирование в динамике с интервалом не менее 2 месяца.

**Результаты.** В основную группу (1 группа) было включено 43 пациента с множественными невусами ( $\geq 50$ ), среди них 26 (60,5%) женщин. В группу сравнения (2 группа) было отобрано 32 пациента с немножественными невусами ( $< 50$ ), среди них 24 (75%) женщины. Возраст в основной группе варьировал от 21 до 68 лет, в группе сравнения от 21 до 69 лет. Количество визитов ( $M \pm SD$ ) в основной группе  $2,79 \pm 0,989$ , в группе сравнения  $2,25 \pm 0,440$ . Медиана количества визитов пациентов с множественными меланоцитарными невусами соста-

вила на 1 визит больше, чем в группе сравнения ( $p=0,004$ ). За период длительного мониторинга в основной группе были отмечены динамические дерматоскопические изменения в 473 из 9676 меланоцитарных новообразованиях, что составило 4,89% от общего числа исследуемых невусов. В группе сравнения в ходе дерматоскопического мониторинга изменились 122 (9,58%) из 1274 меланоцитарных новообразований. По результатам проведенного сравнительного анализа было установлено, что наиболее часто в динамике менялись невусы у пациентов с немножественными меланоцитарными новообразованиями ( $p=0,022$ ). Также для этой группы было характерно большее количество удаленных невусов среди всех исследуемых образований ( $p=0,022$ ), что можно объяснить немногочисленным характером новообразований ( $< 50$ ) в группе сравнения по сравнению с основной группой (где число новообразований у одного пациента могло достигать до 1250). В то время как для основной группы было характерно большее число удаленных невусов среди всех изменившихся новообразований ( $p=0,023$ ). Следует отметить, что среди гистологически верифицированных диагнозов в основной группе было выявлено 5 меланом *in situ*, в группе сравнения 1 меланома *in situ* и 1 поверхностно-распространяющаяся пигментная меланома.

**Выводы.** Меняющиеся в динамике меланоцитарные новообразования могут встречаться как у пациентов с единичными, так и с множественными невусами, что свидетельствует о необходимости динамического наблюдения всех пациентов с факторами риска развития меланомы кожи независимо от общего числа имеющихся меланоцитарных невусов.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

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

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»*

Высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) – это вид оказания медицинской помощи пациентам, страдающим тяжелыми формами дерматозов, резистентными к стандартным ме-

тодам лечения. Данный вид помощи оказывается по широкому перечню медицинских направлений и высококвалифицированными медицинскими работниками с использованием высокотехнологичного медицинского оборудования, приборов и медицинских изделий и лекарственных препаратов.

**Цель.** Оценить эффективность оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) больным атопическим дерматитом (АД) за 2019-2020 гг.

За период с января 2019 г. по декабрь 2019 г. комплексное обследование и лечение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» в дерматовенерологическом отделении №1 суточного стационара проведено 212 пациентам с диагнозом: атопический дерматит (АД). Из числа всех пациентов получивших лечение по программе ВМП больные с АД по программе ВМП составили 17 человек (12,47%), при этом у 85,8% кожный процесс носил диффузный характер. Все пациенты этой группы ранее получали стационарное лечение 2-3 раза в год. Учитывая длительное – непрерывно-рецидивирующее течение кожного заболевания, распространенность и тяжесть патологического процесса, неэффективность ранее проводимых методов системного и физиотерапевтического лечения рекомендовано проведение комплексного лечения с применением курса системных цитостатических, иммуносупрессивных и антибактериальных препаратов, совместно с курсом процедур плазмафереза и физиотерапевтических процедур. Побочных реакций и осложнений в процессе проведения лечения по программе ВМП не наблюдались. По завершению курса лечения отмечалась выраженная положительная динамика. Проводя анализ эффективности терапии проведенной в рамках программы ВМП в отделении суточного стационара, взяты данные пациентов, госпитализированных за 2020 г. В результате проведенного анализа выяснилось: при наличии ежегодных госпитализаций у этих пациентов в период 2015-2019 гг., после прохождения лечения по программе ВМП с применением курса плазмафереза, физиотерапевтического лечения, цитостатических, иммуносупрессивных методов лечения, повторное стационарное лечение потребовалось только 2 пациентам (11,7%) и спустя 6 месяцев, что говорит о сформированной длительной ремиссии.

**Выводы.** Медицинская результативность терапии больных АД по программе ВМП реализовалась в достижении благоприятных исходов лечения

в 88,3% случаев, причем у 43,4% пациентов с изначально тяжелыми и резистентными формами заболевания удалось добиться клинической ремиссии и значительного улучшения, со снижением выраженности индекса SCORAD более чем на 75% от исходного.

## **СОЗДАНИЕ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Гаджигороева А.Г., Потекаев Н.Н., Романова Ю.Ю.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»*

**Цель.** Определение эпидемиологических характеристик и клинических особенностей пациентов с гнездовой алопецией (ГА) взрослого возраста. **Задачи:** Сбор врачами данных обо всех пациентах с ГА старше 18 лет посетивших его/ее амбулаторно или госпитализированных в стационар и удовлетворяющих критериям включения в данное исследование. **Критерии включения:** пациенты старше 18 лет с диагнозом гнездовая алопеция. **Дизайн исследования:** многоцентровое проспективное наблюдательное когортное исследование. **Результаты:** Создан Регистр пациентов с ГА, который включает данные эпидемиологического, анамnestического, клинического и психосоматического характера пациентов с ГА. В качестве опросников качества жизни и оценки психосоматических параметров помимо «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), выбраны новые для практического применения в России шкалы: опросник по оценке качества жизни больных ГА (QLAA) и шкала оценки влияния симптомов ГА (AASIS). Для новых шкал проведён этап языковой адаптации. Из 26 пациентов, включенных в регистр на момент дачи тезисов, 85,7% являются представителями славянской расы, из них русской национальности – 66,7%. Средиземноморский тип имеют 14,3%, большую часть из них составили евреи (9,6%). Коморбидные состояния имеют 70% пациентов; наиболее часто регистрируется гипертоническая болезнь и аллергический ринит: 18,7% каждый. Сахарный диабет 1 и 2 типа – у 18,75% (2-го типа – 12,5%). Большинство пациентов имеют от 1 до 2-х эпизодов ГА (72,7%). 66,7% из всех пациентов отмечают наличие инфекции органов дыхания перед последним эпизодом ГА. Тип потери волос, в основном, носит локальный характер -

у 77,8%, универсальный тип и краевое облысение (офиазис) зарегистрировано у 11,1% пациентов соответственно; 22,2% имеют выраженную дистрофию ногтей по типу трахионихии. Заключение. Данные, полученные в ходе заполнения Регистра, способствуют пониманию эпидемиологии ГА, уточняют и систематизируют сведения клинического характера болезни, которые могут в дальнейшем иметь прогностический характер для определения течения ГА, способствовать повышению эффективности терапии и качества жизни пациентов.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН**

*Гаджимурадова К.М., Иванова М.А., Гаджимуратов М.Н., Алиева С.Н.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

Цель – изучить распространенность, клинико-генетические особенности и семейный анамнез пациентов ВБЭ в Республике Дагестан.

Материалы и методы. Изучена клиническая картина, особенности течения и семейный анамнез 127 пациентов с диагнозом ВБЭ, проживающих в Республике Дагестан, верифицирован тип и субтип заболевания у них. У 12 пациентов методом полноэкзомного секвенирования ДНК подтверждена генетическая природа ВБЭ.

Результаты и заключение. Каждый из 127 больных ВБЭ, с учетом индекса тяжести ВЕBS, отнесен к одной из 4 групп по степени тяжести протекающего заболевания. Так, большая часть пациентов входит в группу с легкой и средней тяжестью: ПВБЭ Вебера-Кокейна – 53 (41,73±4,38%, n=127) и герпетический Доулинг-Меара – 11 (8,66±2,5%, n=127), доминантный ДВБЭ – 3 (2,36±1,35%, n=127) и рецессивный ДВБЭ генерализованный не мутилирующий – 1 (0,79±0,79%, n=127), ПгрВБЭ – 8 (6,3±2,16%, n=127), а также Киндлер-синдром – 1 (0,79±0,79%, n=127). У больных с вышеуказанными диагнозами процесс не склонен к развитию тяжелых мультиорганных поражений. При их диспансерном ведении проводят в основном поддерживающие мероприятия: предупреждение травматизации кожи, обучение ухаживающим принципам деликатного обращения с кожей боль-

ного, создание для них безопасных условий пребывания в доме, избегать перегрева кожи, гигиена полости рта. Несоблюдение этих рекомендаций ведет к увеличению объема пораженной кожи и слизистых оболочек, инфицированию раны, контактно-аллергическому дерматиту, гипергрануляции (при ПгрВБЭ) и, как следствие, к более тяжелому течению. По этой причине один пациент с ПВБЭ герпетическим Доулинг-Меара и один с доминантным ДВБЭ Кокейна-Турена представлены в группе с тяжелой степенью течения заболевания. Мы отмечаем, что при ПВБЭ герпетическом Доулинг-Меара 9 (75,0±12,5%, n=12) из 12 пациентов имеют среднюю и тяжелую степень тяжести, и поэтому отнесли их к группе риска по развитию тяжелых мультиорганных осложнений. Они нуждаются в индивидуализированном подборе наружных средств, гигиенических процедур при динамическом наблюдении. Особого внимания требуют больные генерализованным рецессивным ДВБЭ, которые отнесены либо к тяжелой, либо очень тяжелой группе течения процесса – 7 (5,51±2,07%, n=127) и 21 (16,54±3,32%, n=127) соответственно. Они должны находиться под диспансерным наблюдением как дерматолога, так и смежных специалистов для предупреждения деформаций и контрактур. Проведенное нами исследование также показало, что контингент детей составляет большую часть больных ВБЭ в Республике Дагестан – 63,78±4,26%. В то же время, 6,3±2,16% составляют лица в возрасте 56-63 года, что требует дифференцированного подхода при их ведении. Анализ влияния близкородственного брака на проявление ВБЭ в популяции показал, что у большей части больных с рецессивным ДВБЭ и ПгрВБЭ именно родство родителей могло спровоцировать манифестацию этого генодерматоза у их детей. Поэтому предупреждение близкородственных браков является методом первичной профилактики этих форм ВБЭ, наследуемых по аутосомно-рецессивному типу. Акцент в этом направлении должен быть сделан в 12 районах Дагестана, где, среди местного населения и выходцев оттуда, распространены ассоциированные с ВБЭ генетические мутации. Молекулярно-генетическое исследование, проведенное 12 пациентам, в 2 (16,67±10,76%, n=12) случаях выявило патогенную, а в 10 (83,33±10,76%, n=12) мутацию в гене, являющуюся вероятной причиной развития определенного типа ВБЭ. Результаты полноэкзомного секвенирования генов, основанные на фенотипе и семейном анамнезе, позволяют верифицировать тип и субтип ВБЭ, составить прогноз

течения заболевания и вероятность его манифестации у сибсов.

## **К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА ГРОВЕРА**

*Галактионова Ю.П., Николаева К.И., Бочкарев Ю.М., Ефимова М.С.*

*Уральский Государственный Медицинский Университет, кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности*

Введение. Болезнь Гровера (Транзиторный акантолитический дерматоз Гровера, БГ) – редкий дерматоз неизвестной этиологии, характеризующийся острым возникновением зудящих папуло-везикулезных элементов, как правило, с доброкачественным течением и варибельной гистологической картиной. В 1970 году R. Grover впервые описал 6 пациентов с данным заболеванием. Дальнейшее изучение клинических и патоморфологических особенностей привело к появлению термина «транзиторный акантолитический дерматоз Гровера. Заболевание чаще поражает мужчин среднего и пожилого возраста, преимущественно с I и II фототипами кожи, предрасположенных к аллергическим реакциям. Описаны случаи БГ у пациентов с хронической почечной недостаточностью, ВИЧ-инфекцией, больных онкогематологического профиля. Длительная инсоляция, воздействие высокой температуры и повышенное потоотделение являются предрасполагающими факторами развития этого заболевания. Типичная клиническая картина БГ характеризуется появлением на коже папул или папуловезикул, которые могут приобретать уртикарный характер, ярко-красного или цвета нормальной кожи, располагающихся группами, не склонных к слиянию. В клинической практике возникают трудности диагностики БГ, связанные с неспецифичностью клинической картины и наличием атипичных клинических форм. В литературе выделяют такие атипичные формы, как крупно-бляшечная, эритематозно-крустовая с везикулезным краем (трихофитоидная), папулезная, с пруригинозными папулами, крупно-пузырная. В связи с этим спектр заболеваний для дифференциальной диагностики БГ очень широк, может включать как острые инфекционные и неинфекционные, так и хронические дерматозы. Целью исследования стала демонстрация клини-

ческого случая атипичной формы БГ для обсуждения трудностей дифференциальной диагностики.

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

Результаты исследования. В дерматовенерологический стационар направлен мужчина, 61 года с предварительным диагнозом «Псориаз? Т-клеточная лимфома кожи?». Жалобы при поступлении: высыпания, сопровождающиеся интенсивным зудом, шелушением. Считает себя больным в течение 2-х недель, связывает появление высыпаний с перенесенной накануне ОРВИ. Из анамнеза известно, что пациент работал в течение жизни водителем, подвергался воздействию следующих вредных факторов: длительная инсоляция, высокая температура в кабине автотранспорта, повышенная потливость. При поступлении кожный процесс распространенный, симметричный, локализован преимущественно на туловище, представлен множественными лентикулярными и нумулярными папулами розово-коричневого цвета (часть – с чешуйками и корками серого цвета), папуловезикулами, эрозиями. На месте разрешившихся элементов гиперпигментированные пятна. Краевой симптом Никольского положительный. При гистологическом исследовании в эпидермисе явления акантолиза на уровне зернистого слоя, спонгиоза, дискератоза, в верхней дерме – отек, периваскулярные и перифолликулярные лимфоцитарные инфильтраты с примесью гранулоцитов. На основании клинической картины и данных гистологического исследования установлен диагноз БГ. Проведенное лечение: бетаметазона дипропионат, раствор, 1,0 мл, внутримышечно, однократно, глюконат кальция 10% 10,0 внутримышечно, в течение 10 дней; наружно – клобетазола пропионат 0,05%, крем 2 раза в день на высыпания в течение 14 дней, с постепенной отменой; фулорцин спиртовой раствор 2 раза в день в течение 7 дней. В процессе лечения отмечалось выраженное улучшение состояния. Даны рекомендации: ретинола пальмитат, раствор, 100 000 ЕД в течение 1 месяца, эмолиенты, использование солнцезащитного крема.

Обсуждение. БГ требует дифференциальной диагностики с такими заболеваниями, как псориаз, болезнь Дарье, себорейная пузырьчатка, ТКЛК и др. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость всестороннего обследования больного, важность анамнестических данных и гистологического исследования для

установления верного диагноза.

Выводы. Описанный нами случай представляет интерес в связи с редкостью заболевания, особенностями клинических проявлений, атипичным течением, сложностью дифференциальной диагностики. Знание провоцирующих факторов позволяет профилактировать рецидивы заболевания. Кроме того, следует помнить о вероятности паранеопластического генеза, что отмечает важность тщательного обследования данного пациента у врачей смежных специальностей.

## **КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

*Галиуллина Д.Ф., Жунисова Д.С., Вишневская И.Ф., Захаров М.А.*

*Уральский государственный медицинский университет*

Введение. Красный плоский лишай – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся большим разнообразием клинических форм и проявлений. Первое описание заболевания составил в 1860 г. австрийский дерматолог Ferdinand von Hebra и назвал его «leichen ruber» (др.-греч. leichen – лишай и лат. ruber – красный). В настоящее время в общей структуре дерматологических заболеваний КПЛ составляет от 0,4 до 2,5%, чаще болеют женщины среднего и пожилого возраста (по данным Н.Н. Потеева и соавт., 2016). Несмотря на значительную распространенность, его распознавание представляет в ряде случаев трудности. Это обусловлено в первую очередь огромным разнообразием клинических проявлений и наличием атипичных форм. Излюбленная локализация высыпаний – это сгибательная поверхность конечностей (запястья, предплечья), кожа нижней части живота, половые органы, поясница. Поражение ладоней и подошв считается редкой локализацией высыпаний при КПЛ. При отсутствии характерных высыпаний в типичных локализациях ладонно-подошвенную форму КПЛ часто путают с более распространенными воспалительными дерматозами.

Цель. Представить редкий клинический случай поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае, вызвавший диагностические трудности.

Материалы и методы. Пациентка И., 57 лет, в сен-

тябре 2019 года обратилась к дерматовенерологу по месту жительства с жалобами на высыпания на ладонях и подошвах. Из анамнеза известно, что первые высыпания стала отмечать в августе 2019 года на ладонной поверхности кистей, их появление ни с чем не связывает, из сопутствующих заболеваний страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом и онихомикозом стоп. Самостоятельно не лечилась. Врачом-дерматовенерологом был установлен диагноз псориаз и проведено 2 курса лечения: дезинтоксикационная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, гепатопротекторная терапия, наружно – топические глюкокортикостероиды в комбинации с антибактериальным компонентом. В связи с неэффективностью лечения пациентка была направлена на консультацию в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» (СОКВД).

Результаты. В октябре 2019 года на базе СОКВД пациентка была консультирована к.м.н., доцентом кафедры дерматовенерологии. При объективном осмотре отмечались распространенные высыпания с преимущественной локализацией на сгибательной поверхности предплечий, разгибательной поверхности голеней, животе, кистях и стопах. Высыпания были представлены полигональными папулами, диаметром до 5 мм, розовой окраски, с пупковидным вдавлением в центре и мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На ладонях имелась тенденция слияния папул в бляшки с выраженным гиперкератозом. В области свода стоп визуально определялся эритематозный очаг лилово-розового цвета с крупнопластинчатым желтым шелушением по периферии. В углах рта и на нижней губе – эритематозные очаги с мелко-пластинчатым шелушением. В ротовой полости на щечной поверхности наблюдались серовато-белые папулы диаметром до 2 мм, склонные к слиянию в полосы («сетка Уикхема»). Пациентке был установлен диагноз: хронический диссеминированный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта и гиперкератотическим поражением ладоней и подошв, стадия прогрессирования. В ноябре 2019 года диагноз был подтвержден гистологически. Пациентке были даны рекомендации по режиму и питанию и назначено лечение (лоратадин, крем метилпреднизолона ацепонат + мочевины на пораженные участки ладоней и подошв, мазь бетаметазона дипропионат на остальные высыпания). При повторном обращении в январе 2020 года отмечалось значительное улучшение – отсутствие

новых высыпаний и постепенное разрешение имевшихся, практически полностью очистилась кожа ладоней. Было рекомендовано продолжить наружное применение мази бетаметазона дипропионат до 1 месяца и дополнительные обследования для исключения органической патологии.

Обсуждение. Данный клинический случай демонстрирует, что атипичная локализация высыпаний всегда создает трудности в диагностике кожных заболеваний. Врач-дерматовенеролог значительно облегчает себе эту задачу, проведя полный осмотр кожного покрова и слизистых оболочек, и в дальнейшем реже допускает диагностические ошибки. Таким образом, с целью верификации диагноза в повседневной практике необходим комплексный подход – оценка жалоб пациента, качественный сбор анамнеза, проведение внимательного объективного осмотра, а так же необходимых лабораторных, инструментальных и других исследований при необходимости.

Разрыв страницы

## **АНОМАЛИИ ВОЛОС В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ**

*Гамаюнов Б.Н.*

*ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава*

Эктодермальные дисплазии является большой гетерогенной группой заболеваний, которая включает как изолированные эктодермальные дисплазии с различными типами наследования, так и эктодермальные дисплазии в составе других синдромов. С целью постановки этиологического диагноза, повышения эффективности молекулярно-генетического обследования пациентов, медико-генетического консультирования их семей, пренатальной диагностики, сужение диагностического поиска вплоть до одного или нескольких близких синдромов и соответственно генов является актуальной задачей на этапе клинического обследования. При этом необходимо учитывать не только кожные, но и внекожные проявления у пациентов, использовать базы данных, клинические синопсисы наследственных синдромов для последующего молекулярно-генетического обследования. Генетические исследования, особенно полноэкзомное секвенирование, дают огромное количество информации, которую возможно эффективно анализировать, только если биоинфор-

матик получает конкретные данные от клинициста.

Мы убедительно показали практическую ценность выявления аномалий волос в дифференциальной диагностике эктодермальной дисплазии, когда страдают придатки кожи, в частности развивается гипотрихоз. При гипотрихозе не все волосы имеют какую-либо аномалию, сопровождающуюся повышенной ломкостью. Поэтому вначале целесообразно провести обзорную трихоскопию волосистой части головы, чтобы определиться с наиболее подозрительными участками на наличие аномалий волосяного стержня. Затем подозрительные пряди или отдельные волосы эпилируются и препарировываются для последующей световой микроскопии. Выделяют различные аномалии волос, сопровождающиеся повышенной ломкостью и приводящие к клинической картине гипотрихоза, в том числе у пациентов с эктодермальными дисплазиями. Это прежде всего монилетрикс, перекрученные волосы (*pili torti*), шерстистые волосы (*wooly hair*). В частности, при обследовании волос у одной нашей пациентки с первоначально недифференцированной эктодермальной дисплазией – гипотрихозом, эрозиями волосистой части головы, атрезией слезных точек, мы обнаружили т.н. *pili canaliculi*, которые наряду с другими клиническими симптомами позволили по клиническим синопсисам в международной базе данных OMIM найти группу аллельных синдромов, обусловленных мутациями в гене TP63. Последующее секвенирование экзома позволило обнаружить у пациентки патогенную мутацию rs121908843 NM\_003722.4:c.1681T>G в гене TP63 и подтвердить синдром Хэя-Уэллса.

Многие наследственные синдромы, среди которых синдром Нетертона, трихотиодистрофии, эктодермальные дисплазии, сопровождаются гипотрихозом с характерными аномалиями волос, описанными в клинических синопсисах. Поэтому выявление аномалий волосяного стержня может помочь в дифференциальной диагностике не только эктодермальных дисплазий, но других генодерматозов.

## ПРИРОДНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ КАК РЕГУЛЯТОРЫ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ЯНУС-КИНАЗЫ И СИГНАЛЬНОГО БЕЛКА-ТРАНСДУКТОРА И АКТИВАТОРА ТРАНСКРИПЦИИ JAK-STAT

*Гладько О.В., Гладько В.В., Волчек И.А., Ильина И.В., Теряев А.С.*

*Московский государственный университет пищевых производств, Медицинский институт непрерывного образования, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва*

Одним из современных подходов к лечению воспалительных и аутоиммунных процессов в дерматологии является регуляция синтеза провоспалительных цитокинов и JAK-STAT внутриклеточных сигнальных путей. Для этого используются селективные синтетические ингибиторы Янус-киназы (тофацитиниб, барицитиниб и др.). Однако их применение имеет ряд ограничений, например, высокая стоимость. Это побуждает к поиску подобных свойств среди продуктов природного происхождения.

Целью исследования явился скрининг иммуно-биомодулирующих свойств очищенных препаратов, полученных из лекарственных растений (*Centipeda minima* и *Saponaria officinalis*) в реакциях *in vitro*.

Материалы и методы. В исследовании были использованы мононуклеарные клетки (МНК) крови 10 здоровых доноров (5 мужчин и 5 женщин в возрасте 25-42 г). [1]. Клетки в концентрации  $2 \times 10^6$ /мл культивировали в течение 36 ч в присутствии неспецифического митогена – фитогеммаглютинаина П (ФГА П (РНА Р), Sigma) и различных концентраций ( $1,0 \times 10^{-7}$  г/л,  $0,01 \times 10^{-7}$  г/л) каждого из изучаемых экстрактов. В контрольных пробах клетки культивировали в присутствии только ФГА П. По окончании культивирования в культуральных супернатантах определяли концентрацию фактора некроза опухоли альфа (TNF $\alpha$ ) и интерлейкина-2 (IL-2) Цитокины определяли с использованием иммуноферментных тест-систем производства компании «Вектор-Бест» (Новосибирск). Кроме того, в лизате культивированных клеток определяли концентрацию и активность Янус-киназы 1 (JAK1) с помощью наборов Clound-Clone Corp (USA). Тест выполняли согласно инструкции фирмы-производителя.

Полученные результаты. Установлено, что препарат *Saponaria officinalis* в концентрации  $0,01 \times 10^{-7}$ -

г/л обладал ингибирующей активностью в отношении синтеза как TNF $\alpha$  и IL-2, так и JAK1 по сравнению с контролем ( $P < 0,01$ ), но не в концентрации  $1,0 \times 10^{-7}$  г/л. Препарат *Centipeda minima* проявлял активность ( $P < 0,01$ ) во всех исследованных концентрациях.

Выводы. Янус-киназа 1 играет решающую роль в иницировании ответов для нескольких основных семейств рецепторов цитокинов. В частности, JAK1 необходима для трансдукции сигнала некоторых цитокинов типа I и типа II. Известно [2], что экстракты *Centipeda minima* содержат Бревилин А (Brevilin A), сесквитерпеновый лактон, селективный ингибитор сигнального пути JAK-STAT ослабляющий активность JAK и блокирующий передачу сигнала STAT3 в раковых клетках. Активность препарата *Saponaria officinalis* можно связать с наличием в составе растительных экстрактов азоиндолов и тритерпенов, также обладающих влиянием на сигнальный путь JAK-STAT. В целом данная тема требует дальнейшего исследования. Таким образом, полученные данные являются стимулом для разработки ингибиторов JAK-STAT и регуляторов цитокинового баланса на основе препаратов природного происхождения.

1. Практикум по иммунологии: Учеб. пособие/ Под ред. И. А. Кондратьевой, В. Д. Самуилова. – М.: Изд-во МГУ, 2001. – 224 с.

2. Xing Chen, Yuping Du, Jing Nan, Xinxin Zhang, Xiaodong Qin, Yuxin Wang, Jianwen Hou, Qin Wang, and Jinbo Yang. Brevilin A, a Novel Natural Product, Inhibits Janus Kinase Activity and Blocks STAT3 Signaling in Cancer Cells. PLoS One. 2013; 8(5): e63697. Published online 2013 May 21. doi: 10.1371/journal.pone.0063697 PMID: 23704931.

## СОСУДИСТАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ТОТАЛЬНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

*Голоусенко И.Ю., Соловьёв А.М., Rogozина В.А.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра кожных и венерических болезней, Москва*

Целью работы являлось выявление связи тотальной алопеции (ТА) и капиллярной мальформации (КМ) в затылочной области.

Очаговая алопеция (ОА) – это хроническое рецидивирующее аутоиммунное заболевание, опосредованное Т-клетками, характеризующееся

потерей волос без формирования рубцов, поражающее детей и взрослых всех возрастов, рас и полов. ОА нарушает психологическое здоровье, что выражается в ухудшении самооценки, учащении частоты тревожных и депрессивных расстройств, возникновении проблем со взаимоотношениями в социуме, ухудшении качества жизни. К одной из типичных клинических форм ОА относится ТА, которая проявляется полной потерей волос в области свода черепа. При этом может происходить потеря бровей (суперцилиарная форма) и ресниц (цилиарная форма). КМ является пороком развития сосудов, возникает у 25-40% новорожденных, относится к аутосомно-доминантному типу наследования и локализуется преимущественно в области затылка или задней поверхности шеи. Представляет собой бледно-розовые пятна неправильной формы, размеры которых варьируют от миллиметров до десятков сантиметров.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 18 больных с ТА (мужчин – 5 (27,8%), женщин – 13 (72,2%). Возраст колебался от 26 до 58 (средний возраст  $35,3 \pm 8,32$  года), длительность заболевания составляла от 1 до 29 лет (в среднем  $16,13 \pm 9,39$ ). Из сопутствующих заболеваний чаще встречались: хронические заболевания органов ЖКТ (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ГЭРБ, синдром раздраженного кишечника) – у 12 (66,7%) больных; аллергические заболевания (атопический дерматит, поллиноз, бронхиальная астма) – у 11 (61,1%) пациентов, заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит, цистит, простатит, аднексит) – у 7 (38,9%); аутоиммунный тиреоидит – у 4 (22,2%); витилиго – у 1 (5,6%), мигрень – у 1 (5,6%). У 17 больных из 18 имелись высыпания в области затылка в виде пятен бледно-розового цвета, с неровными очертаниями, часто напоминающими «языки пламени», размерами от 0,5 до 10 см. При надавливании пятна исчезали. Таким образом, у 17 (94,4%) больных можно было диагностировать капиллярную гемангиому.

Выводы: 1) результаты нашего наблюдения свидетельствуют о наличии связи КМ и ТА; 2) КМ может быть ценным кожным маркером и прогностическим фактором, который указывает на развитие более тяжелых форм и течения ГА.

## УКОРОЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИЗОТРЕТИНОИНА В СОЧЕТАНИИ С НАРУЖНЫМИ СРЕДСТВАМИ

*Гребенников В.А., Гребенникова С.В.*

*Ростовский государственный медицинский университет*

Розацеа (Р) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи лица с эритематозными пятнами и узелково-пустулезными высыпаниями. Эритема центральной части лица персистирует несколько месяцев и более. Предполагается мультифакториальная природа дерматоза; ангионевроз с существенной ролью нарушений желудочно-кишечного тракта, значительным провоцирующим влиянием инсоляции, низких температур. Лечение Р представляет сложную задачу.

Целью работы явилась оценка комплексного лечения Р с применением малых доз изотретиноина (И) в короткий (4-8 недель) период в отличие от клинических рекомендаций (20 нед. и более) с включением наружных средств.

Материалы и методы: под наблюдением было 10 пациентов с Р, из них женщин 9, мужчин 1; средний возраст составил  $42,5 + 5,9$  лет. Давность болезни – от 2-х мес. до 3-х лет.

Результаты. Клинические рекомендации по дерматовенерологии содержат позицию системной терапии при Р – изотретиноин в малых дозах (0,1-0,3 мг/кг/сут. в течение 4-6 мес. (стандартный срок – 20 нед.)). Вместе с тем, как показывает практика, пациенты не следуют совету столь продолжительного системного лечения. Дополнительно мы использовали наружные средства: фотозащитный барьесан крем СПФ 50+, исеак аи, ментронидазол гель 0,75%, крем 1% 2 р/д, мазь розамет, гель адапалена 0,1% 1 р/д, при демодекозе – антипаразитарные. Оценивались ближайшие и отдаленные (6 мес.) результаты. Переносимость у всех пациентов была хорошей. Назначенная минимальная доза И 0,1-0,3 мг/кг/сут. при сравнительно кратком периоде лечения (4-8 нед.) в сочетании с наружными средствами оказалась весьма эффективной у всех пациентов (лишь только одному дозу вынужденно повысили до 0,5 мг/кг/сут, добившись хорошего результата). За 4 нед. лечения кожное поражение регрессировало на 50%, но к 6-8-й нед. – преимущественно клиническое выздоровление (у одного пациента такой результат наступил после 4-х нед. лечения). После 6 мес. наблюдения отметили устойчивый благоприят-

ный результат.

Выводы. Мы считаем достаточным при розацеа курс И малыми дозами в сочетании с наружными – 4-8 нед. (а не 20-недельного и более). Наши наблюдения предварительные, они нуждаются в дополнительных исследованиях.

## **НАРУШЕНИЕ ТИРЕОИДНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

*Гринева Е.М., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д., Вашкевич А.А.*

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

Локализованная склеродермия – актуальная проблема современной медицины в связи с широким ее распространением, варибельным клиническим течением.

Цель исследования: изучение функционального состояния щитовидной железы в зависимости от форм ограниченной склеродермии.

Материалы и методы. С 2010 по 2020 год обследовано 164 пациента, из которых основную группу составили 132 пациента с очаговой склеродермией (125 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 19 до 76 лет (средний возраст 52) и группу сравнения – 32 пациента, страдающих псориазом (20 женщин, 12 мужчин), средний возраст больных 56 лет. Очаговая бляшечная склеродермия диагностирована у 71 (54%) пациента. У 29 (22%) пациентов очаговая склеродермия сочеталась со склероатрофическим лихеном. Генерализованная (многоочаговая) склеродермия была у 16 пациентов (12%), линейная склеродермия – у 10 (7,5%) больных, буллезная форма у 2 (1,5%) пациентов. У 4 пациентов (3%) диагностирована глубокая форма склеродермии. Для оценки функции щитовидной железы были проведены следующие тесты: определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе (ТПО) и антител к тиреоглобулину (ТГ). Больным проводилась ультразвуковая диагностика щитовидной железы. Все пациенты консультированы эндокринологом.

Результаты и обсуждение. При обследовании 132 больных с локализованной склеродермией патология щитовидной железы выявлена у 96 (72,7%) больных. Из 32 пациентов группы сравнения патология щитовидной железы выявлена у 4 (12,5%)

больных. Таким образом встречаемость патологии щитовидной железы у больных с локализованной склеродермией достоверно выше, чем у пациентов с псориазом ( $p < 0,05$ ). В 69,8% патология щитовидной железы представлена аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), который в 38,5% сочетался с гипотиреозом. У 27,1% больных выявлен диффузно-узловой зоб, у одной пациентки – диффузный токсический зоб и у двух – рак щитовидной железы. При анализе наличия патологии щитовидной железы в зависимости от формы локализованной склеродермии выявлено, что патология щитовидной железы имела у всех пациентов (100%) с очаговой склеродермией, сочетающейся со склероатрофическим лихеном, у 87,5% больных с генерализованной формой, у 63,4% пациентов с бляшечной формой, у 50% с линейной и глубокой формами дерматоза. АИТ, сопровождающийся гипотиреозом, в 48,3% встречался у больных с бляшечной склеродермией и склероатрофическим лихеном, в 37,5% – с генерализованной формой склеродермии, в 30% с линейной формой и в 19,7% с бляшечной формой склеродермии. Таким образом, при распространенных формах склеродермии в 2 раза чаще встречался АИТ с гипотиреозом, чем при ограниченных формах дерматоза. Выводы: 1. При обследовании 132 больных с локализованной склеродермией патология щитовидной железы выявлена у 72,7% больных, что больше, чем у пациентов группы сравнения (12,5%). Встречаемость патологии щитовидной железы у больных с локализованной склеродермией достоверно выше, чем у пациентов с псориазом ( $p < 0,05$ ). 2. Патология щитовидной железы в 69,8% представлена аутоиммунным тиреоидитом, который в 38,5% сочетался с гипотиреозом у больных с локализованной склеродермией. 3. Аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом встречался чаще при очаговой бляшечной склеродермии, сочетающейся со склероатрофическим лихеном (48,3%), и многоочаговой форме (37,5%), чем при ограниченных формах дерматоза (19,7%). 4. Гипотиреоз в 2 раза чаще был выявлен при распространенных формах склеродермии (44,4%), чем при ограниченных формах (20%).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МЕЛАНИНА ПО ДАННЫМ МЕКСАМЕТРИИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ВИТИЛИГО

*Деева Н.В.*

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск*

При проверке гипотезы, что уровень меланина в очагах витилиго зависит от степени активности заболевания, был проведен корреляционный анализ между полученными данными мексаметрии по количеству меланина в очагах гипопигментации и прогрессированием заболевания по шкале VIDA.

Цель исследования: установить возможную взаимосвязь уровня меланина в очагах витилиго с прогрессированием заболевания по шкале VIDA. Материалы и методы. У 52 пациентов с витилиго (36 женщин и 16 мужчин в возрасте от 3 до 77 лет) проведена мексаметрия в очагах депигментации и определена степень прогрессирования витилиго по шкале VIDA. Шкала оценки активности витилиго VIDA исчисляется от +4 до -1, где +4 соответствует прогрессирующей стадии заболевания в последние 6 недель, +3 – прогрессирующей стадии в последние 3 месяца, +2 – прогрессирующей стадии в последние 6 месяцев, +1 – прогрессирующей стадии в последний год, 0 – стабильной стадии в течение более 1 года, -1 – стабильной стадии в течение более 1 года и самопроизвольной репигментации. Длительность заболевания составила  $14,8 \pm 2,3$  лет. У 49 (94,2%) пациентов наблюдали несегментарное витилиго, у большинства больных было генерализованное витилиго (55,8%), реже встречали акрофациальное витилиго (7,7%) и универсальное витилиго (5,8%). Сегментарное витилиго наблюдали у 3 (5,8%) пациентов. Уровень меланина определяли в 19 локализациях на лице, туловище и конечностях (выполнено 364 измерений в очагах витилиго). Для характеристики силы связи между параметрами рассчитывали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Результаты. При определении активности витилиго по шкале VIDA обнаружено, что 38 (73,1%) пациентов имели уровень активности заболевания +1, у 9 (17,3%) больных – уровень активности был +2, у 3 (5,8%) – уровень активности 0, у 2 (3,8%) – уровень активности +3. Ни у одного пациента не было обнаружено уровней активности +4 и -1. Для всех локализаций витилиго, кроме кожи разгибательной поверхности коленей, были

получены слабые корреляционные связи между уровнями меланина в очагах депигментации и активностью витилиго по шкале VIDA. Для кожи разгибательной поверхности коленей характерна умеренная отрицательная корреляционная связь между степенью прогрессирования витилиго по шкале VIDA и количеством пигмента в очагах депигментации этой локализации ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,05$ ), что говорит о том, что более высокий уровень активности заболевания влияет на снижение уровня меланина в очагах витилиго только на коже разгибательной поверхности коленей.

Выводы. Таким образом, не обнаружены сильные корреляционные связи между уровнем меланина в очагах витилиго и активностью процесса по шкале VIDA, соответственно по шкале VIDA невозможно судить о количестве пигмента в очаге, то есть прогрессирование заболевания не определяет количество меланина на гипопигментированных участках кожи.

## ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕНЬЕ – БЕКА – ШАУМАННА

*Динь Тхи Т.М., Гурковская Е.П., Антонова С.Б.*

*Уральский Государственный Медицинский Университет*

Саркоидоз или болезнь Бенье-Бека-Шауманна является довольно редким заболеванием неизвестной этиологии, характеризующимся образованием неказеифицирующихся гранул, поражением различных органов и активацией Т-клеток в месте воспаления с высвобождением различных цитокинов. Дерматолог из Франции, Эрнест Бенье, в 1889 году описал клиническое наблюдение данного заболевания, но подобное состояние не вписывалось в известные ему термины, и была предложена формулировка «ознобленной волчанки» – lupus pernio. Норвежский дерматолог Цезарь Бек, обратил внимание на вовлечение в патологический процесс нескольких систем и органов, и уже в 1899 году ученый опубликовал свою работу, где и было указано нынешнее название болезни – саркоидоз. По данным 2012 г. заболеваемость в Европе в целом составляет 19 на 100 000 населения. Распространенность саркоидоза в России в 2013 г. имеет вариации от 22 до 47 на 100 000 взрослого населения. Женщины страдают саркоидозом чаще, чем мужчины. Актуальность в изучении саркоидоза кожи для дерма-

товенеролога состоит в том, что поражения кожи при данном заболевании встречаются часто (в России 10-15%). Изменения кожи при саркоидозе можно подразделить на реактивные – узловатую эритему, возникающую при остром и подостром течении болезни, и собственно саркоидоз кожи — специфические полиморфные нарушения. Развитие саркоидного поражения кожи и/или подкожной жировой клетчатки очень часто отражает нарастание активности и прогрессирование заболевания с увеличением выраженности легочного интерстициального процесса, вовлечением новых органов-мишеней. Поэтому своевременная диагностика саркоидоза кожи важна. Кроме того, динамика саркоидного поражения под действием проводимого лечения может рассматриваться как один из наиболее демонстративных и надежных маркеров его эффективности. Диагноз саркоидоза кожи устанавливается на основании данных клиники, результатов патоморфологического исследования и данных рентгенологического исследования. Лечение направлено на подавление презентации антигена, подавление гранулематозного воспаления, усиление элиминации антигена.

Целью данной работы является демонстрация редкого клинического наблюдения из собственной практики. Больной, 28 лет, впервые обратился в поликлиническое отделение ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 3 г. Екатеринбург» (ГАУЗ СО «ЦГКБ №3») 03.09.2020 г. с жалобами на высыпания по всему телу без субъективных ощущений. Из анамнеза заболевания: На флюорографии (ФЛГ) в 2017 г. было отмечено расширение корней легких. Лабораторно-инструментальное дообследование не проводилось. В декабре 2018 г. при очередном профосмотре на ФЛГ обнаружено – 2-стороннее диффузное поражение легких с двухсторонней лимфоаденопатией. Направлен в Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии для установления диагноза «Саркоидоз?». Там же сделана компьютерная томография органов грудной клетки и фибробронхоскопия с взятием материала на биопсию. Диагноз «Саркоидоз» подтвержден гистологически в 2019 г. Первые высыпания появились на лице в марте 2019 г. В августе 2020 – впервые обратился к врачу-дерматовенерологу ГАУЗ СО «ЦГКБ №3». Объективно, на коже лица, спины, верхних и нижних конечностей множественные узлы фиолетового цвета размером 0,5-1,5 см в диаметре, мягкие, безболезненные при пальпации. Границы очагов четкие. После консультации сотрудников кафедры дерматовенеро-

логии ФГБОУ ВО «Уральский ГМУ» Минздрава России был поставлен диагноз «Саркоидоз кожи. Саркоидоз ВЛГУ и легких». Назначена специфическая системная терапия (гидроксихлорихин 200 мг х 2 раза в день 6 мес., токоферола ацетат 400 мг в сут .6 мес., пентоксифиллин 600 мг на ночь 6 мес.), с контролем состояния на фоне терапии. Представленный клинический случай интересен в относительной редкости данной патологии – сочетание поражения внутригрудных лимфатических узлов с саркоидозом кожи. Нередко кожное поражение у пациентов с ранее обнаруженным саркоидозом является критерием прогрессирования заболевания и, как правило, связанного с ним значительного ухудшения прогноза. В связи с этим саркоидоз кожи требует пристального внимания врачей в вопросе диагностики и лечения.

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКОВ**

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

*Филиал «Юго-Западный» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», Россия*

Псориаз – хроническое воспалительное заболевание мультифакториального генеза. В последние годы отмечается рост заболеваемости этого дерматоза у детей пред- и пубертатного возраста. Среди различных этиопатогенетических факторов в развитии псориаза важную роль играют психоэмоциональные механизмы, что позволяет отнести этот дерматоз к психосоматическим заболеваниям. Основанием для этого служит клинический материал, позволяющий проследить тесную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией псориаза. Пути реализации нейрокутанных воздействий во многом остаются неясными, что определяет необходимость дальнейшего их изучения. В свою очередь, рецидивирующее течение псориаза, негативно сказываясь на психоэмоциональном статусе больных, порождает проблемы быта, учебы, межличностных отношений, что как бы замыкает существующий порочный круг.

Мы проанализировали влияние психоэмоциональных факторов на манифестацию псориаза у подростков по данным Детского центра ГБУЗ

«МНПЦДК ДЗМ» за 2018-2020 гг.; в рамках комплексного подхода нами проведена системная семейная психотерапия 30 больных – 12 юношей (40%) и 18 девушек (60%) в возрасте от 11 до 17 лет, лечившихся стационарно. Псориаз у них был распространенным, с поражением волосистой кожи головы, туловища, конечностей и отличался торпидным течением. Процесс носил типичную клинику псориаза. До поступления в стационар детям часто применяли ГКС кремы и мази с временным улучшением. Обострение заболевания у 33% (10 чел.) пациентов было в осенне-зимнее время, у остальных 67% (20 чел.) пациентов – в весенне-летнее или его течение не зависело от сезона. У 73% (22 чел.) детей была выявлена сопутствующая патология: угри, поллиноз, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит, тиреоидит, вазомоторный ринит, тонзиллит, СВД. У 9 пациентов отмечалось ожирение I-III степени. Заметное влияние на манифестацию псориаза у подростков оказывали неспецифические психологические отягощающие ситуации: у 55% (16 чел.) провоцирующие факторы носили психоэмоциональный характер. У большинства пациентов обнаружены существенные различия в способности противостоять стрессам: 55% больных связывали возникновение и развитие псориаза с психоэмоциональными потрясениями, а 42% – с выраженными негативными эмоциями. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности отмечено у наблюдавшихся подростков. Обостренная восприимчивость к реакциям окружающих, подчас унижающих жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью, боязнью заражения, усугубляли эмоциональную напряженность этих пациентов. Состояние подозрительности и настороженности толкали их на путь негативизма и социальной изоляции. По мере улучшения психологического состояния пациентов в процессе лечения с применением системной семейной психотерапии (консультирования семейного психолога) в рамках комплексного подхода, отмечено снижение интенсивности симптоматики псориаза у всех 30 больных.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты указывают на влияние психогенных факторов на возникновение и течение псориаза у детей. Несомненную роль при этом играет предшествующая невротическая симптоматика, часто с выраженным расстройством депрессивного круга. Хронический эмоциональный дискомфорт с переживанием чувства недовольства собой, эмо-

циональной напряженностью, беспокойством, тревожным ожиданием приобретал форму патогенного фактора. Применение системной семейной терапии психолога в рамках комплексного подхода терапии псориаза у детей можно считать достаточно эффективным методом, требующим проведения дополнительных исследований и дальнейшего изучения.

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

*Донцова Е.В., Новикова Л.А., Воронькова Н.А.*

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

Цель исследования: повысить эффективность коррекции тревожных расстройств и алекситимии у пациентов с атопическим дерматитом (АтД).

Материал и методы. В исследование было включено 65 больных АтД среднетяжелой формы течения в стадии обострения (из них мужчин – 32, женщин – 33) в возрасте от 18 до 40 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц аналогичного пола и возраста. Диагноз АтД устанавливали на основе международных диагностических критериев М. Ханифи, N. Рајка (1980). Все пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Пациенты в зависимости от метода лечения были рандомизированы на 2 группы. В качестве базовой терапии (БТ) во всех группах использовали антигистаминные препараты, детоксицирующие средства и местную терапию (глюкокортикостероидные, увлажняющие и смягчающие средства). Пациенты 1-й группы (сравнения, n=32) получали только БТ. Больным 2-й группы (С+БТ, n=33) в дополнение к БТ назначался препарат селанк, который применяли интраназально в виде 0,15% раствора по 2 капли в каждый носовой ход, 3 раза в день, в течение 14 дней. Для исследования личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожностей использована методика Спилбергера-Ханина (Ханин Ю.Л., 1976). Уровень алекситимии определяли по Торонтской алекситимической шкале (Toronto Alexithymia Scale – TAS) в модификации Д.Б. Ересько с соавт. (1994). Концентрацию β-эндорфина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью планшетного ридера Униплан («Пикон», Россия). Оценку качества жизни проводили с использованием дерма-

тологического индекса качества жизни (ДИКЖ) в модификации Н.Г. Кочергина (2001). Измерения изучаемых параметров производили при включении в исследование и через 1 месяц от начала лечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ STATISTICA version 10.0.

Результаты. У пациентов с АтД в период обострения уровень ЛТ был выше в 4,2 раза ( $p < 0,001$ ), РТ – в 3,2 раза ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у обследованных пациентов определялся повышенный уровень алекситимии: средний балл TAS был выше в 1,8 раза, чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Как следствие, значение ДИКЖ ( $23,2 \pm 5,1$  балла) соответствовало низкому уровню качества жизни пациентов. Одной из возможных причин, объясняющих высокий уровень тревожности у пациентов, был обнаруженный нами сниженный в 2,6 раза уровень продукции эндогенного  $\beta$ -эндорфина по сравнению со здоровыми лицами ( $p < 0,001$ ). При различных вариантах лечения динамика уровня ЛТ выглядела следующим образом. В группе пациентов, получавших только БТ, исходное значение данного показателя, равнявшееся  $76,5 \pm 6,5$  балла, через 1 месяц лечения снизилось в 1,4 раза, составив  $54,6 \pm 5,8$  балла ( $p < 0,001$ ). В группе С+БТ отмечено более значительное снижение данного показателя – с  $77,1 \pm 5,8$  балла до  $33,5 \pm 6,1$  балла, то есть в 2,3 раза ( $p < 0,001$ ). Сходные результаты были отмечены в отношении РТ. В группе БТ уровень РТ снизился через 1 месяц от начала лечения в 1,3 раза – с  $65,5 \pm 6,2$  балла до  $50,4 \pm 5,9$  балла ( $p < 0,001$ ), в то время как в группе С+БТ исходное значение данного показателя, составлявшее  $66,1 \pm 5,9$  балла, уменьшилось через 1 месяц лечения до  $28,7 \pm 6,2$  балла, то есть в 2,3 раза ( $p < 0,001$ ). Анализ влияния различных видов лечения на уровень алекситимии у больных АтД по шкале TAS показал, что в группе БТ статистически значимых изменений исходного данного показателя через 1 месяц отмечено не было. В группе С+БТ уровень алекситимии через 1 месяц лечения уменьшился с  $97 \pm 12,9$  балла до  $80,8 \pm 11,8$  балла или в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). В группе БТ исходный уровень  $\beta$ -эндорфина ( $2,15 \pm 0,26$  мкг/мл) через 1 месяц от начала лечения статистически значимо не изменился ( $p > 0,05$ ). В группе С+БТ его уровень через 1 месяц вырос в 1,9 раза – с  $2,18 \pm 0,27$  до  $4,2 \pm 0,17$  мкг/мл ( $p < 0,001$ ).

Выводы. Для пациентов с АтД характерны повышенные уровни тревожности и алекситимии,

снижающие качество их жизни. Использование регуляторного пептида селанка в комплексном лечении больных АтД оказывает корригирующее влияние на психосоматические нарушения, обусловленное, в определенной мере, потенцирующим воздействием данного регуляторного пептида на уровень циркулирующего  $\beta$ -эндорфина.

## НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ: АУТОДЕСТРУКТИВНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Дунаева А.Д., Симонова Н.В., Савченко Н.В.*

*Уральский государственный медицинский университет*

Введение. Психодерматология сформировалась на стыке двух специальностей – дерматологии и клинической психиатрии. Сложными для диагностики представляются психические расстройства с самоповреждающим поведением, которые находятся в компетенции не только врачей психиатров и психотерапевтов, но и дерматовенерологов. Патомимии (с др.-греч. Άθος – страдание, болезнь, μιμησις – подражание, изображение) – это искусственный дерматит, возникающий вследствие самоповреждений кожи и ее придатков, которые приводят к формированию длительно незаживающих глубоких повреждений (эксориаций), переходящих в рубцы. Возрастной пик встречаемости приходится на подростковый возраст, чаще страдают женщины. Патомимии сложно диагностировать ввиду поздней обращаемости пациентов, склонных предоставлять заведомо ложные данные о своём состоянии, и недостаточной осведомленности врачей различных специальностей в отношении данной проблемы. Несвоевременная диагностика приводит к социальной дезадаптации и ухудшению качества жизни данных пациентов.

Цель - представить пример междисциплинарного взаимодействия врача-психиатра и врача-дерматовенеролога при совместном ведении клинического случая аутодеструктивного дерматоза.

Клинический случай. Пациентка А., 40 лет, впервые обратилась на консультацию в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» (ГБУЗ СО СОКВД) в декабре 2020 года с жалобами на «многочисленные гнойничковые внутрикожные полости, соединяющиеся между собой, чувство перемещения гноя

в полостях под кожей лица». Анамнез заболевания. Считает себя больной с 2017 года, когда впервые появились высыпания на лице, которые самостоятельно вскрывала ножницами, после чего формировались длительно незаживающие мокнущие язвы, с исходом в рубцы. Отмечается сложный маршрут обращения к специалистам различных профилей: хирурга, гастроэнтеролога, аллерголога-иммунолога, гематолога, гинеколога-эндокринолога, ревматолога, фтизиатра. Осенью 2019 года впервые обратилась на первичную консультацию к врачу-дерматовенерологу в частный медицинский центр. Был выставлен диагноз «Рубцовое состояние кожи лица», назначена терапия: обработка антисептическим раствором, топические антибактериальные препараты, фермент имофераза в виде крема, 2 курса фонофореза с лидазой, стерильные раневые сетчатые восковые повязки. Впервые рекомендована консультация врача-психиатра. В июне 2020 г. после консультации врача-психиатра выставлен диагноз «Депрессивное состояние. Пограничное расстройство?». Назначена терапия антидепрессантами и малыми нейрелептиками, на фоне которой, со слов пациентки, отмечалось улучшение настроения и исчезновение неприятных ощущений под кожей, направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для исключения заболевания кожи. Анамнез жизни. Пациентка имеет высшее филологическое образование, является кандидатом филологических наук, работает по специальности в высшем учебном заведении, сертифицированный психолог. Ранее состояла в браке, в настоящее время разведена, проживает в благоустроенной квартире, имеет несовершеннолетнюю дочь, которая проживает отдельно. В декабре 2020 года консультирована сотрудниками кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России в ГБУЗ СО СОКВД. Пациентка предъявляет жалобы на гнойничковые элементы, которые пыталась самостоятельно вскрыть, травмируя их с помощью ножниц. При объективном осмотре в области крыла носа слева присутствует овальных очертаний язва с четкими границами диаметром до 1,5 см в процессе заживления, на лобной, скуловых и подбородочной областях, а также над верхней губой отмечаются линейные, зигзагоподобные нормотрофические и атрофические рубцы розового и белого цвета, до 10 см в длину, не спаянные с подлежащими тканями. На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, был выставлен диагноз «Артифициальный дерматит. Депрессивное состояние». Рекомендо-

вана обработка язвенного элемента антисептическими растворами, использование гидрогелевых раневых повязок, повторная консультация психиатра с целью продолжения лечения основного заболевания, назначена повторная консультация дерматовенеролога для оценки состояния в динамике.

**Заключение.** В диагностике и лечении аутодеструктивных дерматозов важным является тесное междисциплинарное взаимодействие врачей-психиатров и врачей-дерматовенерологов. Основным подходом для исследования природы самоповреждений кожи должна являться психотерапевтическая диагностика, также необходима своевременная консультация врача-дерматовенеролога для терапии кожного процесса.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СКЛЕРЕДЕМЫ БУШКЕ – РЕДКОГО СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

***Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Гребенюк В.Н., Проскурина М.И., Бобров М.А., Негашева Е.С.***

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Склередема взрослых Бушке относится к группе склеродермоподобных заболеваний, характеризуется индуративным поражением преимущественно тканей подкожной клетчатки шеи, лица, верхнего отдела груди, плечевого пояса. Эпидемиология заболевания неизвестна из-за редкой встречаемости, а также нераспознавания случаев этого заболевания. Возникает, как правило, у взрослых, но описаны случаи заболевания в детском возрасте. У женщин встречается чаще, чем у мужчин. Развитие заболевания может быть связано с рядом причин, после перенесенной бактериальной или вирусной инфекции, чаще всего это инфекции верхних дыхательных путей стрептококковой этиологии. У ряда пациентов заболевание связано с парапротеинемией или моноклональной гаммапатией. Третий тип, который называют также «диабетической склередемой», связан с сахарным диабетом, выявляется примерно в 20% случаев. Склередема – кожное склеромуцинозное заболевание, которое характеризуется формированием твердых «доскообразных» участков уплотнения кожи и подкожных тканей, как будто бы пропитанных парафином. Степень тяжести заболевания варьирует от легкого, едва заметного уплотнения

кожи до обширных очагов уплотнения с ограничением подвижности и вовлечением внутренних органов. Уплотнение кожи не имеет четких границ, обычно начинается с шеи, верхней части спины, при прогрессировании может охватывать область лица, головы, груди и плеч. Нижние отделы туловища и конечностей обычно не вовлекаются, однако описан случай склередемы взрослых с локализацией на бедрах. Пораженная кожа имеет восковидный или бледно-красный цвет, иногда с синюшным оттенком, напоминает апельсиновую корку, которая не вдавливается и не собирается в складку. Пациенты могут жаловаться на чувство стянутости, уменьшение подвижности в области шеи и плеч, реже отмечают ограничение открывания рта за счет уменьшения ротовой щели, признаки дисфагии. У большинства пациентов склередема взрослых ограничивается поражением кожи, системные висцеральные нарушения, изменения суставов и мышц развиваются редко, при тяжелом течении. Полноценное медицинское обследование при подозрении на склередему взрослых является важным не только для оценки степени поражения кожи и вовлечения других органов, но и для исключения возможных других тяжелых системных склеродермоподобных болезней. Наиболее важными дифференциальными диагнозами являются системная склеродермия, генерализованная ограниченная склеродермия (тип морфеа), склеромикседема, эозинофильный фасциит (синдром Шулльмана), нефрогенный системный склероз.

Нами наблюдался мужчина 50 лет, который обратился в МНПЦДК филиал «Юго-западный» с жалобами на уплотнение кожи и чувство стянутости в области спины, которые впервые отметил около 5 лет назад. При осмотре мужчина гиперстенического телосложения. На коже спины и плеч разлитая эритема с нечеткими границами, отечность тканей, множественные кератомы. При пальпации отмечается доскообразное уплотнение тканей очага. Субъективно пациента беспокоило чувство стянутости, образование безболезненно. Из анамнеза пациент наблюдается у эндокринолога с диагнозом сахарный диабет 2 типа, получает терапию метформином. При лабораторном исследовании в биохимическом анализе крови нарушение липидного профиля. Антител к антиядерным антигенам не обнаружено. При патоморфологическом исследовании гистологические изменения более соответствовали склередеме Бушке. Консультирован ревматологом, исключен системный процесс. Пациенту назначен курс

дезагрегантов, физиотерапия УФБ 311 нм. Из-за редкой встречаемости заболевания, информация о возможных методах лечения ограничена отчетами об отдельных случаях, научно обоснованных стандартов терапии и рекомендаций по лечению нет.

## **DE NOVO МУТАЦИЯ В ГЕНЕ KRT14, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ ПРОСТОГО ТИПА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ**

*Евтушенко Н.А., Потеекаев Н.Н., Короткий Н.Г., Демина О.М., Поршина О.В., Доля О.В., Бейлин А.К., Гурская Н.Г.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Научно-исследовательский институт трансляционной медицины, Центр высокоточного редактирования и генетических технологий для биомедицины, Москва*

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – это группа генодерматозов, характеризующихся повышенной хрупкостью кожи, выражающейся в формировании пузырей и эрозий. ВБЭ подразделяют на типы по расположению пузырей относительно базальной мембраны. Хотя основная стратегия симптоматического лечения одинакова для всех типов ВБЭ, в зависимости от уточненного типа применяются дополнительные препараты. Простой тип ВБЭ (ПБЭ) характеризуется формированием пузырей над базальной мембраной, зачастую имеет менее тяжелые клинические проявления. ПБЭ в 75% случаев вызван гетерозиготными мутациями в генах, кодирующих белки кератина 5 (KRT5) и кератина 14 (KRT14). Они экспрессируются в форме гетеродимеров в базальном слое эпидермиса. Тяжесть проявления ПБЭ широко варьирует в зависимости от характера и локализации мутации в гене.

Целью исследования представленного клинического случая было определение мутации, приводящей к ВБЭ и сопоставление с существующими данными о заболевании.

Материалы и методы: у пациентки 3 лет в ответ на незначительные механические стимулы или спонтанно по всей поверхности тела формируются пузыри, наполненные экссудатом. Наблюдается ладонно-подошвенный гиперкератоз и гиперпигментация в областях пузырей после их заживле-

ния. Области поражений и раны хронически инфицированы. На основании внешнего осмотра был поставлен диагноз генерализованный ВБЭ. Никто из членов семьи и родственников родителей не имел признаков ВБЭ. Из-за тяжести клинической картины, имеющей признаки нескольких форм, установление типа ВБЭ было затруднено. Для уточнения диагноза было проведено полногеномное секвенирование клеток крови пациентки, а также ее родителей и старшей сестры. Анализ ДНК был проведен на секвенаторе нового поколения IlluminaNextSeq500 методом парно-концевого чтения (2x75 пар оснований). Для пробоподготовки была использована методика селективного захвата участков ДНК, относящихся к кодирующим областям более 20000 генов. Обработка данных секвенирования проведена с использованием стандартного автоматизированного алгоритма, предлагаемого Illumina. Для оценки популяционных частот выявленных вариантов использования выборки проектов «1000 геномов», ESP6500 и The Genome Aggregation Database. Был произведен поиск патогенных вариантов, ассоциированных с наследственными формами буллезного эпидермолиза, а также с другими наследственными заболеваниями со сходными фенотипическими проявлениями.

Результаты. Поиск выявил мутацию, описанную ранее как патогенную, приводящую к ПБЭ. Этот вариант последовательности SM981138 имеет нуклеотидную замену в гетерозиготном состоянии, находящуюся в экзоне 1 гена KRT14 и приводящую к замене аминокислоты в 119 кодоне (p.Met119Thr, NM\_000526.5:c.356T>C). Мутация не была обнаружена у других членов семьи. Мутация c.356T>C (M119T) затрагивает консервативную область инициации первого спирального домена. Интересно, что другие описанные мутации в том же кодоне (M119V и M119I) приводят к более легкой форме ПБЭ.

Вывод. Развитие заболевания обусловлено нарушением кератиновой сети, что провоцирует гиперактивацию каскадов JNK, ERK1/2 и приводит к хроническому воспалению и цитолизу базальных кератиноцитов. Гиперпигментация может объясняться участием кератина 5/14 в распределении меланосом в клетке. Описанный случай дополняет критерии диагностики сложных случаев генодерматозов. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 19-29-04044, часть работы выполнена на оборудовании Центра высокоточного геномного редактирования и генетических технологий для биомедицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия.

## ПАННИКУЛИТЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Егорова О.Н., Белов Б.С., Потапова А.С., Мусатов И.Д.*

*Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва*

Панникулиты (Пн) нередко выступают в качестве одного из симптомов ревматических заболеваний (РЗ), что может быть причиной поздней диагностики основного заболевания. Истинное клиническое и прогностическое значение Пн при РЗ остается недооцененным, что послужило основанием для проведения настоящего исследования. Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности Пн в современной ревматологической клинике.

Материалы и методы. В исследование включены 687 пациентов с Пн (613 женщин и 74 мужчины, средний возраст – 39,7±11,31 и 41,2±12,57 года соответственно) с преимущественным направительным диагнозом «Узловатая эритема» (59%), «Панникулит» (28%), «Ревматические заболевания» (РЗ) (9%), находившиеся на амбулаторном и/или стационарном лечении в течение 10 лет. Все пациенты обследованы по разработанному нами диагностическому алгоритму: общеклиническое, иммунологическое и гистологическое обследования, компьютерная томография органов грудной клетки, туберкулиновые пробы.

Результаты. Пн при РЗ диагностирован у 139 пациентов (117 женщин и 22 мужчины, средний возраст — 40,44±14,97 лет), средняя длительность заболевания – 31,00 [0,1; 540] мес. Большинство случаев (48%) составили больные с идиопатическим лобулярным Пн (ИЛП), относящимся к группе системных поражений соединительной ткани (М 35,6), а также с системной красной волчанкой и болезнью Бехчета (по 13%), ревматоидным артритом (8%), дерматомиозитом (6,4%) и т.д. Совпадение направительного и окончательного диагнозов составила 35%. Среди обследованных преобладали пациенты с хроническим течением и II-III степенью активности РЗ, суставным и миастеническим синдромами. У 54 больных (38,84%) отмечались умеренно болезненные (ВАШ боли 49,02±28,85 мм) симметричные (86,46%) уплотнения количеством от 5 до 10 узлов во II (37,40%) или III стадии (53,23%) с локализацией на передней (87,05%) или латеральной (73,18%) поверхностях бедер (66,90%).

У 60,43% больных выявлены поствоспалительные изменения кожи и ПЖК по типу «блюдца» В исследуемой группе Пн представлен всеми формами, преимущественно узловой (64,02%). Мезентериальная форма была характерна только для ИЛП. Исследование показало, что стадия узла не зависела от нозологической принадлежности Пн, возраста и длительности болезни, но была связана с клинической симптоматикой и активностью основного заболевания. Вид Пн и активность основного заболевания определяют подходы к лечению.

**Заключение.** Результаты работы подтверждают трудности диагностики Пн при РЗ, что может быть причиной неадекватной курации этих больных.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У МУЖЧИН**

*Игнатовский А.В.*

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург*

Изменения кожи генитальной области вследствие изменений, вызываемых склероатрофическим лихеном (САЛ) вызывают дискомфорт и тяжелые переживания у пациентов, оказывают негативное влияние на половую жизнь. Вместе с тем, возникает необходимость сократить сроки применения топических кортикостероидов или топических ингибиторов кальциневрина вследствие возможных побочных эффектов этих групп препаратов.

**Цель работы:** оценить эффективность применения фонофореза геля Ферменкол на этапе реабилитации у пациентов мужского пола с диагнозом склероатрофический лихен полового члена.

**Материал и методы:** под наблюдением находился 21 пациент мужского пола с диагнозом САЛ, подтвержденным гистологически у 14 человек, у остальных – на основании клинической картины. Возраст пациентов от 18 до 53 лет (40,43±9,42). На этапе основного лечения все пациенты получали лечение ТКС и ТИК в течение 1 мес., затем, после наступления улучшения, также всем пациентам было рекомендовано проведение фонофореза с гелем, представляющим собой комплекс гетеро-

генных полипептидных ферментов, состоящий из ферментов коллагеназ гидробионтов. Процедура выполнялась через день, продолжительность 10 минут, интенсивность ультразвука 0,2 Вт/см<sup>2</sup>, курс 15 процедур. Полностью выполнили весь протокол 14 пациентов. Другие 7 пациентов из этой группы, полностью не выполнившие протокол, составили контрольную группу. Оценку проводили через 3 мес. после окончания курса фонофореза.

**Результаты:** переносимость процедуры все пациенты отметили как хорошую, побочных явлений не было ни у кого из пациентов. По окончании курса у всех 14 пациентов отмечалось улучшение состояния кожи, выражающееся в порозовении пораженных участков, восстановлении эластичности кожи, отсутствии симптомов сухости и дискомфорта. В контрольной группе у 5 пациентов рецидив симптомов в виде сухости кожи и появления трещин возник через 3 недели и у 2 пациентов – через 6 недель от момента окончания основного курса терапии.

**Обсуждение:** в результате механического воздействия акустического поля во время процедуры фонофореза на пораженные ткани происходит своеобразный глубокий тканевой микромассаж; повышается проницаемость мембран, улучшается микроциркуляция, разрыхляется соединительная ткань, что оказывает терапевтический эффект на основные патогенетические аспекты САЛ, что продемонстрировало и наше наблюдение.

**Вывод:** лекарственный фонофорез показал высокую эффективность на небольшой группе пациентов мужского пола и может быть рекомендован для применения на этапе реабилитации, позволяя увеличить период ремиссии.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОНТАКТОВ В КЛЕТОЧНОЙ МОДЕЛИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

*Искра Е.Л., Искра А.С., Полякова В.О., Насыров Р.А.*

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

Актуальность проблемы. Атопический дерматит – сложное мультифакторное заболевание, которое проявляется воспалением кожи аллергической

природы. Основные симптомы – кожные высыпания, чаще всего в местах крупных складок, лица, шеи и главное зуд. Обычно атопический дерматит проявляется в детском периоде, далее принимает хроническое течение, с периодами ремиссий и обострений. Атопический дерматит связан с нарушением формирования плотных контактов. Роль плотных контактов заключается в том, чтобы ограничивать и регулировать параклеточную диффузию, пропускать одни вещества и задерживать другие. Плотные контакты – запирающие межклеточные контакты максимально сшиты специализированными белками клаудинами и окклюдинами.

Целью исследования явилось изучение уровня экспрессии окклюдина, клаудина и кадгерина в клеточной культуре атопического дерматита с целью оценки нарушения плотных контактов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на клеточной культуре атопического дерматита. Иммуногистохимическая реакция была проведена с первичными антителами к маркерам Claudin 10 Antibody, Occludin Antibody, E-Cadherin (Affinity Biosciences, 1:150), в качестве вторичных антител использовали Alexa 647; ядра докрашивали DAPI. Для изучения объектов получали спектры флуоресценции и определяли количественные характеристики на конфокальном микроскопе ZEISS LSM 800. Флуоресценцию с определенными спектральными характеристиками регистрировали в плоскости (по оси X-2D). Уровень экспрессии антител определяли с помощью программы ImageJ, как относительную площадь экспрессии.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что среднее значение площади экспрессии клаудина-10 в клеточной культуре атопического дерматита составило  $15,4 \pm 0,95$ , что было в 0,7 раз меньше, чем в контрольной группе. Уровень экспрессии окклюдина в культуре клеток атопического дерматита был снижен в 4 раза по сравнению с уровнем экспрессии этого маркера в контрольной группе. В ходе работы изменения уровня экспрессии E-кадгерина выявлено не было.

Выводы. Уровни экспрессии окклюдина и клаудина-10 достоверно снижены по сравнению с уровнем экспрессии этих же маркеров в клеточной культуре фибробластов, что свидетельствует о снижении уровня плотных контактов в клетках при атопическом дерматите. Различий в исследуемых культурах по уровню экспрессии E-кадгерина, представляющего собой клеточный адгези-

онный белок, нами не было установлено. Таким образом, в клеточной модели атопического дерматита происходит сбой в эпителиальной дифференцировке, впоследствии это приводит к таким патологическим состояниям.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**Кабанов В.А.**

*ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер»*

Цель исследования: изучение возможностей ультразвукового исследования с использованием высокочастотного датчика при различных патологических изменениях мягких тканей стопы.

Материалы и методы: обследовано 28 пациентов (12 мужчин и 16 женщин, возраст от 18 до 55 лет) с различными визуально и пальпаторно определяемыми патологическими изменениями и объемными образованиями мягких тканей стопы различной локализации. Ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей проводилось при помощи высокочастотного линейного датчика (15-18 МГц) в режимах серой шкалы и цветового доплеровского картирования. При УЗИ оценивались: - локализация выявленных образований и зон патологических изменений по отношению к мышцам, сухожилиям, костным структурам, сосудам; - расположение выявленных образований или зон патологических изменений по отношению к эпидермису, дерме, подкожной клетчатке; - значения толщины эпидермиса, дермы (мм) в проекции выявленных патологических изменений и на интактном участке кожи; - количество патологических образований или зон патологических изменений (одиночные или множественные); - форма и контуры образования или зоны патологических изменений; - размеры образования или зоны патологических изменений (измерения проводились в трёх взаимоперпендикулярных сечениях); - структура образования или зоны патологических изменений (однородная или неоднородная), наличие гиперэхогенных включений; - эхогенность образования или зоны патологических изменений (гипер-ан- или гипоэхогенное, смешанная); - подвижность/смещаемость образования или зоны патологических изменений по

отношению к окружающим тканям; - наличие или отсутствие васкуляризации в режиме цветового доплеровского картирования; - наличие или отсутствие акустической тени или акустического усиления.

Результаты. Были выявлены экзоструктурные признаки следующих патологических изменений мягких тканей (количество пациентов, n): пьезогенные папулы (n = 6), подошвенный фиброматоз (n = 3); суставной ганглион (n = 3); сухожильный ганглион (n = 2); фиброма (n = 2); липома (n = 3); подагрический тофус (n = 3), гематома мягких тканей (n = 2), подошвенная бородавка (n = 2); подошвенный псориаз (n = 2).

Выводы. Применение УЗИ мягких тканей стопы в сочетании с цветовым доплеровским картированием позволяет дифференцировать патологические изменения различной этиологии, уточнять анатомо-топографические взаимоотношения и локализацию. УЗИ способствует выбору оптимального объема лечебной и диагностической тактики, мониторинга выявленных патологических изменений с учетом мультидисциплинарного подхода.

## **ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА**

*Камилов О.А., Жукова О.В., Даниярова С.С.*

*Российский университет дружбы народов, Ташкентское областное территориальное подразделение Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан, Москва*

Цель: дать интегрированную оценку экзогенно-социальных факторов риска, влияющих на развитие дерматологической патологии у жителей сельских районов Узбекистана. Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен опрос-интервьюирование 680 человек в возрасте от 18 до 68 лет, проживающих в двух сельских районах Ташкентской области. Из всего опрошенного контингента – 91 человек (13,4%) указали на наличие официально диагностированного хронического кожного заболевания, из них 27 (29,7%) человек проживали в Бостанлыкском районе, а 64 (70,3%) человека в Чиназском. Для интегрированной оценки факторов риска был использован метод нормирования

интенсивных показателей.

Результаты. В группе фактора «образование» наибольший интегрированный коэффициент или интегрированный показатель риска (X) был характерен для лиц со средним или неполным средним образованием (6,47). При социальном статусе «работник сельского хозяйства» максимальная величина коэффициента X равна 169,15. Показано, что при легкой работе в оптимальных гигиенических условиях труда, в отличие от работы средней степени тяжести или тяжелой работы с неблагоприятными производственно-профессиональными факторами, значение интегрированного коэффициента было незначительно ниже (2,21 против 3,41). Группа факторов, свидетельствующих о «времени проведения большей части рабочего дня на открытом воздухе или в помещении», показала, что при работе на открытом воздухе в разных температурных условиях максимальное значение коэффициента X равно 9,94, тогда как при работе в помещении с оптимальными условиями данный коэффициент имел минимальное значение (2,84). При анализе знаний о влиянии минеральных удобрений и пестицидов на объекты окружающей среды и организм человека, было установлено, что среди лиц, отрицающих какое-либо влияние химических веществ, в отличие от людей с противоположным мнением, величины коэффициента X значительно отличались (22,43 против 2,32). Суммарный коэффициент X был выше 10 по группе факторов «наличие контакта с пестицидами и минеральными удобрениями». При «использовании средств индивидуальной защиты во время работы с минеральными удобрениями и ядохимикатами и/или во вредных производственных условиях» величина коэффициента X составляла 3,44, а при «не использовании» – 56,92. Отсутствие знаний и навыков по оказанию доврачебной медицинской помощи при отравлениях минеральными удобрениями и ядохимикатами отражалось на максимальном значении интегрированного показателя риска (38,61). Анализ факторов риска, характеризующих позицию «место и время обращения за медицинской помощью при плохом самочувствии или в случае обнаружения изменений кожи, волос или ногтей» показал, что при позднем обращении к врачу или обращении к знахарю (целителю, экстрасенсу) значение коэффициента X составляло 5,38. Максимальные значения интегрированного коэффициента были установлены при наличии факторов «индивидуальный дом» с «неудовлетворительными жилищными условиями» за счет

низкого уровня коммунального благоустройства (46,29). При оценке гигиенических навыков населения выяснилось, что редкая частота приема душа или ванны «до 1 раза в неделю» способствует увеличению значений интегрированного коэффициента до максимальных величин (3,16 и 3,91 – соответственно в холодный и теплый периоды года). При наличии фактора «не придает значения тканям при пошиве нижнего белья и одежды для ежедневного ношения в холод и жаркую погоду», интегрированный показатель риска достигает максимальной величины (3,65). При оценке факторов «иногда занимается или никогда не занимается зарядкой» и «никогда не занимался и не занимается спортом» установлены максимальные значения равные 34,48 и 158,66 – соответственно. При анализе места и формы проведения отпуска (каникул) максимальное значение интегрированного коэффициента отмечено при наличии фактора «дома, занят домашним хозяйством» (75,12), а минимальное значение характерно для лиц, занимающихся активным отдыхом (3,01). Эти данные свидетельствуют о важности оптимального уровня двигательной активности для укрепления здоровья и восстановления работоспособности организма.

**Выводы.** Наибольшему риску развития дерматологических заболеваний последовательно подвержены: работники сельского хозяйства, лица с низким уровнем двигательной активности, нерациональным режимом отдыха и не использующие средства индивидуальной защиты при работе во вредных условиях труда, а также лица, чья трудовая деятельность связана с выполнением работ на открытой территории.

## **СИНДРОМ ЛИТТЛА-ЛАССУЭРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Кандалова О.В., Звездина И.В., Василенко Т.И.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Актуальность.** Любая патология волос ведет к изменению внешнего вида человека, способствует (по мнению большинства пациентов) утрате их привлекательности и, как следствие, ведет к психоэмоциональным расстройствам. Тревожные расстройства значительно усугубляются при мысли о возможном прогрессировании и распростра-

нении трихологической патологии, а также при осознании необратимости патологического процесса, сопровождающегося рубцовыми изменениями кожи волосистой части головы. Одним из таких состояний является синдром Литтла-Лассуэра – редкое заболевание, включающее триаду признаков в виде рубцовой алопеции волосистой части головы, нерубцовой алопеции подмышечных впадин и лобка и наличие фолликулярных роговых папул красного плоского лишая. Однако наличие всех трех признаков является необязательным.

**Клинический случай.** На кафедру кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» обратился пациент 1977 г.р., с жалобами на активное выпадение волос и сформировавшиеся очаги облысения на коже волосистой части головы. Аллергоanamнез не отягощен, наследственные заболевания отрицает, какой-либо патологии со стороны внутренних органов и систем не выявлено. Клинический и биохимический анализы крови в пределах нормы. Первые признаки выпадения волос заметил в сентябре 2019 г. после перенесенного стресса (потерял работу). В течение месяца выпадение прогрессировало и пациент обратился к трихологу, которым с целью уточнения диагноза было назначено гистологическое исследование, в результате которого были выявлены изменения, соответствующие поздней стадии рубцовой алопеции. Пациенту были выполнены три внутриочаговые инъекции глюкокортикостероидов с интервалом в месяц без эффекта. От приема противомаларийных препаратов пациент отказался из-за возможных побочных эффектов, в связи с чем пациенту было предложено пройти курс плазмотерапии и физиотерапевтических процедур, на фоне которых отмечалось значительное снижение интенсивности выпадения волос. Однако, учитывая экономические трудности, пациент был вынужден прервать лечение на длительный срок. Спустя несколько месяцев после прекращения терапии выпадение волос возобновилось, появились новые очаги облысения, что и послужило причиной обращения на кафедру. При осмотре на коже волосистой части головы, преимущественно в лобно-теменной и височных областях, визуализируются полициклические очаги облысения размером от 3 до 6-7 см, с расплывчатыми границами, в области которых кожа истончена, лишена отверстий волосяных фолликулов, глянцева на вид, имеет неравномерный бледный оттенок с участками эритемы бледно-розово-сиреневого цвета. В

пределах очагов сохраняются единичные длинные волосы, окруженные венчиком гиперемии и перифолликулярного шелушения. По периферии очагов наблюдаются отдельные мелкие роговые папулы розово-сиреневого оттенка, в центре пронизанные волосом. На разгибательной поверхности верхних конечностей отмечаются единичные милиарные, остроконечные, роговые папулы фиолетово-коричневого цвета с незначительным шелушением. Слизистая оболочка полости рта и гениталий, кожа подмышечных впадин и лобка, ногтевые пластины не изменены. При трихоскопии в очагах поражения наблюдаются чешуйки, охватывающие волос в виде цилиндра, перифолликулярная эритема с лиловым оттенком, отсутствие волосных фолликулов. Пациенту был поставлен диагноз: синдром Литтла-Лассуэра и назначено комплексное лечение, включающее системные ретиноиды в дозе 10 мг/сут., седативные препараты, а также препараты, улучшающие периферическое кровоснабжение и топические глюкокортикостероиды высокой активности.

Результаты. На фоне проводимой терапии было отмечено значительное снижение интенсивности выпадения волос, разрешение эритемы, пигментация и уплощение фолликулярных папул на коже конечностей и волосистой части головы.

Выводы. Синдром Литтла-Лассуэра – это достаточно редкое заболевание, которое имеет как клиническое, так и гистологическое сходство с другими дерматозами, сопровождающимися рубцовыми изменениями волосистой части головы, нередко торпидное к проводимой терапии, требующее особенного подхода как в диагностике, так и в выборе методов лечения.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*Кандрашкина Ю.А., Орлова Е.А.*

*Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Пенза*

Атопический дерматит (АтД) представляет собой важную медико-социальную проблему, так как имеется постоянная тенденция к увеличению роста больных с данным диагнозом. Дерматоз является наиболее часто встречающейся патологией у

беременных женщин среди кожных и аллергических заболеваний.

Цель исследования: оценить особенности клинического течения АтД у беременных женщин.

Задачи исследования: 1) Выявить особенности клинического течения АтД у беременных женщин. 2) Оценить психоэмоциональный статус у беременных женщин с АтД.

Методы исследования. Было обследовано 50 беременных женщин с обострением АтД в возрасте от 18 до 38 лет, срок беременности от 14 до 35 недель. Из них 35 пациенток (70%) наблюдались по поводу первой беременности, 11 – (22%) по поводу второй и 4 (8%) – по поводу третьей. Диагноз АтД был установлен на основании критериев изложенных в Клинических рекомендациях по атопическому дерматиту, 2020 г. Всем больным проводилось полное клиническое, инструментальное и аллерго-иммунологическое обследование. Для оценки степени тяжести применялся индекс SCORAD. Для оценки влияния стресса, тревоги и депрессии использовались шкала депрессии Бека, шкала тревоги Бека. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и программы SPSS.

Результаты. АтД легкой степени (SCORAD до 20 баллов) был диагностирован у 15 беременных женщин (30%), АтД средней степени тяжести (SCORAD 20-40 баллов) у 32, что составило 64%, АтД тяжелой степени (SCORAD выше 40 баллов) был зарегистрирован у 3 (6%). Значения индекса SCORAD колебались от 7 до 46 баллов. У 18 беременных женщин (36%) АтД был зарегистрирован впервые, у 20 (40%) АтД обострился на фоне гестации после длительной ремиссии, у 12 (24%) обострения АтД происходят ежегодно в весенний и осенний период времени. Дебют заболевания на первом году жизни был зафиксирован у 15 пациенток (30%), в возрасте от 1 до 10 лет – у 12 (24%), старше 10 лет – у 5 (10%). Роль наследственного фактора зарегистрирована у 28 пациенток (56%). Обострения в первом триместре беременности были выявлены в 15 (30%), во втором триместре – в 25 (50%), в третьем триместре – в 10 (20%) случаях. Анализ шкал депрессии и тревоги показал: психоэмоциональный стресс, повышенная тревожность отмечены у 27 беременных женщин (54%), депрессия зафиксирована у 7 (14%), у 16 – уровни тревоги и депрессии были в норме (32%). Основными и наиболее выраженными клиническими симптомами были: зуд, сухость и кожные эритематозно-папулезные высыпания с участками экскориаций и лихенификаций. Постоянный

кожный зуд отмечался у 32 пациенток (64%), у 18 (36%) – имелись эпизодические проявления зуда. Сухость кожных покровов была зафиксирована у всех женщин. Наиболее часто встречающейся локализацией кожных высыпаний были плечи, предплечья, руки, что было отмечено у 32 беременных женщин (64%), у 3 – распространенность ограничивалась областью живота и груди (5%), у 15 имелись кожные проявления на лице (30%). Поражение нижних конечностей и спины в данном исследовании не встречалось. В 2% случаев отмечалось вторичное инфицирование в сочетании с тяжелой степенью течения АтД. В 70% у беременных с АтД было выявлено наличие сопутствующей патологии, доминирующую позицию при этом (81%) занимали заболевания ЖКТ. Сопутствующие аллергические заболевания в виде бронхиальной астмы и аллергического ринита были зарегистрированы у 40% беременных женщин.

**Выводы.** Течение АтД на фоне беременности остается актуальной проблемой в настоящее время. Изучение механизмов развития АтД во время беременности позволит улучшить прогноз течения беременности, родов, послеродового периода и эффективность лечения.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА SCORMA И ДЕРМАТОСКОПИИ**

*Касихина Е.И., Острецова М.Н., Мартыненко Д.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, кафедра дерматовенерологии, аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института РУДН, Москва*

**Актуальность.** Мастоцитоз – гетерогенное заболевание, характеризующееся накоплением тучных клеток в одном или нескольких органах. Кожа наиболее часто вовлекается в патологический процесс, особенно у детей. Кожный мастоцитоз связан с широким спектром местных и системных симптомов, вызванных высвобождением медиаторов тучных клеток. Зуд, полиморфные высыпания, флашинг-реакции, косметические проблемы (стойкая гиперпигментация, инфильтрированные бляшки желтого цвета) влияют на качество жизни пациентов с кожным мастоцитозом. Доступные методы лечения являются, в основном,

симптоматическими. К ним относятся применение антагонистов H1- и H2-рецепторов, динатрий кромогликат, фототерапия. Зарубежными авторами было показано, что применение топических стероидов под окклюзию длительностью не менее 6 недель эффективно при ограниченных поражениях кожи у взрослых пациентов с пигментной крапивницей и при солитарной мастоцитоме у детей.

**Материал и методы.** Нами проведена оценка эффективности лечения наружного лечения 10 детей в возрасте от 6 до 12 лет с полиморфным вариантом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза (пигментной крапивницей) с использованием 0,1% крема метилпреднизолона ацепоната, лечебной косметики, содержащей эмоленты. Крем 0,1% метилпреднизолона ацепоната назначался тремя 2-недельными курсами с интервалом между курсами 14 дней. Количество крема, используемого для детей, – от 2 до 4 г (в среднем 3 г в день) и проводилось методом кончика пальца. Динамику кожного процесса оценивали в течение 24 недель после лечения с использованием индекса SCORMA и метода дерматоскопии. Индекс SCORMA предоставляет стандартизированную информацию о степени тяжести мастоцитоза и не требует дополнительных вмешательств, что особенно важно в детской практике.

**Результаты.** В процессе наблюдения интенсивность гиперпигментации, инфильтрация в области бляшек уменьшилась у 8 из 10 пациентов. Значение индекса SCORMA снизилось после лечения с 38 до 26 баллов. Биохимические и клинические показатели крови и мочи, уровень кортизола в процессе наблюдения сохранялись в пределах возрастной нормы. В динамике у пациентов оценивались следующие дерматоскопические феномены: светло-коричневые пятна, светло-коричневая пигментная сеть, розоватый эритематозный фон, более выраженные при определении феномена Унны-Дарье. Коричневая пигментная сеть на фоне желтоватого оттенка свидетельствует о плотном дермальном тучноклеточном инфильтрате с повышенной меланизацией вышележащего базального слоя эпидермиса, главную роль в которой играет фактор роста стволовых клеток. Ослабление интенсивности окраски высыпаний свидетельствует о снижении плотности инфильтрации тучными клетками в очагах.

**Заключение.** Использование топических глюкокортикостероидов – альтернативный метод лечения для облегчения симптомов пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза, Лечение не сопровождалось побочными эффектами. Однако

у детей при распространенном процессе должен проводиться контроль уровня кортизола нато- щак. Дальнейшие проспективные рандомизиро- ванные исследования с участием большого коли- чества пациентов являются необходимыми для оптимизации эффекта топической терапии кож- ного мастоцитоза.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ СНЕД- ДОНА-УИЛКИНСОНА**

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

*МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им.В.Г.Королен- ко»*

Субкорнеальный пустулезный дерматоз (СПД) является доброкачественным хроническим ре- цидивирующим везикулопустулезным заболе- ванием. СПД был описан в 1872 г. австрийским дерматологом Гебра. В 1965 г. Снеддон и Уилкин- сон впервые внесли это заболевание в группу пу- стулезных самостоятельных дерматозов, описав 6 случаев данной патологии, выделив его из груп- пы неклассифицированных пустулезных высы- паний. В дерматологии СПД считается одним из редких дерматозов неясной этиологии со сложной дифференциальной диагностикой.

Под нашим наблюдением находился больной С. 84 лет. Поступил на стационарное лечение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Коро- ленко» в декабре 2020 г. с направительным диа- гнозом токсикодермия. На момент поступления: Считает себя больным около месяца, когда впер- вые отметил появление высыпаний на коже паховой области, которые в течение нескольких дней распространились, на кожу туловища, конечностей, отмечал однократное повышение темпе- ратуры тела до 38 °С. Обратился к дерматологу, был предварительно установлен диагноз токсико- дермия, проводилось лечение антигистаминные препараты per os, наружно – топические ГКС без значительного эффекта. В связи с остротой и рас- пространенностью кожного процесса, пациент был направлен на стационарное лечение в фили- ал «Клиника им. В.Г. Короленко». У больного ряд сопутствующих кардиологических заболеваний, помимо которых С83.3 – Диффузная в-крупно- клеточная лимфома с поражением мягких тка- ней левых отделов лица с инвазией левых отделов полости носа, левых передних ячеек решетчатой

кости, нижнемедиальных отделов глазницы сле- ва, с вовлечением подчелюстных л/у слева. Состо- яние после 5-го курса РСНОРmini. При осмотре: Высыпания на коже туловища, паховой области, ягодиц, верхних и нижних конечностей. Пред- ставлен очагами эритемы насыщенного-розового цвета, местами с синюшным оттенком, с инфиль- трированным венчиком по периферии, с четкими границами и округлыми очертаниями, в пределах очагов выраженное крупнопластинчатое шелу- шение, по периферии отмечаются множествен- ные пустулезные элементы. Пастозность нижней /3 голени. При пальпации определяются подче- люстные лимфоузлы до 1 см в диаметре, мягко- эластичной консистенции, не спаяны с окружа- ющими тканями, безболезненны. Проводилось лечение дезинтоксикационными, антигистамин- ными средствами, топическими ГКС – с положи- тельной динамикой, по получении результатов диагностической биопсии кожи: патологические изменения наиболее всего соответствуют суб- корнеальному пустулезу Снеддона-Уилкинсона; признаков лимфопролиферативного заболевания в пределах доставленного материала не обнару- жено, больному была подобрана доза системных ГКС; на фоне проводимой терапии высыпания разрешились пятнами поствоспалительной ги- перпигментации.

Таким образом, важно учитывать все нюансы клинической картины заболевания, обязательно проведение диагностической биопсии кожи с по- следующим гистологическим исследованием с це- лью определения тактики ведения больного.

## **РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПАТОГЕНЕЗЕ АТО- ПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

*Кибалина И.В.*

*Читинская государственная медицинская акаде- мия, Чита*

Атопический дерматит – хронический дерматоз, имеющий сложную патофизиологическую осно- ву и многообразные клинические проявления, характерные для каждой возрастной группы. В настоящее время в основе патогенеза заболева- ния лежат иммунологические изменения, особый цитокиновый профиль, однако очень мало дан- ных о роли вазоконстрикторов в патогенезе ато- пического дерматита. Одним из представителей данной группы биологически активных веществ

является эндотелин-1, синтезирующийся гладкомышечными и эндотелиальными клетками сосудов, кератиноцитами, тканевыми базофилами. Основные функции эндотелина-1 зависят от его концентрации. При минимальных значениях он способствует высвобождению факторов релаксации, при значительных концентрациях вызывает вазоспазм.

Цель исследования. Изучить роль эндотелина-1 в патогенезе атопического дерматита.

Задачи исследования. Определить концентрацию эндотелина-1 в периоды обострения и ремиссии атопического дерматита, сравнить выявленные показатели с данными в контрольной группе.

Материалы и методы. В исследование было включено 76 пациентов с атопическим дерматитом (37 женщин – 48% и 39 мужчин – 52%), средний возраст составил  $29,2 \pm 6,7$  лет. В контрольную группу вошли 15 добровольцев, соответствующих по полу и возрасту. Все пациенты были распределены в группы согласно степени тяжести, базирующейся на определении индекса SCORAD. Концентрацию эндотелина-1 в плазме крови определяли в периоды ремиссии и обострения заболевания методом ИФА с использованием коммерческих иммуноферментных анализов (ELISA) (Biomedica Group, Вена, Австрия) в соответствии с протоколами производителя. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов Statistica 6.0. Статистическую значимость различий показателей в связанных выборках определяли с помощью t-критерия Стьюдента, в несвязанных выборках – U-критерия Вилкоксона, Манна-Уитни. Статистическую значимость определяли при  $p < 0,05$ .

Результаты. Легкая степень тяжести, характеризующаяся ограниченными проявлениями, выявлена у 21 пациента (27%). Среднетяжелый атопический дерматит с кожным распространенным процессом наблюдался у 27 пациентов (36%). Тяжелое течение заболевания выявлено у 28 пациентов (37%). Уровень эндотелина-1 в плазме крови в период обострения у пациентов с легким течением заболевания составил  $0,46 \pm 0,12$  фмоль/мл, при атопическом дерматите средней степени тяжести –  $0,58 \pm 0,11$  фмоль/мл, при тяжелом течении –  $0,89 \pm 1,1$  фмоль/мл. Значения эндотелина-1 превышали показатели контрольной группы ( $p < 0,05$ ). В период ремиссии заболевания показатели эндотелина-1 были сопоставимы с данными в контрольной группе –  $0,34 \pm 0,11$  фмоль/мл.

Выводы. Мы предполагаем, что эндотелин-1 играет важную роль в патогенезе атопического дерма-

тита, не только ограничивая очаг воспаления, но и способствуя вазоспазму, ухудшая течение заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЖНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Кулак А.И.*

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель*

Введение. На сегодняшний день одним из приоритетных направлений современной дерматологии является изучение психологического статуса пациентов с различными нозологиями. Актуальность исследований в этой области обусловлена сложностью выявления и оценки причинно-следственных связей и взаимного влияния кожи и психики.

Цель исследования: изучение особенностей психопатологической симптоматики у пациентов с розацеа, псориазом, инфекционной экземой, склеродермией и вульгарным акне.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основании опроса 267 пациентов (клиническая группа). Среди них 218 женщин и 49 мужчин (средний возраст  $36,21 \pm 12,55$  лет), страдающих розацеа ( $n=22$ ), псориазом ( $n=40$ ), инфекционной экземой ( $n=30$ ), склеродермией ( $n=113$ ) и вульгарным акне ( $n=62$ ), которые находились на стационарном лечении в Учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Контрольную группу составили 30 человек: 15 (50%) женщин и 15 (50%) мужчин (средний возраст  $39,6 \pm 7,71$  лет).

Материалом для анализа послужили результаты опроса респондентов с помощью опросников: дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), валидизированный опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (symptom check list-90-revised). Для оценки тревожности использовалась шкала личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина. Для оценки депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS), которая включает в себя 7 вопросов (учитывался только показатель шкалы депрессии).

Результаты исследования. Группа пациентов с розацеа подвержена развитию соматических, обес-

сивно-компульсивных расстройств, повышенной тревожности и может испытывать более заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, что может быть связано с локализацией высыпаний на лице. Значение ДИКЖ составило 8,4, то есть заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни. У пациентов с псориазом при оценке исследуемых параметров (уровень ситуативной тревожности, уровень личностной тревожности, уровень депрессии), при  $p < 0,05$  установлено, что уровень ситуативной тревожности достоверно выше у женщин, нежели у мужчин. Пациенты с псориазом наиболее подвержены таким

психопатологическим изменениям как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, психотизм. Уровень такого показателя, как фобическая тревожность, был наиболее высоким по сравнению с контрольной группой. Заболевание оказывает очень сильное влияние на качество жизни пациентов (среднее значение ДИКЖ составило 11,1). Пациенты с инфекционной экземой наиболее подвержены таким психопатологическим изменениям, как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность. Заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни пациентов (среднее значение ДИКЖ составило 9,4). Пациенты со склеродермией наиболее подвержены таким психопатологическим изменениям как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревожность. Также пациенты клинической группы могут испытывать дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Пациенты с вульгарным акне преимущественно подвержены таким психопатологическим изменениям, как соматизация, депрессия, обсессивно-компульсивные расстройства, враждебность. Уровень такого показателя как межличностная сензитивность был наиболее высоким по сравнению с контрольной группой. Среднее значение ДИКЖ составило 9,9, то есть заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни.

**Заключение.** По результатам исследования наблюдались достоверные различия между значениями шкал в клинической и контрольной группах. При этом кожная симптоматика и спровоцированные ею психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогрессивное течение заболевания и приводя к формированию порочного круга. Принимая во внимание

взаимные влияния соматического и психического звеньев патогенеза кожных заболеваний и их многофакторную природу, пациенты дерматологического профиля нуждаются во внимании различных специалистов (дерматологов, психологов, психотерапевтов, врачей общей практики). Индивидуальный комплексный подход на всех этапах диагностики и лечения позволит обеспечить своевременную и эффективную терапию дерматологических заболеваний, снизит риск их хронизации и обострения, что существенно улучшит качество жизни пациентов.

## **ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

**Клейменова В.Е.**

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск*

**Введение.** Согласно литературным данным, пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза составляют половину всех случаев псориазической болезни. Несмотря на это, только 2% пациентов данной категории получают генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ). Причиной данного обстоятельства являются: высокая стоимость данного вида терапии, риск развития возможных нежелательных явлений, а также недостаточная информированность как пациентов, так и врачей о современных возможностях биологических препаратов. Тем не менее данный класс препаратов полностью соответствует современной стратегии лечения псориаза – «терапии до достижения цели»: биологические препараты оказывают целенаправленное воздействие на патогенетические звенья псориаза, обеспечивают длительную ремиссию заболевания, являются относительно безопасными, в сравнении с другими системными препаратами. Именно поэтому, на сегодняшний день, востребованным является изучение влияния тех или иных биологических препаратов на системы органов у пациентов с псориазом.

Целью настоящего исследования является изучение динамики лабораторных показателей у пациентов, получающих различные препараты биологической терапии в течение 26 недель.

**Материалы и методы.** В исследование включены 9

пациентов (5 мужчин и 4 женщины) со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза, получающие биологическую терапию в условиях Новосибирского областного кожно-венерологического диспансера. Средний возраст пациентов составил  $46 \pm 9,34$ . С целью оценки динамики лабораторных показателей проанализированы следующие параметры: общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, общетерапевтический биохимический анализ крови. Обработка полученных данных производилась с помощью методов описательной и аналитической статистики, включая критерий Т-критерий Уилкоксона, используемый для проверки различий между двумя зависимыми выборками.

Результаты. Все пациенты получали различные препараты класса ГИБТ: Нетакимаб – 3 пациента, Секукинумаб – 3 пациента, Устекинумаб – 1 пациент, Инфликсимаб – 1 пациент, Адалимумаб – 1 пациент. По результатам исследования выявлено достоверное снижение количества тромбоцитов ( $p < 0,05$ ) на 26 неделе биологической терапии. У одного пациента (получающего терапию препаратом Секукинумаб) выявлена впервые возникшая тромбоцитопения легкой степени тяжести (снижение уровня тромбоцитов  $< 150 \cdot 10^9$ л). Относительный лимфоцитоз выявлен у одного пациента (получающего лечение препаратом Секукинумаб). При анализе динамики показателей общетерапевтического биохимического анализа крови обнаружено достоверное снижение уровня С-реактивного белка ( $p < 0,05$ ), выявлены следующие, впервые возникшие, лабораторные изменения: гипергликемия – 1 пациент (терапия препаратом Нетакимаб), гиперхолестеринемия – 2 пациента (терапия препаратами Устекинумаб, Нетакимаб).

Обсуждение. Несмотря на лечение псориаза различными препаратами ГИБТ, выявлена общая тенденция к снижению уровня тромбоцитов, при этом только у одного пациента, к 26-й неделе терапии, количество тромбоцитов оказалось ниже пороговых значений. Достоверное снижение уровня С-реактивного белка подтверждает снижение активности системного воспаления у пациентов с псориазом, получающих различные генно-инженерные биологические препараты.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ЭФФЕКТОРНЫХ CD4+ КЛЕТОК ПАМЯТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

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

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

Псориаз – хроническое аутоиммунное заболевание, при котором в патологический процесс вовлечены кожа и суставы. Установлено, что рецидив высыпаний при данном заболевании происходит за счет резидентных клеток памяти кожи. При этом количество CD4+CCR3+ эффекторных клеток памяти периферической крови коррелирует с тяжестью заболевания.

Поэтому целью нашей работы является изучение фенотипа клеток памяти периферической крови пациентов с псориазом.

В исследование включили 6 здоровых доноров: средний возраст – 45,4 (min – 29, max – 55), женщины – 3, мужчины – 3; 10 пациентов с псориазом: женщины – 4, мужчины – 6, средний возраст – 37,3 (Min – 23, Max – 57), из них 5 пациентов с PASI более 10 и 5 пациентов с PASI менее 10. Критериями исключения были наличие аутоиммунных, онкологических и гематологических заболеваний, системная терапия иммуносупрессивными препаратами в течение 1 месяца. Пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Выделение мононуклеарных клеток периферической крови проводили в градиенте плотности фиколл-урографина ( $\rho = 1,082$  г/л) (BioClot GmbH, Германия). Полученные клетки окрашивали конъюгированными с флуорохромами моноклональными антителами к поверхностным маркерам CD4+ центральных (T<sub>cm</sub>) и эффекторных (T<sub>em</sub>) клеток памяти (CD4, CD45RO, CD197),  $\alpha$ -цепи рецептора Ил-7 (CD127) и  $\gamma$ -цепи рецептора Ил-7 (CD132). Фенотипирование клеточных популяций проводили на клеточном анализаторе FACS CantoII. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft, США).

Доля T<sub>cm</sub> в периферической крови доноров составляла 33,4% (Min – 18,2, max – 43,7), T<sub>em</sub> – 28,7% (min – 13,6, max – 38,9), у пациентов с псориазом: T<sub>cm</sub> – 28,65% (min – 13,3, max – 59,6), T<sub>em</sub>

– 21,5% (min – 9,3, max – 38,6). Среди центральных CD4+ клеток памяти доля CD127+CD132- клеток составляет 26,00%, CD127+CD132+ – 1,69%, CD127-CD132- – 69,00%, CD127-CD132+ – 1,94%. Среди эффекторных CD4+ клеток памяти доля CD127+CD132- клеток составляет 23,58%, CD127+CD132+ – 1,18%, CD127-CD132- – 69,84%, CD127-CD132+ – 0,70%. Обнаружена прямая корреляционная связь между количеством CD127-CD132+ центральных клеток памяти и значением PASI ( $r=0,639$ ,  $p<0,05$ ). У пациентов с псориазом доля центральных клеток памяти выше, чем у здоровых доноров, при этом количество эффекторных клеток памяти – ниже. Обнаружена прямая корреляционная связь между количеством центральных клеток памяти, экспрессирующих  $\gamma$ -цепь рецептора Ил-7, и степенью тяжести заболевания. Высокой экспрессией CD132 характеризуются активированные клетки памяти. Можно предположить, что данная популяция клеток памяти играет роль в поддержании аутоиммунного воспаления у пациентов с данным заболеванием, а также участвует в репопуляции резидентных клеток памяти кожи.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

*Корнят М.С., Заторская Н.Ф., Рождественская Е.А., Пилявская С.О., Бассе Ф.Б.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии ДЗМ», филиал «Юго-западный» с клиникой аллергологии*

Локализованная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит воспаление с последующим формированием склероза и/или атрофии кожи, а также подлежащих тканей. Распространенность локализованной склеродермии составляет от 0,4 до 2,7 на 100 000 населения, при этом среди детской популяции склеродермия встречается в 30%-50% случаев от общего числа, средний возраст детей составляет от 2 до 14 лет, болеют чаще лица женского пола, белой расы. В большинстве случаев у таких пациентов отягощен семейный анамнез по локализованной склеродермии или аутоиммунным заболеваниям. Наиболее распространенной формой в детском возрасте является линейная форма склеродермии, которая в отличие от дру-

гих форм, чаще всего приводит к грубым повреждениям тканей. Поэтому несмотря на то, что локализованная форма склеродермии не является системным заболеванием, в ряде случаев, а именно при распространенных высыпаниях, активности процесса, приходится прибегать к системной терапии. В качестве первой линии терапии активной формы локализованной склеродермии при неэффективности топических препаратов используется р-р Метотрексат в дозировке 0,3-1 мг/кг (максимальная доза 25 мг) в виде подкожных или внутримышечных инъекций 1 р/нед. Точных данных по срокам терапии нет, однако в Федеральных клинических рекомендациях указывают на среднюю продолжительность лечения равной 6-12 мес. Тем не менее ряд исследователей описывает случаи локализованной склеродермии в детском возрасте, устойчивые к терапии Метотрексатом. Процент таких пациентов невелик (в среднем от 6 до 10% у разных авторов), что, безусловно, свидетельствует в пользу эффективности применения Метотрексата при активных формах локализованной склеродермии. Предполагается, что неэффективность терапии Метотрексатом у этих детей была обусловлена ранним дебютом заболевания. Также существуют данные об эффективности применения Метотрексата в лечении локализованной формы склеродермии, в комбинации с системными глюкокортикостероидами; описаны успешные случаи применения фототерапевтических методов лечения.

Цель: оценить безопасность и эффективность применения р-ра Метотрексат при лечении локализованной склеродермии у детей.

Материалы и методы. Начиная с 2020 года, под нашим наблюдением находятся три пациента с диагнозом локализованная склеродермия, в возрасте от 11 до 15 лет, двое пациентов мужского пола, один женского. Данным пациентам, в связи с распространенными высыпаниями, активностью кожного процесса, а также отсутствием эффективности от проводимой ранее терапии (двое пациентов получали наружную терапию глюкокортикостероидными препаратами (ТГКС) на протяжении более чем 3 мес., один в течение года получил 3 курса терапии Пенициллином), была назначена терапия р-ром Метотрексат. У всех пациентов диагноз был подтвержден гистологическим исследованием, а также до назначения терапии дети были консультированы ревматологом. Признаков системной склеродермии выявлено не было. На начальном этапе терапии дети в рамках стационарзамещающей помощи в условиях днев-

ного стационара получили курс физиотерапевтических процедур: ультрафонофорез с гидрокортизоном на область высыпаний. Параллельно с циклической (1 р/нед.) терапией Метотрексатом также проводилась наружная терапия ТГКС, топическими ингибиторами кальциневрина (ТИК). Безопасность терапии оценивалась посредством анализа лабораторных показателей: клинического анализа крови и общего анализа мочи еженедельно и биохимического анализа крови ежемесячно. Помимо этого, все пациенты 1 раз в полгода консультировались ревматологом. Оценка эффективности терапии проводилась на основании осмотра и физикального обследования еженедельно, а также за счет фотодокументирования высыпаний до начала терапии и далее 1 раз в 3 месяца. Также планируется проведение фотодокументирования после окончания терапии.

Выводы. На основании промежуточных результатов можно говорить о хорошей переносимости данного метода лечения локализованной склеродермии. Отсутствие изменений в лабораторных показателях, а также побочных реакций на фоне применения Метотрексата; положительная динамика кожного процесса, в виде уменьшения плотности очагов, отсутствия появления новых, позволяет сделать предварительные выводы о безопасности и эффективности. Сочетание Метотрексата с физиотерапевтическими процедурами, ТГКС и ТИК возможно приводит к потенцированию эффектов. В будущем планируется изучить сочетание этих методов терапии и разработать эффективные схемы лечения.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛОДНОЙ АТМОСФЕРНОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Короткий В.Н.(1), М.И. Шемшук М.И.(1), Андриенко О.Н.(1)**

*1) Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, 2) ОСП РДКБ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

Микробная экзема (МЭ) – хронический инфекционный дерматоз, развившийся в ответ на микробную и/или грибковую антигенную стимуляцию, часто рецидивирует, что требует разработки новых протоколов лечения. Холодная атмосферная

плазма (ХАП), состоящая из смеси биологически активных частиц, находящихся в высокой концентрации на поверхности обрабатываемого биологического объекта, оказывает бактерицидное действие на микробные клетки, вирусы и грибы, а также активируют процессы регенерации поврежденных поверхностей, что позволило нам включить ее в состав терапии МЭ.

Цель настоящей работы: оценить эффективность различных методов терапии микробной экземы у детей.

Материалы и методы. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом и Ученым советом ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, родители пациентов подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании и дали свое согласие на использование персональных данных, в научно-клинических исследованиях и публикациях. В исследование было включено 59 пациентов в возрасте 1-13 лет (медиана 7 лет), которые были распределены на 2 группы в зависимости от проводимой терапии микробной экземы. Группа 1 включала 20 пациентов в возрасте 1-13 лет (медиана 8 лет), получавших наружную терапию комбинированным препаратом (топический стероид + антибиотик + антимикотик; Пимафукорт) в сочетании с антигистаминным препаратом первого поколения (супрастин в возрастной дозе) + седативное средство (противозудное средство) в течение 14 дней. Группа 2 – 39 детей в возрасте 2-13 лет (медиана возраста 7 лет) получала терапию аналогично пациентам группы 1 в сочетании с обработкой очагов поражения ХАП (5 сеансов). Тяжесть МЭ оценивалась с использованием ИОСТМЭ. Эффективность оценивалась по клиническим критериям: клиническое выздоровление – полное отсутствие проявлений МЭ на коже; значительное улучшение – уменьшение ИОСТМЭ в 4 раза; улучшение – уменьшение ИОСТМЭ в 2 раза; без эффекта – отсутствие какого-либо изменения кожного процесса. В оценку эффективности также включен анализ количества рецидивов в течение последующего года наблюдения.

Результаты. Интенсивность зуда снижалась на 50% и более процентов в группе 1 к 6 дню, в группе 2 к 2 дню терапии. Полное купирование зуда достигалось к 10 и 3 дню в зависимости от терапии, соответственно. В группе 1 полное купирование МЭ удалось добиться только в 5% случаев, значительного улучшения – у 30% пациентов. В группе 2 полное купирование МЭ достигнуто у 67% пациентов, значительное улучшение – у оставшихся 33% детей. Среднее время до развития следующей

го рецидива МЭ в группе 1 – 2,5 месяца, группе 2 – 4,5 месяца, группе 3 – 8 месяцев. Каких-либо нежелательных явлений у пациентов групп 2 отмечено не было. Средняя продолжительность госпитализации пациента со среднетяжелой/тяжелой МЭ в группе 1 составила 14,6 койко-дней, группе 2 – 6,2 койко-дня.

Заключение. Включение в терапию МЭ у детей и подростков ХАП позволило существенно снизить время болезни, удлинить безрецидивный период в 3,2 раза и главное достичь полного купирования патологического процесса или значительного улучшения в существенно более короткие сроки.

## **БЕЗОПАСНОСТЬ ИКСЕКИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С БЛЯШЕЧНЫМ ПСОРИАЗОМ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ДО 5 ЛЕТ: ОБЪЕДИНЕННЫЕ ДАННЫЕ 16 КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Кристофер Э. М. Гриффитс (1), Кристиан Райх (2), Мелинда Гудерхэм (3), Гайя Галло(4), Химаншу Патель (5), Вэнь Сюй (4), Янь Ван (4), Хани Эльмараги (4), Эндрю Блаувельт (5)*

*1) Дерматологический центр при Королевской больнице Солфорда государственной службы здравоохранения, Манчестерский университет, Манчестер, Великобритания; 2) Междисциплинарное научное исследование воспалительных заболеваний кожи, Институт медицинских исследований в области дерматологии и сестринского ухода, Университетская клиника Гамбург-Эппендорф и центр SkinInflammation®, Гамбург, Германия; 3) Дерматологический центр SkiN, Питерборо, Онтарио, Канада; 4) «Эли Лилли энд Компани» (Eli Lilly and Company), Индианаполис, шт. Индиана, США; 5) Медицинский научный центр штата Орегон, Портленд, шт. Орегон, США; 6) ООО «Лилли Фарма», Москва, Россия*

Введение. Псориаз (ПсО) является хроническим воспалительным заболеванием кожи, требующим длительного лечения. Иксекизумаб (ИКСЕ) представляет собой высокоаффинное моноклональное антитело, селективно связывающееся с интерлейкином-17А. Данный препарат одобрен для лечения бляшечного ПсО средней и тяжелой степени. Мы изучили безопасность ИКСЕ при его длительном применении у пациентов с ПсО.

Методы. Выполнен комплексный анализ данных

по безопасности, полученных в 16 клинических исследованиях, проводившихся с участием больных ПсО, принимавших ИКСЕ. Обобщены нежелательные явления, возникшие во время лечения, со стандартизованными показателями заболеваемости (ПЗ) на 100 пациенто-лет (ПЛ) по периодам продолжительностью 1 год за 5 лет. Предметом особого интереса были следующие явления, связанные с безопасностью: инфекции, серьезные инфекционные и паразитарные заболевания, кандидоз, оппортунистические инфекции, реакции в месте введения (РМВ), аллергические реакции/гиперчувствительность, цитопения, депрессия, тяжелые цереброваскулярные и сердечно-сосудистые нежелательные явления (МАСЕ), злокачественные новообразования и воспалительное заболевание кишечника (ВЗК). Представлены данные о явлениях ВЗК, отнесенных к категориям «определенные» и «вероятные» по результатам внешней экспертной оценки. В настоящий анализ вошли данные, собранные с момента начала каждого из исследований вплоть до даты прекращения учета данных 19 марта 2020 года.

Результаты. В анализ было включено в общей сложности 6645 пациентов, объем потребления ИКСЕ составил 17 902,0 пациенто-года. Доля пациентов с наличием  $\geq 1$  нежелательного явления, возникшего во время лечения, составила 84,7% (ПЗ=31,4). Наиболее распространенными нежелательными явлениями, возникавшими во время лечения, были назофарингит (ПЗ=8,9) и инфекция верхних дыхательных путей (ПЗ=5,7). Серьезные НЯ были зарегистрированы у 14,5% пациентов (ПЗ=5,4), включая в общей сложности 35 летальных исходов (ПЗ=0,2). Доля случаев досрочного прекращения участия в исследовании составила 7,7% (ПЗ=2,8). Среди НЯ, представляющих особый интерес, самыми частыми были инфекции, зарегистрированные у 63,0% пациентов (ПЗ=23,4), в том числе тяжелые инфекции в 3,6% случаев (ПЗ=1,3), кандидозные инфекции в 5,0% случаев (ПЗ=1,9), оппортунистические инфекции в 8,0% случаев (ПЗ=3,0) и туберкулез (1 случай). РМВ были зарегистрированы у 15,1% пациентов (ПЗ=5,6). Аллергические реакции / гиперчувствительность отмечены у 14,2% пациентов (ПЗ=5,3). Подтвержденных случаев развития анафилактической реакции зарегистрировано не было. Цитопения возникла у 2,0% пациентов (ПЗ=0,7), МАСЕ – у 1,6% пациентов (ПЗ=0,5), злокачественные новообразования – у 2,1 % пациентов (ПЗ=0,8), депрессия – у 3,3% пациентов (ПЗ=1,2). У 0,5% пациентов было зарегистрировано ВЗК,

подтвержденное экспертной оценкой как язвенный колит (0,3%, ПЗ=0,1) и болезнь Крона (0,3%, ПЗ=0,1). При оценке по годам потребления препарата ПЗ оставались неизменными или со временем снижались.

Заключение. Данный уточненный анализ исследований применения ИКСЕ при ПсО подтверждает профиль безопасности препарата. Новых или непредвиденных событий, связанных с безопасностью, выявлено не было.

## **ЭМОЛЕНТЫ – СРЕДСТВА БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

*Кузнецова И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И.*

*РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета*

Атопический дерматит – актуальная проблема педиатрии, поскольку его дебют в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст, и у 60-70% детей отмечается на первом году жизни. Изучение различных аспектов формирования атопического дерматита и прогностической значимости факторов риска у детей является своевременным и перспективным в плане дальнейшего совершенствования диагностики, лечения и продолжительности данной патологии. Под термином «атопический дерматит» мы понимаем хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного Ig E и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям. В настоящее время большинство исследователей считают, что при атопическом дерматите генетически детерминированное нарушение кожного барьера и липидной структуры рогового слоя эпидермиса являются основной причиной ксероза и повышения чувствительности кожи к раздражителям и антигенам, что в результате приводит к повышенной трансэпидермальной потере воды и гиперреактивности кожи. У больных атопическим дерматитом детей кожа претерпевает ряд значительных изменений и нуждается в коррекции. Лечение атопического дерматита у

детей комплексное и предполагает использование базовой терапии и наружных средств. Выбор препаратов для наружного лечения определяется индивидуально, с учетом патоморфологической специфики, клинико-морфологической формы, стадии кожного процесса. Применяются как традиционные наружные средства (дерматол, нафталан, деготь и другие), так и топические глюкокортикостероиды (Адвантан, Афлодерм, Латикорт и другие). А также регулярное использование смягчающих и увлажняющих кожу наружных средств (эмолентов) – это и есть средства базовой терапии. К эмолентам относят препараты, обладающие свойством увлажнять, насыщать жировыми компонентами и смягчать кожу. Они создают на поверхности кожи защитный липидный слой и приводят к сокращению межклеточного пространства, стимулируют клеточную регенерацию в эпидермисе, уменьшают чувство дискомфорта, стянутости и раздражения в коже. Эмоленты обеспечивают регидратацию рогового слоя эпидермиса, восстанавливают, предупреждают нарушения кожного барьера, уменьшают потребность в «активной» терапии. Современные требования к идеальному средству базового ухода включает в себя содержание натурального увлажняющего фактора и липидов, окклюзионные свойства и противозудное действие. Эмоленты (средства гаммы Липикар, серия средств Mustela – StelAtopia, Aveeno, Cerave, Weleda, Бальнеум, гамма Топикрем и другие) наносить необходимо так часто, чтобы кожа оставалась увлажненной в течение всего дня. Продолжительное и постоянное использование эмолентов позволяет устранить зуд, сухость, воспаление кожи, тем самым ограничить применение топических глюкокортикостероидных препаратов, при этом увеличить продолжительность комплексной медикаментозной терапии атопического дерматита у детей.

Вывод: при современном подходе к наружной терапии атопического дерматита патогенетически обосновано применение эмолентов в качестве базовой терапии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОГО МЕЛАНОЦИТАРНОГО НЕВУСА

*Куркович Е.Ю., Невозинская З.А., Кодзаева Н.З., Джавахишвили И.С.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ*

Гигантский врожденный меланоцитарный невус, существующий с рождения. Гигантские врожденные невусы – это невусы, которые у новорожденных и детей раннего детского возраста составляют 5% и более площади поверхности тела, а с подросткового возраста имеют размеры от 20 см или занимают целую анатомическую область либо ее большую часть.

Клинический случай. Пациент: Мужчина А., 1980 г.р. Анамнез заболевания: С рождения существует гигантское пигментное новообразование неправильной формы, покрывающее кожу спины, живота, груди слева и справа, с переходом на верхнюю часть ягодиц, бедер. Размер гигантского невуса увеличивался по мере роста пациента. Количество мелких невусов увеличивалось на протяжении жизни. В 2016 году отметил появление образования на коже в области левой боковой поверхности грудной клетки в зоне проекции гигантского невуса. Прошел осмотр и консультацию на акции «День Меланомы». Были даны рекомендации по дообследованию и была рекомендована консультация врача-онколога. Пациент не стал дообследоваться и обращаться к врачу-онкологу. В декабре 2017 года отметил появление болезненности в области данного образования. Обратился в поликлинику по месту жительства к врачу-хирургу, был выставлен предварительный диагноз «Атерома левой боковой поверхности грудной стенки», направлен на плановое оперативное лечение. В январе 2018 года проведена операция по удалению атеромы в ГКБ № 40. Проведено гистологическое исследование: в препарате фрагменты кожного лоскута с опухолью, расположенной в эпидермо-дермальном соединении и дерме, представленной гнездами эпителиоподобных клеток разной величины, с округлым ядром и ядрышком, в цитоплазме содержится бурый пигмент, местами скудная лимфоидная инфильтрация. В более глубоких слоях дермы определяются придатки кожи типичного строения, среди которых определяются комплексы округлых клеток со светлой цитоплазмой и полиморфными ядрами, местами с кистообразованием в центре, комплексы разде-

лены фиброзными прослойками.

Заключение: подозрение на меланому. Было проведено иммуногистохимическое исследование: иммунофенотип меланомы с внутридермальным метастазом (уровень инвазии по Кларку 3, толщина опухоли по Бреслоу 2 мм). Пациент был повторно госпитализирован в ГКБ № 40 в начале марта 2018 года с диагнозом «Злокачественная меланома туловища, сT2aN0M0, стадия IB, II кл. группа», было выполнено широкое иссечение лоскута кожи с послеоперационным рубцом. После проведенной операции, с марта 2018 года пациент нигде не наблюдался. В августе 2019 года обратился в поликлинику по месту жительства к врачу-хирургу с жалобами на болезненность в области шва, было назначено УЗИ лимфатических узлов, заключение: единичная лимфаденопатия левой аксиллярной области, было дано направление на ПЭТ-КТ для исключения прогрессирования, заключение: данных за наличие очагов патологической метаболической активности нет. В декабре 2019 года обратился к врачу-онкологу, при плановом обследовании были выявлены метастатическое поражение подмышечных лимфатических узлов слева, был госпитализирован в ФГБУ «НМИ центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Была проведена подмышечная лимфаденэктомия слева. При гистологическом исследовании в 1 из 10 лимфатических узлов метастаз беспигментной меланомы. В марте 2020 года начал получать профилактическую иммунотерапию в стационарных условиях в ФГБУ «НМИ центр онкологии им. Н.Н. Блохина» препаратом «НИВОЛУМАБ». Прошел 11 курсов назначенной терапии, переносимость удовлетворительная. Продолжает наблюдение у врача-онколога. По данным контрольного ПЭТ-КТ от 04.08.2020 г. Без признаков диссеминации заболевания. УЗИ ОБП+ всех групп лимфатических узлов: без признаков прогрессирования.

Выводы: 1. Невусы меланоцитарные врожденные являются потенциальными предшественниками меланомы. 2. Гигантские невусы имеют высокий злокачественный потенциал и трансформируются в меланому в 6-10% случаев. 3. Информирование пациентов о возможных осложнениях. Необходимо частое обследование больного с проведением биопсии подозрительных участков (особенно выявляемых при пальпации) или узлов. 4. Совместное наблюдение врачей-онкологов, врачей-дерматовенерологов.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

*Леденцова С.С., Гуляев Н.И., Селиверстов П.В.*

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №76», Санкт-Петербург, Россия, Федеральное государственное бюджетное учреждение «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А. А. Вишневского», Москва.*

Большой интерес исследователей привлекает растущая во всем мире заболеваемость целиакией. Для ранней и своевременной диагностики заболевания, а также определения новых групп риска, актуальной задачей является изучение ее внекишечных проявлений. На сегодняшний день существуют единичные зарубежные публикации, посвященные изучению частоты встречаемости целиакии среди пациентов с акне. В доступной литературе подобных исследований по выявлению частоты целиакии среди пациентов с акне в РФ нами не обнаружено.

**Материал и методы.** Нами был проведен скрининг на целиакию у больных, обратившихся с 2016 по 2019 г. в СПбГБУЗ «Поликлиника № 76» г. Санкт-Петербурга с диагнозом акне. Все пациенты были информированы и дали свое согласие на участие в исследовании. Критериями включения в данное исследование были: возраст от 18 лет и старше, имеющие акне различной степени тяжести, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании. Изначально было обследовано 968 больных, всем определяли уровень антител к тканевой транскляминазе (tTG) классов А, как рекомендованный для скрининга целиакии, также определялся уровень общего IgA, для выявления пациентов с его селективным дефицитом.

**Результаты.** По результатам первичного проведенного обследования у 4,24% (n=41) пациентов был обнаружен повышенный уровень антител к tTG А. Далее для подтверждения диагноза больные были направлены к гастроэнтерологу, по результатам дополнительного обследования включающего ЭФГДС и генетический анализ с определением гетеродимеров HLA-DQ2 и/или HLA-DQ8, окончательно диагноз целиакии подтвердился у 3,92% (n=38) пациентов. Большинство пациентов с впервые выявленной целиакией имели акне средней степени тяжести 60,53% (23 из 38 человек), легкой 18,4% (7 из 38 человек), тяжелой 21,05% (8 из 38 человек). У них регистрирова-

лись: низкая обеспеченность витамином D 44,7% (17 из 38 человек), (недостаточность у 8 человек, дефицит у 9), аутоиммунный тиреоидит с явлениями субклинического гипотиреоза 28,9% (11 из 38 человек), дислипидемия у 26,3% (10 из 38 человек), атопический дерматит 23,7% (9 из 38 человек), анемия у 18,4% (7 из 38 человек). После года соблюдения безглютеновой диеты и констатации факта ремиссии целиакии гастроэнтерологом, по всем вышеуказанным нозологиям наблюдалась положительная динамика. В то же время улучшение течения акне наблюдалась только у 18,4% (7 из 38 человек) пациентов.

**Вывод.** Таким образом, обнаруженная частота встречаемости целиакии среди пациентов с акне (3,92%) превысила предполагаемую (1,0%) в популяции, что нуждается в дальнейшем изучении с целью выделения новой группы риска по целиакии. В то же время анализ динамики течения акне на фоне соблюдения безглютеновой диеты показал, что в патогенезе акне, вероятно, ведущую роль играют факторы не связанные с течением целиакии.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРА ГЕНО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Макимова М.Д., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Требунская Н.А., Школьникова Т.В.*

*Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург*

В СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» с января 2020 года осуществляет свою деятельность Центр генно-инженерной биологической терапии (далее – Центр ГИБТ), который входит в состав Городского центра дерматологии и венерологии (далее – ГЦДВ). Центр ГИБТ осуществляет свою деятельность под руководством Главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Разнатовского К.И. Работа данного Центра заключается в отборе пациентов на получение ГИБТ в рамках обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга за счет регионального бюджета, осуществление мониторинга эффективности и безопасности

проводимой ГИБТ, создание и ведение единого регистра больных Санкт-Петербурга по профилю дерматовенерология, получающих биологическую терапию и нуждающихся в ней жителей Санкт-Петербурга. Медицинские показания к проведению ГИБТ определяет лечащий врач, являющийся сотрудником бюджетного дерматовенерологического учреждения города, стационары дерматологического профиля. К направлению на Отборочную Комиссию Центра ГИБТ должны прилагаться: справка (027у), выписка из медицинской документации, содержащая анамнез и диагноз заболевания, данные о наличии инвалидности и/или льготы, данные о состоянии здоровья пациента, результаты полученной терапии за последние 6 месяцев (НПВП, циклоспорин, метотрексат, ацетритин, фототерапия) и обоснование необходимости назначения ГИБТ. Комиссия рассматривает индивидуально каждый случай и принимает решение по каждому конкретному пациенту. Контроль переносимости препаратов ГИБТ осуществляется врачом, в сложных случаях – с привлечением Комиссии. Для решения вопроса о необходимости назначения ГИБТ необходимо исключение активного и латентного туберкулеза, активных и латентных инфекций, лабораторные исследования. За время работы Центра ГИБТ в 2020 году проведено 14 заседаний Отборочной комиссии, рассмотрены заявки на 110 пациентов (21 – атопический дерматит, 88 – псориаз, 1 – другие заболевания). В настоящее время под наблюдением Центра ГИБТ находятся 128 пациентов, из них препараты ингибитора фактора некроза опухоли  $\alpha$  получают 4% пациентов, ингибитора фосфодиэстеразы 4 (ФДЭ4) – 6%, ингибиторов интерлейкина 17 – 32%, интерлейкина 12/23 – 34%, интерлейкина 4/13 – 2%. За период мониторинга у пациентов, получающих препараты группы ингибитора фактора некроза опухоли  $\alpha$ , было выявлено 2 случая ложноположительных результатов квантиферонового теста на туберкулез при хорошем клиническом ответе со стороны кожи и суставов. Было проведено обследование у фтизиатра, патологии не выявлено. У всех пациентов, иницированных препаратами группы ингибиторов интерлейкина 17 и получающих терапию в течение года под наблюдением Центра ГИБТ, отмечается хорошая переносимость и положительный клинический ответ.

## НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА – ХОЛЕСТЕРИН И ТРИГЛИЦЕРИДЫ, У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ АКНЕ

*Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.*

Цель: 1. Оценить результаты липидных показателей – холестерин и триглицериды биохимическим методом диагностики у пациентов с клинической картиной угри. 2. Оценить целесообразность назначения липидных показателей – холестерин и триглицериды биохимическим методом диагностики у пациентов с клинической картиной угри. Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты группы из 40 пациентов со следующим клиническим диагнозом по МКБ 10: Угри – L70. Возраст обследуемых пациентов составлял от 16 до 40 лет, гендерное распределение – мужчины : женщины = 21:19. Биохимическая диагностика проводилась с использованием фотометрического метода определения холестерина и триглицеридов в человеческой сыворотке, с помощью биохимического анализатора Konelab 20i в соответствии с методикой: с гидроксibenзойной кислотой и 4-аминоантипирином для холестерина, и 4-аминоантипирином и 4-хлорфенолом для триглицеридов (реактивы фирмы – Thermo Fisher Scientific).

Результаты: 1. При проведении биохимических анализов было установлено, что в 25 случаях выявлено повышение концентрации показателя холестерина на 20% от нормы. Возраст пациентов составлял старше 35 лет. В 5 случаях концентрация показателя холестерин подходила к высокой границе диапазона нормы. Возраст данных пациентов составлял старше 25 лет. В остальных случаях концентрация показателя холестерин оставалась в границах нормы. 2. При проведении биохимических анализов было установлено, что в 4 случаях выявлено повышение концентрации показателя триглицериды в динамике на 3% от нормы. Возраст пациентов составлял старше 35 лет. В 3 случаях концентрация показателя триглицериды подходила к высокой границе диапазона нормы. Возраст данных пациентов составлял старше 25 лет. В остальных случаях концентрация показателя триглицериды оставалась в границах нормы. Выводы. Наблюдение показателей липидного обмена холестерин и триглицериды биохимическими методами у пациентов с клинической картиной угри выявило повышение концентрации у показателя – холестерин, но не было замечено

значительного повышения концентрации у показателя – триглицериды. Пациенты с клинической картиной угри нуждаются в назначении биохимического показателя липидного обмена – холестерин. А назначение биохимического показателя липидного обмена – триглицериды является не целесообразным для группы пациентов с клинической картиной угри.

## ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКИ

*Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Радионова Е.Е.*

Цель: оценить важность лабораторного исследования на скабиес в случаях длительного течения заболевания и в случаях, когда проведенное лечение не дает результата.

Материалы и методы: проанализирована карта больной, поступившей в ф. «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом L 27.9 Токсикодермия, осложненная вторичной инфекцией и выявленной в ходе обследования норвежской чесоткой. Для лабораторных исследований использовался бинокулярный микроскоп Olimpus CX-31, препараты соскобов кожи, приготовленные согласно СОП «Взятие материала для микроскопического исследования на наличие чесоточного клеща и элементов чесоточного клеща при чесотке».

Результат. Чесотка является одним из наиболее распространенных паразитарных дерматозов. Несмотря на то что по официальным данным заболеваемость чесоткой в РФ имеет тенденцию к снижению, своевременная диагностика чесотки очень важна. Норвежская чесотка является редкой клинической формой заболевания. Большую роль в патогенезе норвежской чесотки имеет иммунодефицит наследственной или приобретенной природы, в том числе при использовании системных и топических кортикостероидов, цитостатиков, а также в случаях ВИЧ-инфекции, злокачественных заболеваний и у пожилых лиц. При этой форме чесотки часто отмечается отсутствие или низкий уровень зуда у пациентов.

Представляет интерес случай норвежской чесотки у больной, проходившей лечение в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко». Больная Г. 1949 г.р. поступила для лечения с диагнозом L 27.9 Токсикодермия, осложненная вторичной инфекцией.

В анамнезе: высыпания на коже появились в апреле 2019 г. По месту жительства был диагностирован «Аллергический дерматит», лечилась без по-

ложительного эффекта. В сентябре-октябре 2020 г. высыпания распространились на кожу туловища и конечностей, лечилась у инфекциониста и терапевта, получала хлоропирамин, дексаметазон. Лечение без эффекта. Находилась в аллергологическом отделении ГKB им. Д.Д. Плетнева с диагнозом Токсикодермия. Получала лечение препаратами хлоропирамин и преднизолон без положительного эффекта.

Сопутствующие заболевания: E27.9 Болезнь надпочечников неуточненная – узелковая гиперплазия левого надпочечника. E06.3 Аутоиммунный тиреоидит с исходом в гипотиреоз, компенсация. D50.9 железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

При поступлении: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. Локализован на коже волосистой части головы, лица, туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей. Представлен полиморфными высыпаниями в виде сливных инфильтрированных очагов ярко-красного цвета с нечеткими границами, занимающими практически весь кожный покров, отмечаются многочисленные папулезные, пустулезные элементы, экскориации от 0,1 до 0,5 см в диаметре, гнойно-геморрагические корки. Было назначено лабораторное исследование на scabies. Были проведены соскобы с поверхности кожи и экскориаций. В 8 препаратах из 10 обнаружено большое количество чесоточных клещей и их яиц. В препарате, как правило, обнаруживалось несколько клещей, большое количество оплодотворенных яиц и оболочек яиц. Такое количество элементов характерно для норвежской чесотки, т.к. при обычном течении чесотки находилось хотя бы одного из элементов является большой удачей.

Лечение проводилось акарицидными средствами (20% мазь бензилбензоата в 1-й и 4-й дни) с дополнительным назначением кератолитиков (5% серно-салициловая мазь за 2 ч до нанесения мази бензилбензоата) и анилиновых красителей на участки мацерации кожи. До начала и после окончания лечения проводилась дезинфекция одежды, нательного белья и постельных принадлежностей. В повторных соскобах кожи после проведенного лечения чесоточный клещ не обнаружен.

На примере данного случая можно отметить характерные черты норвежской чесотки: длительное заболевание, часто маскирующееся под другие патологии, пожилые и ослабленные больные с большим количеством сопутствующих заболеваний, уровень зуда значительно ниже, чем при

обычном течении чесотки, при лабораторном исследовании в препаратах находят десятки элементов клеща, в отличие от скудных находок при типичной чесотке.

Вывод. Лабораторные исследования на скабиес очень важны, особенно в случаях длительного течения заболевания и в случаях, когда проведенное лечение не дает результата.

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Бекирова Э.Ю.*

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»*

В 2019 году показатель частоты встречаемости болезней кожи и подкожной жировой клетчатки у жителей РФ составил 5977 тыс. человек, что составило 5,2% от общей заболеваемости населения. Причинами поражений кожи могут являться внешние агенты (грибковая флора, бактерии, паразиты, вирусы, воздействие аллергена) и системные нарушения функционирования внутренних органов (патология желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, аутоиммунные заболевания). Одним из направлений фармакотерапии болезней кожи и подкожной жировой клетчатки является применение дерматологических средств, отнесенных в соответствии с анатомо-терапевтически-химической классификацией лекарственных препаратов (ЛП) к категории «D» – дерматологические средства.

Целью исследования являлось изучение гендерных особенностей нежелательных реакций (НР), возникающих при местном и системном применении дерматологических средств у пациентов, проживающих на территории Республики Крым в 2009-2018 гг.

Материалы и методы. Объектами исследования являлись 126 зарегистрированных на территории Республики Крым случаев возникновения НР при применении дерматологических средств.

Результаты исследования. Изучение частоты развития НР при применении отдельных групп дерматологических препаратов позволило определить, что наиболее часто НР были зареги-

стрированы при применении антисептических средств (54 случая, 42,9% от общего количества зарегистрированных случаев НР представленной группы препаратов), препаратов для лечения ран и язв (25 случаев, 19,8%) и противогрибковых препаратов для местного и системного применения (22 случая, 17,5%). Значительно реже НР возникали на фоне применения препаратов для лечения зуда (9 случаев), глюкокортикостероидов и противомикробных препаратов для наружного применения (6 и 4 случая НР соответственно). Изучение гендерных особенностей развития НР при применении представленной группы препаратов позволило выявить, что у пациентов женского НР (78 случаев, 61,9%) развиваются значительно чаще, чем у пациентов мужского пола (47 случаев, 37,3%). В 1 карте-извещении о НР ЛС (0,8%) указание на пол пациента отсутствовало. Среди отдельных фармакологических групп стоит выделить группу антисептиков и дезинфицирующих средств, в которой соотношение частоты НР между мужчинами и женщинами составило 1:2,2 (18 случаев развития НР у пациентов мужского пола и 40 случаев развития НР у пациентов женского пола). Преобладание частоты развития НР у пациентов женского пола наблюдалось и при применении противогрибковых лекарственных препаратов для наружного и системного применения (14 случаев НР – женский пол, 8 случаев НР – мужской пол). Исключением стала группа препаратов для лечения ран и язв, в частоте развития НР которой преобладали пациенты мужского пола (15 случаев НР – мужской пол, 10 случаев НР – женский пол).

Закключение. Изучение гендерных особенностей развития НР при применении дерматологических препаратов для лечения заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки позволило выявить более высокую частоту их возникновения у пациентов женского пола, что требует дополнительного внимания специалистов здравоохранения при назначении ЛП данной категории пациентов.

## СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНЫМИ РУБЦОВЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

*Медецкая О.М., Смирнова И.О., Желонкин А.Р., Желонкина А.О., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г.*

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер»*

Первичные рубцовые алопеции (ПРА) представляют собой гетерогенную группу относительно редких заболеваний, характеризующиеся первичным вовлечением в воспалительный процесс волосяных фолликулов, их разрушением и заменой фиброзной тканью. Данная группа дерматозов включает в себя лишай плоский фолликулярный (ЛПФ), дискоидную красную волчанку, центральную центробежную рубцовую алопецию, фолликулярный декальвирующий шиповидный кератоз, фолликулярный муциноз, рассекающий целлюлит, декальвирующий фолликулит, келоидный фолликулит, некротический фолликулит и эрозивный пустулезный дерматоз. В последние годы отмечается существенный рост заболеваемости ЛПФ, что ведет к перераспределению структуры ПРА. По данным литературы до 40% ПРА приходится на ЛПФ (Villablanca S., et al., 2017). Выделяют три клинические формы ЛПФ – классическую, фронтальную фиброзирующую алопецию (ФФА) и синдром Пиккарди-Лассюера-Грэхема-Литтла (СмПЛГЛ).

Целью исследования была оценка структуры заболеваемости ПРА среди пациентов, обращающихся к дерматологу. С 2013 по 2020 год под наблюдением в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской КВД» находилось 153 пациента с ПРА. Из них было 118 женщин и 35 мужчин, возраст пациентов варьировал от 18 до 85 лет и в среднем составил  $51 \pm 15$  лет. Диагноз ПРА устанавливали на основании данных клинической картины, трихоскопии и гистологического исследования. Оценивали структуру заболеваемости ПРА, возрастные и половые особенности дерматозов. В структуре заболеваемости ПРА доминировал ЛПФ (77,1% случаев). Заболевание было наиболее частой формой ПРА у лиц обоих полов (79,7% женщин и 68,6% мужчин). При дополнительном ранжировании пациентов по полу выявлено, что ЛПФ чаще диагностировали у женщин (79,7% по сравнению с 20,3% у мужчин). Наиболее редкой формой ПРА был рассека-

ющий целлюлит, он наблюдался у 5,2% пациентов, среди которых доминировали мужчины (87,5%). Дискоидная красная волчанка и декальвирующий фолликулит встречались в 9,2% и 8,5% случаев, чаще у женщин (85,7% и 84,6%, соответственно). Пациенты с ЛПФ были старше пациентов с другими ПРА (средний возраст составил  $54 \pm 14$  года) и, особенно, с рассекающим целлюлитом ( $32 \pm 7$  года). Пациенты с дискоидной красной волчанкой и декальвирующим фолликулитом находились в средней возрастной группе ( $51 \pm 16$  года и  $36 \pm 7$  года, соответственно). Классическая форма ЛПФ встречалась наиболее часто (73,6%), ФФА наблюдалось в 4,5 и СмПЛГЛ в 9 раз реже (16,4% и 8,2%, соответственно). У двух пациенток с ЛПФ отмечалось сочетание классической формы заболевания и ФФА. При СмПЛГЛ рубцовая алопеция наиболее часто была представлена классической формой заболевания (7 пациенток, 77,8%), реже ФФА или их сочетанием (по 1 пациенту, 11,1%). Классическая форма ЛПФ диагностировалась в 2,7 раз чаще у женщин и являлась наиболее частой формой у лиц обоих полов (67,8% женщин и 95,7%). ФФА была представлена в 17 раз чаще у женщин, чем у мужчин (17 и 1 пациент, соответственно), а СмПЛГЛ и сочетание классической формы ЛПФ с ФФА определялись исключительно у женщин. Пациенты, имевшие как СмПЛГЛ, так и сочетание классической формы с ФФА, были старше ( $60 \pm 15$  и  $60 \pm 6$  лет, соответственно) пациентов с классической формой ( $54 \pm 14$  лет) и с ФФА ( $58 \pm 13$  лет). Также при классической форме заболевания, при ФФА средний возраст женщин был выше, чем мужчин ( $56 \pm 14$  против  $46 \pm 12$  года и  $59 \pm 12$  против 41 года, соответственно). Таким образом, ЛПФ является наиболее частой формой ПРА, как среди женщин, так и среди мужчин. ЛПФ выявляется у женщин в возрасте  $56 \pm 14$  лет и у мужчин в возрасте  $46 \pm 12$  лет. В структуре заболеваемости ЛПФ доминирует классическая форма дерматоза и она чаще определяется у женщин. ФФА также более характерна для женщин, а СмПЛГЛ и сочетание классической формы с ФФА встречаются в нашем исследовании исключительно у женщин. Наиболее редкой формой ПРА является рассекающий целлюлит, который чаще диагностируется у мужчин молодого возраста ( $32 \pm 7$  года).

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

*Мельникова А.Н., Уфимцева М.А., Бочкарев Ю.М., Мыльникова Е.С.*

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ, КДО ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбург*

Введение. Кольцевидная гранулема (анулярная гранулема, *granuloma annulare*, КГ) – доброкачественный хронический медленно прогрессирующий, рецидивирующий дерматоз неясной этиологии, характеризующийся дермальными папулами, имеющими склонность к кольцевидной группировке. Впервые было описано в 1895 г. английским дерматологом Томасом Фоксом под названием «*ringed eruption of the fingers*». В 1908 г. Г. Литтл анализирует все известные на тот момент описания КГ и выделяет ее как отдельное заболевание. Он же впервые предполагает взаимосвязь КГ с туберкулезной инфекцией. Частота встречаемости КГ не известна. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Примерно 70% больных – лица молодого возраста до 30 лет, с локализованной формой КГ. При этом заболевание протекает преимущественно легко и проходит самостоятельно. Этиопатогенез КГ до конца не выяснен. Дифференциальная диагностика проводится с саркоидозом, красным плоским лишаем, грибковой инфекцией, кольцевидной эритемой, многоформной эритемой, псориазом, хронической мигрирующей эритемой, липоидным некробиозом и др. Эффективных методов лечения КГ в настоящее время не разработано.

Цель: Исследовать эффективность метода локальной криодеструкции в терапии больных КГ.

Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент М. 44 лет, житель Свердловской области. Обратился в КДО ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбурга в ноябре 2017 г. с жалобами на высыпания в области тыльной поверхности V пальца правой кисти без субъективных ощущений. Длительность заболевания составила 6 лет. Начало заболевания ни с чем не связывает, к врачу не обращался, не лечился. Со слов больного, высыпания частично самостоятельно разрешались рубцеванием. Рецидив в ноябре 2017 г.: появление высыпаний той же локализации. *Status localis*:

на коже тыльной поверхности проксимальной фаланги и основания V пальца правой кисти на инфильтрированном основании множественные гипертрофические бородавчатоподобные разрастания серовато-желтого цвета, покрытые гиперкератозом, окруженные венчиком синюшно-красного цвета по периферии. *Anamnesis vitae*: Не работает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез спокоен. Вредные привычки отрицает. Туберкулез в анамнезе отрицает. Данные флюорографии за последние несколько лет отсутствуют. Заключение патоморфологическое исследование биоптата кожи (ноябрь 2017 год, ГБУЗ СО СОПАБ, г. Екатеринбург): гистологическая картина не позволяет исключить туберкулез кожи. Диаскинтест (декабрь 2017 год, ГБУЗ СО СОПАБ): отрицательный результат. С учетом данных анамнеза, клинической картины выставлен диагноз: Красный плоский лишай, бородавчатая форма? Бородавчатый туберкулез кожи? Рекомендовано повторное патоморфологическое исследование. С целью исключения глубоких микозов, материал направлялся в НИИ медицинской микологии им. Кашкина, г. Санкт-Петербург: результат отрицательный. Заключение повторного патоморфологического исследования (январь 2018 год, УрНИИДВиИ): данные изменения соответствуют гипертрофической форме красного плоского лишая. Лечение амбулаторно в УрНИИДВиИ: топические глюкокортикостероиды: клобетазола пропионат, мазь, 1 месяц, без эффекта. В марте 2019 г. повторное обращение в КДО ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбурга, где на основании пройденного исследования, а также клинической картины предполагается диагноз локальная форма КГ, назначается лечение в виде криодеструкции.

Результаты. Процедура локального воздействия выполнялась в виде криоапликации очага поражения жидким азотом с интервалом 1 раз в неделю, 6 процедур. Высыпания разрешились полностью после шестой процедуры криотерапии без последующего рубцевания.

Обсуждение. При КГ воздействие жидкого азота на кожу вызывает необратимую деструкцию клеток, обусловленную дегидратацией в результате образования микрокристаллов льда, которые также вызывают механическое повреждение клеточных мембран, повышением концентрации электролитов в цитоплазме клеток, денатурацией фосфолипидов, входящих в состав клеточных мембран. Это приводит к подавлению процесса воспаления и разрушению гранулем в дерме. Точечное разрушение гранулематозного инфильтра-

та в дерме оставляет интактными окружающие неповрежденные клетки, за счет которых происходит быстрая регенерация тканей.

Выводы. Результаты исследования показали положительный опыт применения метода криодеструкции в терапии пациента с КГ. Данный метод может быть рекомендован для лечения в первую очередь локализованной формы КГ.

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

*Мерц Н.С., Ковалева Ю.С., Лазарев А.Ф., Танцурев Д.А., Вихлянов И.В.*

*Краевой кожно-венерологический диспансер, Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский краевой онкологический диспансер «Надежда», г. Барнаул*

Аннотация. В статье проведен сравнительный анализ прироста удельного веса базально-клеточного рака в структуре всех онкологических заболеваний населения за период с 2015-2019 г. среди сельских и городских жителей Алтайского края. Ключевые слова: базально-клеточный рак, пол, эпидемиология, немеланомный рак кожи, злокачественные новообразования кожи.

Актуальность. По данным Роспотребнадзора в Алтайском крае, согласно результатам оценки риска для здоровья населения при воздействии канцерогенных факторов загрязняющих окружающую среду, многие районы Алтайского края отнесены к районам экологического неблагополучия. В связи с этим изучения эпидемиологии злокачественных опухолей на данных территориях приобретает особую актуальность. Мы провели ретроспективный анализ прироста заболеваемости немеланомным раком среди городских и сельских жителей края в интервале с 2015 по 2019гг. Базально-клеточный рак (далее БКР), среди эпителиальных опухолей продолжает занимать лидирующие позиции, и его частота неуклонно возросла за последние десятилетия, такая высокая встречаемость значительно нагружает систему здравоохранения, превращая болезнь в проблему общественного здравоохранения. Несмотря на высокие показатели БКР среди населения, качественные эпидемиологические данные весьма скудны и до сих пор нет отдельных регистров ста-

тистики, где будет оцениваться неуклонный прирост заболеваемости данной патологией.

Целью нашего исследования является оценка динамики заболеваемости у пациентов в течение пяти лет с первые установленным диагнозом БКР. Материалы и методы. Анализ был проведен среди пациентов с клинически впервые диагностированным базально-клеточным раком. Все данные были получены по результатам официальной статистики Алтайского краевого онкологического диспансера «Надежда» г. Барнаул.

Результаты и обсуждение. В структуре онкологической заболеваемости населения в г. Барнауле в течение 2015-2019 гг. учтено с первые выявленными злокачественными новообразованиями кожи (ЗНО кожи) всего 15,61% – 3008 случаев (С43,С44), от общего числа пациентов с впервые зарегистрированными случаями злокачественных новообразований (ЗНО). Удельный вес (уд. вес) ЗНО кожи среди всех ЗНО в 2015 г. составил 17,18% (595 случаев), а уже в 2019 г. повысился до 18,67%. Уд. вес с первые выявленным БКР в г. Барнауле от всех случаев ЗНО в 2015 г. составил 6,18% (214 случаев), то в 2019 г. уже был 11,16% (409 случаев). Среди жителей сельского населения в период с 2015 по 2019 г. в Алтайском крае ЗНО кожи (С43,С44) составило в 2015 г. –15,8% (1914 случаев), а к 2019 г. уд. вес вырос до 16,48% (2032 случаев). Из общего числа всех ЗНО уд. вес БКР в 2015 г. был 6,06% (734 пациента), то к 2019 г. показатели увеличились до 9,46% (1167 пациентов). Удельный вес ЗНО кожи в структуре заболеваемости мужского и женского населения Алтайского края среди немеланомного рака кожи, у мужчин в 2015 году составил 43,12% (285 случаев), у женщин в 2015 г. – 49,0% (449 случаев), то количество выявленных пациентов к 2019 г. у женщин увеличилось до 63,65% (711 случаев), у мужчин уже 62,24% (456 случая). Соотношение мужчин и женщин за 5-летний период составило 1:075. В исследуемом интервале число выявляемости среди пациентов превалирует у женского пола. Эпидемиологическая ситуация по БКР кожи в крае характеризуется неуклонным ростом заболеваемости. С 2015-2019 гг. в Барнауле общий уд. вес ЗНО кожи составил 16,96% и прирост +0,67%, из них среднее значение уд. веса БКР – 8,61% и общий прирост + 3,4%. В Алтайском крае среднее значение ЗНО кожи – 15,75% и прирост +1,49%, а среднее значение уд. значения БКР – 7,85%, прирост +4,98%, разница в среднем значении уд. веса БКР между сельскими и городскими жителями составляет 0,75%, а прирост +1,58% в пользу города со-

ответственно, что связано с более высокими диагностическими возможностями города.

**Заключение.** Эпидемиология ЗНО является важным источником информации, обеспечивающим грамотное планирование и управление онкологической помощью, а также оценку эффективности противораковых мероприятий, что является необходимым условием, определяющим прогресс в области формирования групп онкологического риска и составления популяционного канцер-регистра. Также необходим более строгий статистический контроль на уровне краевых и региональных онкологических диспансеров в мониторинге растущего числа БКР и оказания своевременной помощи системам здравоохранения в планировании профилактических стратегий и обеспечении наиболее эффективного лечения.

## **РУБЦУЮЩИЙСЯ ПЕМФИГОИД СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

*Моррисон А.В., Хапилина А.Э.*

*Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского*

**Введение.** Рубцующийся пемфигоид (РП) – редкий вариант буллезного пемфигоида, поражающий все слизистые оболочки, характеризующийся хроническим течением аутоиммунной природы с образованием пузырей, при разрешении приводящих к рубцеванию. Кожный покров вовлекается в процесс лишь в четверти случаев. Заболевание относится к редким дерматозам, встречается чаще у женщин. Средний возраст больных 60 лет, с дебютом после 50 лет. Для всех видов РП характерны отсутствие акантолиза, субэпителиальное расположение пузырей, выраженное воспаление, отсутствие акантолитических клеток, отрицательный симптом Никольского. Симптом субэпителиальной перифокальной отслойки может быть положительным. РП протекает доброкачественно, общее состояние больных страдает мало. Прогноз для жизни благоприятный, однако, качество жизни может ухудшаться за счет формирования патологической соединительной ткани.

**Цель.** Ознакомить с клиническими особенностями РП слизистых оболочек для его своевременной идентификации, комплексной терапии и динамического наблюдения.

**Методы.** Больная А., 49 лет, обратилась на консультацию в ККБ СГМУ с жалобами на наличие

высыпаний на коже век и конъюнктиве, отек и покраснение, сухость, чувство инородного тела в глазах, светобоязнь, снижение остроты зрения. На слизистой оболочке ротовой полости – болезненные высыпания, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза: около года назад, без видимой причины, пациентка отметила появление двустороннего покраснения и отека век и конъюнктивы, светобоязни и слезотечения. Консультирована офтальмологом с диагнозом «острый неуточненный блефароконъюнктивит», получала лечение препаратами интерферона в виде капель, без эффекта, и назначением топических ГКС в комбинации с антибактериальными препаратами (капли софрадекс) — с временным улучшением. Патологический процесс принял рецидивирующий характер, при обострении которого пациентка самостоятельно использовала ранее назначенные препараты. Около трех месяцев назад впервые на слизистой оболочке внутренней поверхности левой щеки появились болезненные эрозии ярко-красного цвета. После безуспешной самостоятельной терапии пациентка консультирована стоматологом. По поводу герпетического афтозного стоматита получала системную противовирусную терапию и наружную обработку очагов раствором метиленового синего. При повторном осмотре, учитывая отсутствие положительной динамики, консультирована дерматологом. Назначен системный противовирусный препарат, местно — антисептический раствор. Проводимая терапия положительной динамики не дала: высыпания распространились на слизистую оболочку правой щеки и мягкого неба. С целью уточнения диагноза пациентка консультирована в ККБ СГМУ. Аллергологический анамнез: не отягощен. Из сопутствующей патологии: артериальная гипертензия II стадии, риска 3, хронический гастродуоденит, стадия ремиссии. На момент обращения патологический процесс носит островоспалительный характер и локализован на конъюнктиве (преимущественно правого глаза) и слизистой оболочке полости рта. Конъюнктивита гиперемирована, отмечается инъекция сосудов, глазная щель сужена за счет выраженного отека век. При осмотре нижнего свода конъюнктивального мешка отмечается его укорочение и частичный симблефарон, отсутствие роста ресниц в области рубцовых изменений. На фоне неизменной слизистой оболочки внутренней поверхности щек и мягкого неба имеются множественные эрозивные дефекты, неправильной формы, ярко-розового цвета, от 2 до 4мм в диаметре. Симптом Никольско-

го отрицательный, в мазках-отпечатках клетки Тцанка не выявлены. Учитывая хроническое прогрессирующее течение заболевания, отсутствие успеха от противовирусной терапии и нестойкий эффект от наружных комбинированных ГКС, клинические проявления дерматоза и данные лабораторного обследования, пациентке выставили диагноз: «РП». Местно назначены топические ГКС в виде капель. С учетом сопутствующей гипертензии в качестве системной терапии назначен дапсон в дозе 200мг/сут. Клинически на 7-й день терапии: отек век и гиперемия конъюнктивы менее выражены, сохраняется инъекция сосудов. Отмечается эпителизация эрозивных дефектов на слизистой оболочке ротовой полости, единичные нежные рубчики

Выводы. Данное клиническое наблюдение представляет интерес для практикующих дерматологов, окулистов, стоматологов, так как в силу редкой распространенности РП затруднена своевременная диагностика заболевания, позволяющая предупредить развитие серьезных последствий рубцевания, способных приводить к инвалидизации пациентов.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ IGE-НЕЗАВИСИМОГО ТИПА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*Немер Алаа А.М., Касихина Е.И., Терещенко Г.П.*

*РУДН, Кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии*

Атопический дерматит (АтД) — многофакторная болезнь, развитие которой происходит под влиянием различных факторов окружающей среды, а также генетически детерминированных дефектов кожного барьера и механизмов иммунного ответа организма. В настоящее время рассматривают две гипотезы развития АтД на фоне дисфункции кожного барьера: «снаружи внутрь» (outside-in) и «изнутри наружу» (inside-out). Согласно первой гипотезе, нарушение функции эпидермального барьера вызывает активацию иммунной системы. Согласно второй, АтД развивается преимущественно под влиянием Т2-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов, а нарушение функции эпидермиса носит реактивный характер. Первоначально эти механизмы считались конкурирующими, сейчас же находят все больше подтверждений их комплексной роли в развитии заболевания. Однако вклад каждого из них

в клиническую картину АтД до сих пор остается предметом дискуссий. В результате генетически детерминированной эпидермальной дисфункции и влияния факторов окружающей среды у пациентов с IgE-независимым типом АтД на фоне наследственной предрасположенности к атопии развивается IgE-опосредованная гиперсенситизация к различным антигенам. Этот механизм во многом определяется действием энтеротоксинов *Staphylococcus aureus*, колонизирующих кожу больных с АтД. Наличие выраженного зуда приводит к повреждению кожи и способствует проникновению бактерий и аллергенов в кожу, приводя к инфекционной и аллергической сенситизации, а также развитию гиперIgE-ответа к структурным белкам. Такая сенситизация к собственным белкам может быть обусловлена гомологией эпитопов аллергенов и белков человеческого организма в контексте молекулярной мимикрии. Однако следует отметить, что IgE-опосредованный механизм не является обязательным условием развития АтД. Об этом свидетельствует отсутствие повышенного содержания IgE у части детей с АтД. Для частоты встречаемости IgE-независимого варианта АтД и роли возможных факторов, влияющих на его развитие, нами запланировано эпидемиологическое исследование. Пациентам с установленным диагнозом «атопический дерматит» проводится комплексное аллергологическое обследование для выявления наличия или отсутствия IgE сенситизации. С целью выяснения влияния факторов риска, являющихся ведущими в развитии IgE-независимого варианта АтД была сформирована группа из 60 детей, проживавших в г. Москве. При формировании группы применялся выборочный метод наблюдения, отбор проводился с помощью типологической и случайной выборок. Типологическая выборка осуществлялась методом урновыравнивания групп идентично по возрасту, полу, роду занятий, месту проживания детей. Случайная выборка – путем отбора пациентов при обращении за медицинской помощью в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Определение факторов риска проводится методом социологического опроса (анкетирования). Анонимное анкетирование является одним из основных методов сбора информации при изучении кожных болезней, поскольку анонимность обеспечивает достоверность данных и зачастую является гарантией искренности ответов, а в некоторых исследованиях того, что опрашиваемый вообще ответит на вопрос. Выявление преобладающих патогенетических механизмов развития

АтД и оценка факторов риска во многом обуславливают успех в терапии и профилактике.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ RS558269137 В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ С КСЕРОЗОМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Новикова М.С., Кох Н.В., Воронина Е.Н., Сергеева И.Г.**

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск*

**Актуальность.** Диагностика мутации rs558269137 в гене филаггрина может быть важным этапом для выяснения ведущего этиологического компонента развития ассоциированных с сухостью кожи (ксерозом) заболеваний (атопический дерматит, вульгарный ихтиоз, псориаз и др.), следовательно, для выбора тактики терапии таких пациентов. Мутация rs558269137 [с.2282\_2285delCAGT] – это патогенная мутация в гене филаггрина, в результате которой может быть нарушена барьерная функция кожи, что может повышать риск возникновения ксероза и воспалительных заболеваний кожи.

**Цель исследования.** Установить частоту встречаемости минорного аллеля rs558269137 у пациентов с ассоциированными с ксерозом заболеваниями. **Материалы и методы.** На приеме врача-дерматовенеролога был собран буккальный эпителий у 191 пациента с сухой кожей в возрасте от 3 месяцев до 72 лет, женщин – 114, мужчин – 77. Среди них были пациенты с атопическим дерматитом 90 (47,1%), ксерозом 71 (37,2%), псориазом 15 (7,9%), вульгарным ихтиозом 15 (7,8%), в том числе сочетанием атопического дерматита и вульгарного ихтиоза 9 (4,7%). Все пациенты дали информированное добровольное согласие для принятия участия в исследовании. Исследование на наличие мутации rs558269137 проводили стандартным методом ПЦР TaqMan на амплификаторе Real-Time CFX96 Touch. Результаты проведенной ПЦР были интерпретированы с помощью программного обеспечения CFX Maestro для расширенного статистического анализа данных.

**Результаты.** В ходе исследования мутация rs558269137 обнаружена у 41 пациента. Частота встречаемости минорного аллеля rs558269137

составила 13%. У 150 пациентов (79%) не обнаружено анализируемой мутации. Вклад локуса rs558269137 гена филаггрина в риск ассоциированных с ксерозом заболеваний максимальный для сочетания ксероза, атопического дерматита и вульгарного ихтиоза ( $RR=22,3$ ;  $CI=4-126$ ;  $ch^2=27$ ;  $p<0,01$ ), несколько меньше для ксероза и атопического дерматита ( $RR=13,6$ ;  $CI=7,8-23,6$ ;  $ch^2=141,9$ ;  $p<0,01$ ), еще меньше для ксероза ( $RR=4,2$ ;  $CI=1,8-10$ ;  $ch^2=12,4$ ;  $p<0,01$ ). Для псориаза не было получено достоверной корреляции.

**Заключение.** У пациентов с ассоциированными с сухой кожей заболеваниями частота встречаемости минорного аллеля rs558269137 в гене филаггрина значимо превышает популяционную. Из представленных выше данных следует, что обнаруженная нами мутация имеет, вероятно, патогенное действие и предрасполагает к развитию ксероза, атопического дерматита и вульгарного ихтиоза. В связи с обнаруженной закономерностью рекомендуется проводить генетическое исследование на наличие мутации rs558269137 у пациентов с ксерозом и ассоциированными с ним заболеваниями – атопический дерматит, вульгарный ихтиоз.

## **ОЦЕНКА ВКЛАДА ЛОКУСА RS558269137 ГЕНА ФИЛАГГРИНА В РИСК НАЛИЧИЯ КСЕРОЗА**

**Новикова М.С., Кох Н.В., Воронина Е.Н., Сергеева И.Г.**

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск*

**Актуальность.** Диагностика мутации rs558269137 в гене филаггрина может быть важным этапом для выяснения ведущего этиологического компонента развития сухости кожи (ксероза), следовательно, для выбора тактики терапии пациентов с ксерозом. Мутация rs558269137 [с.2282\_2285delCAGT] – это патогенная мутация в гене филаггрина, которая может приводить к нарушению барьерной функции кожи, может повысить риск возникновения воспалительных заболеваний кожи.

**Цель исследования.** Оценить вклад локуса rs558269137 гена филаггрина в риск наличия ксероза.

**Материалы и методы.** На приеме врача-дерматове-

неролога был собран буккальный эпителий у 191 пациента с сухой кожей в возрасте от 3 месяцев до 72 лет, женщин – 114, мужчин – 77. Все пациенты дали информированное добровольное согласие для принятия участия в исследовании. Исследование на наличие мутации rs558269137 проводили стандартным методом ПЦР TaqMan на амплификаторе Real-Time CFX96 Touch. Результаты проведенной ПЦР были интерпретированы с помощью программного обеспечения CFX Maestro для расширенного статистического анализа данных.

Результаты. В ходе исследования мутация rs558269137 обнаружена у 41 пациента. Частота встречаемости минорного аллеля rs558269137 составила 13%. У 150 пациентов (79%) не обнаружено анализируемой мутации. Вклад локуса rs558269137 гена филагтрина в риск наличия ксероза равен  $RR=8,97$  ( $CI=5,55-14,51$ ;  $ch^2=114,23$ ;  $p<0,01$ ).

Заключение. По результатам открытых источников, частота встречаемости минорного аллеля rs558269137 в европейской популяции составляет 1,8% (GnomAD). У пациентов с сухой кожей частота встречаемости минорного аллеля rs558269137 значительно превышает популяционную ( $RR=8,97$ ;  $CI=5,55-14,51$ ;  $ch^2=114,23$ ;  $p<0,01$ ). Из представленных выше данных следует, что обнаруженная нами мутация имеет, вероятно, патогенное действие и предрасполагает к развитию ксероза. В связи с обнаруженной закономерностью, рекомендуется проводить генетическое исследование на наличие мутации rs558269137 у пациентов с ксерозом.

## **ПИГМЕНТНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Носова В.В., Артемьева С.И.**

*Российский университет дружбы народов, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Пигментный красный плоский лишай (КПЛ) – редко встречающаяся форма дерматоза, впервые описанная в 1918 г. J. Fabri. Распространенность – около 1% от типичных форм КПЛ. Пигментная форма чаще встречается у больных, длительно страдающих гепатопатиями. Gougerot называл данную форму «невидимым лишеном», так как характерной клинической особенностью является возникновение пигментации кожи с незаметными для глаза типичными папулезными высыпаниями. Дифференциальный диагноз проводят с

лихеноидной токсической меланодермией, саркомой Капоши. Мы наблюдали клинический случай пигментной формы КПЛ на базе ООСМП МНП-ЦДК. Пациент Ф., 58 лет, обратился с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся периодическим умеренным зудом. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С. Профессиональные вредности: с 1984 г. по 1989 г. работал на золотодобывающем предприятии. Из анамнеза: считает себя больным более 20 лет, когда впервые стал отмечать появление высыпаний в виде эритематозных очагов и единичных буллезных элементов, которые разрешались самостоятельно. Постепенно процесс принял хронический рецидивирующий характер. Ухудшение состояния отмечает после приема алкоголя. С 2015 г. отмечает появление множественных депигментированных пятен, часть из них – на местах ранее существовавших эрозий. В марте 2020 г. находился на лечении в суточном стационаре «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом: Другой красный плоский лишай. Лихеноидная токсическая реакция. Витилиго. Консультирован профессором А.Н. Львовым с диагнозом: Аргирия? Меланодермическая форма лимфомы кожи? Рекомендовано дообследование с целью исключения отравления солями тяжелых металлов, проведение диагностической биопсии кожи, курс плазмафереза. Заключение биопсии: фрагмент кожи со скоплениями меланофагов в верхних отделах дермы; эпидермис с ортогиперкератозом, очаговым гипергранулезом, акантозом, местами в виде «зубьев пилы», участками атрофии, вакуолизацией цитоплазмы отдельных клеток базального слоя. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, меланофаги. Гистологические изменения соответствуют КПЛ. Получил курс плазмафереза, без эффекта. В связи с ухудшением кожного процесса обратился в ООСМП. Очередное обострение связывает с чрезмерным употреблением алкоголя. При осмотре: кожный процесс носит хронический генерализованный характер, представлен в виде диссеминированных пигментных пятен, серо-коричневого цвета с ливидным оттенком, сливающихся между собой и занимающих практически всю площадь кожного покрова. Местами в пределах очагов отмечаются лихеноидные папулы с умеренно выраженной инфильтрацией. Отмечаются множественные, размером до 10 см в диаметре, депигментированные пятна, неправильных очертаний. Выраженный ксероз кожи. На слизистой оболочке ротовой полости отме-

чается сетка Уикхема. Результаты лабораторного скрининга в пределах референсных значений. С учетом отягощенного профессионального анамнеза, был проведен анализ крови на определение солей тяжелых металлов – все показатели в норме. УЗИ органов брюшной полости и почек: патологии не выявлено. С учетом планируемого назначения терапии консультирован офтальмологом: противопоказаний к приему препаратов аминохинолинового ряда нет. Проведена повторная диагностическая биопсия кожи: гистологические изменения соответствуют поствоспалительной гиперпигментации (с учетом результатов предыдущего гистологического исследования – на базе разрешившегося КПЛ/лихеноидной лекарственной токсической реакции). По результатам проведенного обследования, с учетом клинической картины пациенту диагностирована пигментная форма КПЛ, рекомендована терапия Гидрохлорохином по схеме, наружно ТГКС. На фоне проводимой терапии отмечается положительная динамика кожного процесса, интенсивность окрашки высыпаний менее выражена, инфильтрация в основании отдельных элементов регрессировала, новых высыпаний нет.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует редко встречающуюся пигментную форму КПЛ. При постановке диагноза необходимо произвести сопоставление анамнестических, клинических и гистологических данных. Важно выявить и исключить последующее воздействие триггерных факторов, что определит эффективность проводимой терапии и длительность ремиссии.

## **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2019-2020 ГОДЫ**

*Оспанова С.А., Ахметова Ю.Б., Ендибаева У.А., Джусунгалиева М.Х.*

*РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК*

По данным официальной регистрации, общее число больных хроническими рецидивирующими дерматозами (псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай – КПЛ, пузырчатка, витилиго, атопический дерматит) в Республике Казахстан в 2020 году составило 15476 (83,1 на 100 тыс. общего населения)

случаев против 17 535 (95,3 на 100 тыс. общего населения) случаев в 2019 году. В динамике отмечается снижение заболеваемости всеми вышеуказанными хроническими рецидивирующими генетически детерминированными заболеваниями кожи на 11,7% (разница между абсолютными цифрами), более значительное снижение заболеваемостью пузырчаткой – в 2,8 раз; КПЛ – в 1,5 раза; ихтиозом – в 1,3 раза; витилиго – в 1,1 раза. Лишь незначительное снижение наблюдалось при псориазе (с 38,3 на 100 тыс. населения в 2019 году до 30,1 – в 2020 году) и атопическом дерматите – с 42,7 в 2019 году до 42,1 – в 2020 году). В возрастном-половом аспекте в 2020 году, самая высокая заболеваемость псориазом наблюдалась в возрастной группе 15-17 лет – 45,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (у лиц мужского пола – 48,1, женского пола – 43,2); далее следует группа от 18 лет и >, интенсивный показатель которой составил 36,7 (у лиц мужского пола заболеваемость составила 42,9 на 100 тыс. населения; женского – 31,1) и в самой младшей возрастной группе от 0-14 лет – 12,6 (12,0 – у мальчиков и 13,3 – у девочек). При атопическом дерматите – самый высокий уровень заболеваемости в 2020 году зарегистрирован в младшей возрастной группе от 0-14 лет, составив 69,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, лидирующее положение занимают лица мужского пола – 73,2, женского – 66,4; на втором месте возрастная группа 15-17 лет, интенсивный показатель заболеваемости составил – 56,0 (у лиц мужского пола – 55,3, женского пола – 56,8); и в самой многочисленной группе от 18 лет и > – 29,3 (у лиц мужского пола – 28,9, женского – 29,7). При КПЛ, на первом месте возрастная группа от 15-17 лет, интенсивный показатель ее составил 2,6 на 100 тыс. соответствующего населения (у лиц мужского пола – 3,9, женского – 1,1); на втором месте – возрастная группа от 18 лет и >, интенсивный показатель заболеваемости – 2,5 (2,1 у лиц мужского пола и 2,9 – женского); и в самой младшей возрастной группе от 0-14 лет заболеваемость составила – 0,6 на 100 тыс. населения (0,8 – у мальчиков и 0,5 – у девочек). При витилиго заболеваемость выше у подростков возрастной группы от 15-17 лет – интенсивный показатель составил – 16,5 (в 2,6 раза заболеваемость выше у лиц мужского пола – 23,8 против 8,9 – у лиц женского пола); далее следует группа детей от 0-14 лет, показатель заболеваемости – 7,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (у мальчиков – 6,5, у девочек – 7,6); затем следует самая старшая возрастная группа от 18 лет и >, ин-

тенсивный показатель заболеваемости - 5,7 (у лиц мужского пола - 6,6, женского - 4,9). Заболеваемость ихтиозом выше в возрастной группе 15-17 лет, интенсивный показатель - 3,5 (у лиц мужского пола - 4,5, женского - 2,5), затем следует самая младшая возрастная группа 0-14 лет, показатель заболеваемости составил - 3,3 (у мальчиков - 3,9, девочек - 2,5) и самый низкий уровень заболеваемости в возрастной группе 18 лет и > интенсивный показатель составил - 0,9 (у лиц мужского пола - 1,2, женского - 0,7). Заболеваемость пузырьчаткой в 2020 году зарегистрирована только в самой старшей возрастной группе (18 лет и старше), ее интенсивный показатель составил - 0,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (0,8 - у мужчин и 1,1 - у женщин).

Представленные данные свидетельствуют о незначительном снижении заболеваемости хроническими рецидивирующими дерматозами в Республике Казахстан в 2020 году в сравнении с предыдущим годом.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ МЕЛАНОМЫ И НЕВУСА ШПИЦ**

*Павлова А.В., Шубина А.С., Сорокина К.Н.*

*Уральский государственный медицинский университет*

Введение. Меланома кожи - это злокачественное новообразование, происходящее из клеток меланоцитарной системы, характеризуется агрессивным клиническим течением, значительным метастатическим потенциалом, неблагоприятным прогнозом. Невус Шпиц (невус из веретенообразных и эпителиоидных клеток) - доброкачественное узловатое меланоцитарное новообразование с характерными клиническими, дерматоскопическими и гистопатологическими признаками, который имитируют меланому кожи.

В последнее время во многих странах мира, в том числе в РФ, заболеваемость меланомой кожи стремительно растет (за 2003-2018 гг. прирост заболеваемости - 70%). Невус Шпиц относится к редким приобретенным меланоцитарным невусам, в большинстве случаев встречается у детей, и только в 31% случаев - в возрасте старше 20 лет. По мнению исследователей, меланома кожи может развиваться как на фоне существующего невуса (до 30%), так и на неизменной коже (до 70%). Невус Шпиц клинически представляет собой оди-

ночную, умеренно плотную при пальпации, четко ограниченную, бессимптомную, куполообразную или плоскую папулу (узел) диаметром 0,2-2 см (в среднем 0,6 см) с гладкой или бородавчатой поверхностью. Окраска очага равномерная. Цвет новообразования зависит от степени васкуляризации и количества меланина в его структуре. Различают гипопигментную форму (розового, красного цвета, которая встречается наиболее часто, на лице) и пигментную форму (от светло-коричнево-желтоватого до сине-черного цвета, на конечностях). Невусы Шпиц быстро появляются и затем остаются стабильными.

Материалы и методы исследования. В статье приводится описание клинического случая меланомы кожи в сочетании с невусом Шпиц у пациентки в возрасте 38 лет. Клиническое наблюдение. Женщина, 38 лет поступила в военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ для прохождения военно-врачебной комиссии. На приеме у дерматовенеролога пациентка активных жалоб не предъявляла, при расспросе отметила появление и увеличение образований на коже в области правого плеча и голени. Anamnesis morbi: Пациентка впервые обратила внимание на образование на коже в области правого плеча 2-3 года назад, в течение этого времени отмечает его увеличение. Образование на коже боковой поверхности голени справа, со слов пациентки, появилось после отдыха в Крыму полгода назад. Субъективно пациентку ничего не беспокоило, за медицинской помощью не обращалась, у дерматолога никогда не наблюдалась. Status specialis: На коже задней поверхности плеча справа пигментное образование неправильной формы, асимметричное, полихромное, диаметром 8-9 мм; при дерматоскопии - атипичная пигментная сеть, зоны гиперпигментации, зоны регресса, очаги розового цвета, бело-голубая вуаль. На коже боковой поверхности правой голени - образование правильной куполообразной формы, коричневого цвета с более гиперпигментированным центром, плотной консистенции, гладкой поверхностью; при дерматоскопии - образование симметричной округлой формы, атипичные точки, атипичная пигментная сеть с голубоватым компонентом в центре. Предварительный клинический диагноз: С43. Меланома кожи правого плеча, предплечья. Пациентке рекомендовано консультация врача-онколога для подтверждения диагнозов, определения тактики и лечения. После эксцизионной биопсии, проведения гистологического исследования врачом-онкологом установлен клинический диагноз: С43.6

Меланома кожи правого плеча. D22.7 Невус Шпиц правой голени.

Выводы. Описанный нами клинический случай представляет большой интерес для практикующих врачей-дерматовенерологов. В связи с тем, что рост смертности от меланомы кожи указывает на позднее выявление новообразования, необходима оптимизация ранней диагностики меланомы. В приведенном выше случае меланома кожи у пациентки была выявлена случайно при профилактическом осмотре у врача-дерматолога. В этой связи следует отметить значимость прохождения ежегодного профилактического медицинского осмотра для каждого человека. Также важно отметить схожесть клинической и дермотоскопической картины меланомы и невуса Шпиц, необходимость проводить дифференциальную диагностику. Для врачей, осуществляющих дифференциально-диагностический поиск при первичной диагностике меланомы кожи и невуса Шпиц, следует руководствоваться следующими критериями: эволюция формы, размера, поверхности пигментного образования на основании анамнестических данных, симметричность формы и распределения пигмента, четкость границ при дермотоскопическом исследовании.

## **НАЛИЧИЕ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА**

***Петров В.А., Волнухин В.А.***

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ*

Витилиго считается полигенным многофакторным заболеванием. Согласно современным представлениям, разрушение меланоцитов в очагах депигментации обусловлено, главным образом, аутоиммунными механизмами. Нередко витилиго ассоциируется с другой аутоиммунной патологией. Вместе с тем отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунной патологии у больных витилиго изучена недостаточно.

Цель исследования. Оценить частоту выявления аутоиммунной патологии у родственников больных витилиго по данным семейного анамнеза.

Материалы и методы. Анамнестические данные проанализированы у 25 пациентов с витилиго в возрасте от 3 до 72 лет (11 больных мужского пола, 14 – женского пола). У 23 пациентов диагно-

стировано несегментарное витилиго, у 2 – сегментарное витилиго.

Результаты и обсуждение. При сборе анамнестических данных указания на отягощенную наследственность по аутоиммунной патологии выявлены у 17 (68%) пациентов, причем 8 (32%) больных отметили наличие у родственников двух и более аутоиммунных заболеваний.

Выводы. При анализе анамнестических данных более чем у половины больных витилиго выявлена отягощенная наследственность по аутоиммунной патологии. Для получения достоверных результатов необходимо проведение дальнейших исследований.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖКТ**

***Петрова К.С., Карпенко А.А., Петрова Г.А., Шукина Д.А.***

*Приволжский исследовательский медицинский университет*

Введение. Известно, что при патологии ЖКТ, в связи с нарушением усвоения определенных веществ (витаминов, микроэлементов, ферментов), нарушается трофика тканей. Кроме того, ряд патологических состояний ЖКТ являются конституционально обусловленными и сочетаются с патологией других органов и систем, в том числе кожи. Существует ряд патологических процессов желудочно-кишечного тракта, возникающих по невыясненным причинам и приводящим к нарушению нормального всасывания питательных веществ и их доставку к тканям организма.

Взаимосвязь отдельных дерматозов с заболеваниями ЖКТ изучаются, однако структура заболеваемости различными дерматозами, в тех случаях, когда патология ЖКТ является основным диагнозом, до сих пор четко не определена. В данном случае рассматриваются кожные заболевания, клинические проявления которых, возникают на фоне обострения основного патологического процесса, локализованного в ЖКТ.

Анализ структуры заболеваемости проводился в стационаре, где пациенты с патологией ЖКТ находились на стационарном лечении по поводу обострения основного заболевания или для получения курса биологической терапии. При этом у большинства пациентов отмечалось совпадение

возникновения первых проявлений или рецидива кожного процесса с обострением основного заболевания ЖКТ.

Цель – оценить структуру кожных заболеваний у пациентов детского возраста на фоне патологии ЖКТ.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе 1-го и 2-го педиатрического отделения с медицинской реабилитацией Института педиатрии ПИМУ. Обследовано 200 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет (средний возраст 14,53 года), 80 мальчиков, 75 девочек с дерматозами, возникшими на фоне патологии ЖКТ (Болезнь Крона, Неспецифический язвенный колит, гастроудоденит, илеоколит). Все больные были проконсультированы во время стационарного лечения, когда врач-дерматовенеролог вызывался лечащим врачом при возникновении высыпаний на коже пациента или жалоб, касающихся кожи. Обследование включало визуальный осмотр, консультацию пациента, изучение анамнеза. Консультативные заключения фиксировались в истории болезни.

Результаты. В результате анализа структуры кожных заболеваний был определен основной набор диагнозов, составляющих следующее процентное соотношение: Атопический дерматит – 22%. Нумулярный дерматит – 18,5%. Ксероз и приобретенный ихтиоз – 11,5%. Акне различной степени тяжести – 11%. Сеорейный дерматит – 8,5%. Бактериальная инфекция – 8,5%. Вирусные инфекции – 6%. Периоральный дерматит 5,5%. Дисхромии – 4,5%. Алопеции и псориаз по 2%. Отдельную группу пациентов с бактериальной инфекцией составляли пациенты с установленной патомимией, являющейся основной причиной бактериальной инфекции кожи и составляют 34% от всех пациентов с пиодермией. У большинства обследованных отмечалась тенденция к сухости кожных покровов, практически всем пациентам было назначена базовая терапия увлажняющими средствами.

Выводы. Таким образом, врач-дерматовенеролог, выявляющий на приеме одну из указанных нозологий в сочетании с общей выраженной сухостью кожных покровов, снижением массы тела, недостаточностью ПЖК и другими признаками пониженного питания, должен обратить пристальное внимание на возможность наличия у пациента патологии ЖКТ, которая может оказаться основной. Своевременное выявление изменений и терапия, направленная на коррекцию, может привести как к частичному, так и к полному регрессу кожного процесса, в то время как при отсутствии необходимого лечения ЖКТ состояние кожного покрова может оставаться неизменным.

## **3D-ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА КОЖИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

*Петрова К.С., Петрова Г.А.*

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

Многие дерматозы и системные заболевания сопровождаются выраженными изменениями циркуляторного русла кожи. Механизмы формирования этих изменений остаются неизученными, а их роль в патогенезе заболеваний недооцененной и недостаточно учитывается при назначении терапии. Причиной сложившейся ситуации является отсутствие безопасных, эффективных и доступных прижизненных методов объективной оценки циркуляторного русла кожи. Оптическая когерентная томография (ОКТ) – высокоразрешающий (10-20 мкм) метод визуализации структуры биотканей, использующий в качестве зондирующего излучения низкоинтенсивный свет ближнего инфракрасного диапазона, с визуализацией рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочкового и верхней части сетчатого слоев дермы, сосудов и придатков кожи. 3D-ОКТ обеспечивает получение трехмерного изображения фрагмента кожи площадью 5x5 мм глубину до 2 мм с возможностью изучения самой трехмерной модели, так и изображений произвольного числа срезов этого фрагмента во фронтальных, сагиттальных, горизонтальных и любых других плоскостях с детальным исследованием каждого из них, обеспечивая, таким образом, визуализацию любой точки в объеме исследуемого фрагмента.

Цель исследований: изучить возможность использования 3D-ОКТ для оценки морфологического и функционального состояния сосудистого русла кожи при различных патологических состояниях. Материалы и методы. Осуществляли ОКТ-исследование кожи 100 здоровых добровольцев различной анатомической принадлежности и здоровой кожи и кожи в очагах поражения больных с различными патологическими состояниями. В исследовании приняли участие 200 больных с кожными проявлениями хронической венозной недостаточности, хронической артериальной недостаточности, сосудистыми, эпителиальными и меланоцитарными новообразованиями, диффузными болезнями соединительной ткани,

поверхностными васкулитами, болезнью Рейно, ожогами кожи различной тяжести. Использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальная скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» (Россия).

Результаты. Установлено, что используемая модификация 3D-ОКТ способна визуализировать в здоровой коже подкожные артерии и вены, а также сосуды микроциркуляторного русла на уровне поверхностных венозных и артериального сплетения, диаметр которых сопоставим с разрешающей способностью метода. Выявлены специфические изменения морфологического состояния сосудистого русла кожи, включая микроциркуляторный уровень, характерные для каждого из перечисленных патологических процессов. Важно, что одновременно метод предоставляет возможность оценки морфологического состояния окружающих сосуды тканей (толщину рогового и клеточного слоев эпидермиса, наличие отека, воспаления в эпидермисе и дерме, склероза дермы, лимфостаза и др.), что позволяет судить и о функциональной состоятельности системы кровоснабжения кожи, и о патогенетической роли сосудистых нарушений при данных заболеваниях.

Выводы: 3D-ОКТ является эффективным инструментом прижизненной оценки морфологического состояния сосудов и окружающих сосудов тканей кожи и может использоваться как для диагностических целей, так и для анализа патогенетических механизмов заболеваний для выбора адекватной терапии и контроля ее эффективности.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИИ НА ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ**

*Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Емельянова О.Ю., Васильева А.В.*

*Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова, Москва*

Атопический дерматит (АтД) особенно в детском возрасте связан с сенсibilизацией к пищевым аллергенам. Важность выявления пищевой сенсibilизации у детей с АтД определяется взаимосвязью обострений заболевания с воздействием пищевых продуктов и, соответственно, возмож-

ностью предупреждения развития рецидивов путем проведения элиминационной диеты. Известно более 160 пищевых продуктов, которые идентифицированы как аллергенные, а на долю 8 из них приходится 90% всех аллергических реакций на пищу. В «большую восьмерку» включают коровье молоко, яйца, рыбу, ракообразных, арахис, сою, орехи деревьев, пшеницу.

Цель исследования. Изучение структуры сенсibilизации к пищевым аллергенам у детей в Москве и Московской области и определение в ней места сенсibilизации к белкам молока.

Задачи исследования. Выявить частоту встречаемости сенсibilизации к пищевым аллергенам у детей, страдающих IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen (Германия) регистрировали концентрацию и класс специфических IgE в сыворотках крови детей с IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями. 253 сыворотки детей в возрасте от 8 месяцев до 16 лет исследовали на диагностической панели, содержащей набор пищевых аллергенов: коровье молоко, яичный белок, яичный желток, треска, краб, сельдерей, морковь, ржаная и пшеничная мука, арахис, соевые бобы, лесной орех, картофель, томаты, грецкий орех, яблоко, миндаль, кунжутное семя, апельсин.

Результаты. Исследованы 253 сыворотки детей в возрасте от 8 месяцев до 16 лет с IgE-опосредованной сенсibilизацией к пищевым аллергенам. Выявлено, что ведущим пищевым аллергенным триггером является коровье молоко. Сенсibilизация к нему обнаружена у 48,2% пациентов. Среди аллергенов животного происхождения, исследованных нами, высокая частота сенсibilизации регистрируются на антигены яичного белка – 26,9% и на антигены трески – 13,4%. Преобладающими аллергенными триггерами растительных белков являются плоды семейства злаковых: ржаная и пшеничная мука, частота сенсibilизации к которым составляет – 27,7% и 19,0% соответственно. По своей значимости алергочувствительность к антигенам ржаной муки в Москве и Московской области занимает второе место, уступая лишь протеинам коровьего молока. Специфические IgE к сельдерее выявлены у 24,5% обследованных. Среди семейства березовых лидирует сенсibilизация к лесному ореху – 22,9%, а среди бобовых – к арахису (22,5%). Плоды пасленовых, ореховых, розовых, педалиевых и рутовых вызывают аллергические реакции реже.

Выводы. Определена структура пищевой сен-

сенсибилизации у детей с IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями. Обычно пищевой аллерген – это многокомпонентная система, включающая несколько белков, не каждый из которых способен формировать сенсибилизацию. Некоторые аллергены растений отдаленных видов имеют высокую степень структурной гомологии. Такие аллергены – паналлергены, нередко являются причиной перекрестной сенсибилизации различных видов. Основными паналлергенами являются профиллины, полкальцины (кальций-связывающие белки), PR-10 протеины, белки – неспецифические переносчики липидов, тропомиозины, парвальбумины и другие. Применение алергокомпонентной диагностики позволит выявить кросс-реактивные пищевые аллергены и сформировать корректную индивидуальную диету у больных атопическим дерматитом.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

*Платонова Д.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Одной из редких форм истинной (акантолитической) пузырчатки является пузырчатка эритематозная (ЭП), или синдром Сенира-Ашера, описанная в 1926 г. F. Senear и B. Usher. В основе развития заболевания лежат аутоимунные процессы, характеризующиеся образованием аутоантител класса иммуноглобулинов G к десмоглеину I, вызывающие разрушение десмосом, что приводит к акантолизу. Эритематозная пузырчатка имеет хроническое, относительно доброкачественное течение, но при отсутствии лечения или неадекватно подобранной терапии может принять генерализованный характер. Синдром Сенира-Ашера достаточно редко встречается, клинические признаки могут напоминать другие заболевания, такие как дискоидная красная волчанка, себорейная экзема, вульгарная пузырчатка, листовидная пузырчатка, себорейный дерматит, несмотря на то что это заболевание относится к пузырным дерматозам, появление пузырей часто остается незамеченным как для больного, так и для врача, что приводит к сложности диагностики и несвоевременности установки диагноза. Основным лечением ЭП являются глюкокортикостероидные препараты (ГКС), но при торпидности кожного

процесса на фоне основного лечения присоединяется резервная терапия: цитостатические препараты (азатиоприн, метотрексат, циклоспорин и др.).

Мы представляем клинический случай пациента с эритематозной пузырчаткой, находившегося в суточном стационаре МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко». Пациент 46 лет считает себя больным один год, когда отметил впервые высыпания на коже лица, спины. Манифест заболевания ни с чем не связывает. При обращении к дерматологу установлен диагноз «Себорейный дерматит», назначено амбулаторное лечение: р-р дипроспана – 1,0 в/м №2, р-р глюконата кальция 10%-10,0 в/м №10, ТГКС (акридерм) с незначительным положительным эффектом. Спустя месяц отметил распространение высыпаний на кожу волосистой части головы, груди, в связи с чем повторно обратился к дерматологу по месту жительства в филиал, выставлен диагноз: «Микроспория», назначено амбулаторное лечение – без эффекта, далее установлен диагноз «Псориаз?», получал лечение в условиях дневного стационара, на фоне лечения отмечается ухудшение кожного процесса, установлен диагноз: «Псориаз? Пиодермия?», направлен на стационарное лечение. При поступлении высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей представлены розовато-красными бляшками размером до 5 см с округлыми и неправильными очертаниями, поверхность которых покрыта жирными, рыхлыми желтовато-коричневыми чешуйками и местами корками, а также поверхностными единичными эрозиями с ярко-красным дном. Симптом Никольского положительный. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки: акантолитические клетки не обнаружены. Проведена диагностическая биопсия, гистологически: Фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки. Слабый акантоз эпидермиса, паракератоз, внутри паракератотического слоя присутствуют микровезикулы, содержащие коагулированную плазму и лейкоцитарный детрит. Вокруг сосудов поверхностного сплетения слабая гистиолимфоцитарная инфильтрация. В сетчатом слое дермы присутствуют фрагменты придатковых структур обычного гистологического строения. 423(2) Фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки. Слабый акантоз эпидермиса, слабый рыхлый кератоз. На уровне зернистого слоя наблюдается акантолиз с образованием пузырей, в полости которых присутствуют единичные акантолитические клетки. Вокруг сосудов поверхностного

сплетения слабая гистиолимфоцитарная инфильтрация. Коллагеновые волокна дермы без признаков структурных изменений.

Заключение: выявленные изменения могут наблюдаться при такой разновидности пузырчатки, как эритематозная. Назначено лечение системными глюкокортикостероидами, далее отмечается торпидность дерматоза, резистентность к однокомпонентной терапии, присоединен препарат группы резерва (азатиоприн), что позволило снизить достаточно высокие дозы преднизолона, добиться положительного эффекта во время госпитализации, а также стойкой ремиссии на амбулаторном этапе.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

*Потекаев Н.Н. (1, 2), Демина О.М. (1), Гурская Н.Г.(1), Доля О.В.(2), Поршина О.В.(2), Евтушенко Н.А.(2)*

1) *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, 2) Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) (epidermolysis bullosa) включает группу из 4 редких генетических заболеваний и их подтипов, клинически проявляющихся пузырями на коже и слизистых оболочках вследствие незначительных травм или спонтанно. ВБЭ обычно манифестирует при рождении или в период младенчества. Изредка ВБЭ не диагностируют до пубертатного или старшего подросткового возраста. Фенотипически ВБЭ проявляется от легких до угрожающих жизни форм. Диагностика ВБЭ основана на данных клинических особенностей, гистоморфологического исследования, электронной микроскопии, иммуногистохимического и генетического исследований.

Показано, что при ВБЭ хрупкость кожи и слизистых оболочек возникает из-за снижения эластичности структур, которые придают механическую стабильность эпидермису (кератиновый цитоскелет, десмосомы) и зоне базальной мембраны (полудесмосомы, фокальная адгезия, якорные филаменты и фибриллы). Эти молекулярные структуры связывают кератиноциты друг с другом, базальные кератиноциты с базальной мем-

браной и базальную мембрану с соединительной тканью.

В настоящее время при ВБЭ идентифицированы мутации в более чем 20 различных генах, определяющие различные генетические варианты, объясняющие генетическую и аллельную гетерогенность ВБЭ. Эти гены: KRT5, KRT14, PLEC, KLHL24, DST, EXPH5, CD151, TGM5, PKP1, DSP, JUP, LAMA3, LAMB3, LAMC2, Ламинин – 332, COL17A1, LAMA3A, ITGA6, ITGB4, ITGA3, COL7A1, PLOD3, FERMT кодируют белки, которые в основном играют структурную роль. Важное значение для окончательного диагноза и прогноза имеет определение вариантов патогенной последовательности в генах. Кроме того, это является основой для генетической пренатальной или предимплантационной диагностики при последующих беременностях. Перспективным направлением терапии ВБЭ является таргетная терапия, поэтому обнаружение причинно-следственного варианта патогенной последовательности является актуальным для персонализированной медицины.

Имеются убедительные доказательства того, что молекулярно-генетическая диагностика с помощью NGS-метода и секвенирования по Сэнгеру обеспечивает идентификацию патогенных вариантов в большинстве случаев ВБЭ. Независимо от метода обнаружения патогенного варианта интерпретация генетических данных должна коррелировать с клиническими данными и результатами биопсии кожи. Генетическое тестирование может выявить один или несколько вариантов, ранее отмеченных как «патогенные» в таких базах данных, как База данных мутаций генов человека (<http://www.hgmd.cf.ac.uk>), ClinVar ([http://www.ncbi.nlm.nih.gov / Clinvar](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Clinvar)) и/или базы данных по конкретным заболеваниям или локусам (например, <http://www.deb-central.org>, <http://www.interfil.org>, <https://www.lovd.nl>). Если при секвенировании по Сэнгеру или таргетной NGS патогенный вариант не обнаружен, диагноз следует пересмотреть. Если секвенирование по Сэнгеру или таргетная NGS не обнаруживают вызывающий заболевание вариант в гене-кандидате, рекомендуется использовать дополнительные методы. Это мультиплексная амплификация, ПЦР с обратной транскриптазой, количественная ПЦР в реальном времени, РНК-Seq, наборы однонуклеотидных полиморфизмов или вестерн-блоттинг, для выявления более крупных перестроек, изменений сплайсинга, хромосомных перестроек или изменений экспрессии генов.

Таким образом, своевременная диагностика и подтверждение диагноза ВБЭ обеспечивают ранний прогноз тяжести заболевания, определяют тактику ведения пациента с генетическим консультированием членов его семьи и последующей оптимизацией реабилитационных мероприятий и сохранением качества жизни.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 19-29-04044.

## **ПАЦИЕНТ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ – ТАКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕРМАТОЛОГА И АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА**

*Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Ястребова Е.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института РУДН, Москва*

Атопический дерматит (АтД) – одно из наиболее распространенных заболеваний, особенно у детей. Понятие «атопический дерматит» подразумевает хроническое рецидивирующее воспаление кожи, развитие которого связано с комплексным процессом взаимодействия генетических факторов, факторов окружающей среды, дефектов барьерной функции кожи и иммунного ответа. Пациентов с АтД лечат врачи разных специальностей, в основном дерматологи и аллергологи-иммунологи, а также врачи-педиатры, терапевты и другие специалисты. При этом существует заметная разница в подходах к диагностике, терапии, рекомендациях по уходу и диете среди разных специалистов, что в итоге, отражается на эффективности лечения пациентов, значительно влияет на приверженность к терапии, подводит многих пациентов или их родителей к поиску решений проблемы своего заболевания через СМИ, социальные сети, интернет-сайты. Патогенетически выделяют 2 типа АтД: IgE-опосредованный (extrinsic) АтД и внутренний (intrinsic) или неIgE-опосредованный тип АтД, не связанный с продукцией антител. IgE-опосредованный АтД определяется гиперчувствительностью организма к различным аллергенам. В патогенезе заболевания доказано играет роль сенсibilизация к клещам домашней пыли, энтеротоксинам золотистого стафилококка, плесневым грибам, аллергенам домашних животных. У детей младшего возраста

на первый план выступает пищевая аллергия. Аллергодиагностика при АтД имеет комплексный характер, и важно понимать, что «очевидные лабораторные признаки аллергии», такие как эозинофилия и повышение содержания общего IgE в сыворотке крови, не всегда являются достоверными критериями, они могут иметь нормальные значения у пациентов с аллергией или повышаться при других патологических состояниях. Для выявления причинно-значимых аллергенов врачи-аллергологи проводят комплексное аллергологическое обследование, которое включает в себя определение специфических IgE в сыворотке, постановку кожных проб, в некоторых случаях – компонентную молекулярную диагностику. Многочисленные исследования подтверждают прямую корреляцию между тяжестью АтД и уровнем сенсibilизации к различным аллергенам. Такие клинические признаки АтД, как раннее начало, тяжелое течение, частые бактериальные и грибковые осложнения, с большей вероятностью относятся к АтД, ассоциированному с пищевой аллергией. Кроме того, риск развития респираторных аллергозаболеваний у таких пациентов значительно возрастает. Выявление причинных аллергенов, оправданные элиминационные диеты и гипоаллергенный быт позволяют курирующим специалистам не только эффективно контролировать симптомы АтД, но и профилактировать развитие «атопического марша», когда у пациентов с АтД с возрастом наблюдается последовательное развитие респираторных атопических состояний, таких как аллергический ринит и бронхиальная астма. АтД прежде всего характеризуется поражением кожи, и роль врачей-дерматологов в ведении пациентов несомненна. Назначение и коррекция наружной и системной терапии, лечение инфекционных осложнений, принципы ухода за кожей и многие другие аспекты лечения и профилактики являются прерогативой врачей дерматологического профиля. Кроме того, так называемый IgE-независимый АтД, когда у пациентов, при тщательном аллергологическом обследовании, не выявляется IgE-сенсibilизация к каким-нибудь аллергенам, правомерно остается под контролем врачей дерматологов. Особенности патогенеза АтД, возникновение и распространенность в раннем детском возрасте, высокий уровень значимости сенсibilизации и вероятность «атопического марша» диктуют необходимость в комплексном подходе дерматологов, аллергологов-иммунологов и врачей других специальностей к диагностике и лечению данного заболевания. Это нашло от-

ражение в новых регламентирующих документах: в 2020 году утверждены клинические рекомендации по atopическому дерматиту, которые разрабатывались совместно ведущими специалистами в области дерматовенерологии, аллергологии-иммунологии и педиатрии. Представляется актуальным внедрение центров и отделений, в которых врачи-дерматологи и аллергологи-иммунологи, а также другие специалисты совместно в «едином ключе» смогут вести пациентов с аллергозависимыми и иммунно-обусловленными заболеваниями кожи.

## **ОБ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ**

*Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Миченко А.В., Кочетков М.А., Рассохина О.И., Томили А.А.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» (МНПЦДК)*

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи (ЗНК), наиболее опасной из которых является меланома, занимают ведущее место в онкозаболеваемости, с суммарной долей в 14% в ее структуре. Основным мероприятием по снижению смертности от злокачественных новообразований является их активное раннее выявление, в котором ведущая роль отводится диспансеризации (ДС). Именно ДС позволила увеличить за 10 лет выявление меланомы на I-II стадиях с 68,6% до 80,8%. Тем не менее только пятая часть меланом, несмотря на то, что они являются опухолями визуальной локализации, выявляется на поздних стадиях, что свидетельствует о необходимости внедрения новых скрининговых мероприятий. В целях совершенствования раннего выявления ЗНК Правительством РФ было дано поручение Минздраву России о внесении изменений в перечень мероприятий скрининга, предусматривающих обязательный осмотр дерматовенерологом пациентов с подозрением на ЗНК. В связи с этим специалистами МНПЦДК под руководством главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России был разработан проект приказа о внесении изменений в порядок проведения ДС. С 01.01.2021 приказ Минздрава России № 1278н «О внесении изменений в порядок проведения профилак-

тического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н» вступил в силу. В соответствии с приказом во второй этап ДС включается консультация дерматовенеролога по направлению терапевта в случае выявления пациента с подозрением на ЗНК. Учитывая, что наиболее доступным чувствительным и специфичным методом неинвазивной диагностики ЗНК в настоящее время является дерматоскопия, позволяющая дифференцировать их признаки от другой патологии кожи, данное исследование было включено в качестве обязательного в программу ДС. Однако для осуществления квалифицированной дерматоскопической диагностики необходимо соответствующее обучение врачей-дерматовенерологов, которые будут осуществлять амбулаторный прием пациентов. Минздрав России рекомендовал органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья провести соответствующее обучение врачей медицинских организаций, участвующих в оказании населению первичной медико-санитарной помощи по дерматовенерологии. Для такого обучения врачей на базе МНПЦДК организован цикл вебинаров «Раннее выявление злокачественных новообразований кожи», с тестовыми заданиями и тестированием. Обучающий цикл включает 6 вебинаров: «Физические принципы дерматоскопии. Правила работы с дерматоскопами»; «Клинические и дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований»; «Клинические и дерматоскопические признаки меланомы»; «Клинические и дерматоскопические признаки доброкачественных эпителиальных новообразований»; «Клиническая и дерматоскопическая диагностика злокачественных эпителиальных новообразований и преинвазивных»; «Клинические и дерматоскопические характеристики сосудистых новообразований и распространенных дерматозов». Обучение организовано на бюджетной основе, в заочной форме с применением дистанционных образовательных технологий. По завершении обучения будет выдаваться сертификат. Для организации обучающих мероприятий со всех регионов предварительно собраны списки врачей, нуждающихся в обучении. На первом этапе, который стартует с 15 февраля 2021 г., обучение должны пройти 389 человек. Всего в рамках программы вебинаров до конца 2021 года на базе МНПЦДК планируется провести обучение не менее чем 1 тыс. дерматовенерологов. Однако общая

потребность в обучении врачей-дерматовенерологов, по сведениям представленным регионами, составляет не менее 2,5 тыс. человек. Остающуюся потребность в обучении позволит реализовать подключение с 2022 года к обучающим мероприятиям кафедры кожных болезней и косметологии факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Обучение по программе «Дерматоскопия» будет организовано в дистанционной форме, в рамках непрерывного медицинского образования.

**Выводы.** Организация обучающих циклов вебинаров по раннему выявлению ЗНК позволит повысить квалификацию врачей-дерматовенерологов, осуществляющих амбулаторный прием, довести до их сведения актуальную научную информацию и оптимизировать их работу в рамках программы ДС.

## **ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКОВ ПО ОЦЕНКЕ КОЖНОГО ЗУДА**

*Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.*

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, компетентный центр по изучению хронического зуда университетской клиники г. Мюнстер, Германия*

Хронический зуд (зуд в течение 6 недель и более) – частый симптом в дерматологии, встречающийся у трети дерматологических пациентов (Korusiok M.E.R., Ständer H.F., Osada N. et al., 2016), помимо этого, он может наблюдаться при различных дерматозах, сопровождать заболевания внутренних органов, неврологические и психиатрические заболевания (Ständer S., 2016). Хронический зуд представляет значительное страдание для пациента и негативно влияет на качество жизни (Leader B., Carr C.W., Chen S.C., 2015), при этом важно отметить, что он является субъективным симптомом, а его интенсивность необходимо оценивать с помощью валидизированных инструментов. Ранее шкалы интенсивности зуда валидизировались в небольших когортных исследованиях и на определенных языках.

Целью данного исследования явилась валидизация числовой рейтинговой шкалы, вербальной рейтинговой шкалы и визуально-аналоговой шкалы для оценки максимальной интенсивности кожного зуда и среднего показателя интенсивно-

сти зуда на нескольких языках по всей Европе и при различных зудящих дерматозах.

**Методы исследования.** После консенсусного совещания 28 экспертов по зуду из 15 стран Европы (21 дерматолог, 5 специалистов в области IT-технологий, 2 психолога) определили наиболее часто используемые инструменты для оценки зуда. С использованием Дельфи-метода для валидизации были выбраны следующие инструменты: визуально-аналоговая шкала, числовая рейтинговая шкала и вербально-рейтинговая шкала. Оценочный период для этих шкал составил 24 часа. Учитывали наиболее высокую интенсивность зуда и среднее значение интенсивности зуда по трем шкалам. Результаты использования визуально-аналоговой шкалы были категоризированы в соответствии с критериями международного форума по изучению зуда: 0 – отсутствие зуда, от 1 до 3 легкий зуд, от 3 до 7 средний зуд, от 7 до 9 тяжелый зуд, 9-10 очень тяжелый зуд (Reich A., Chatzigeorgidis E., Zeidler C. et al., 2017). После профессионального перевода шкалы интенсивности были оцифрованы для использования в приложении на планшете. Валидизация проводилась в дерматологических клиниках Австрии, Франции, Германии, Италии, Польши, России, Испании, Швейцарии и Турции. Исследование было одобрено местным этическим комитетом.

**Результаты.** В исследование включены 547 пациентов с контактным дерматитом, узловатым пруриго, вульгарным псориазом, кожной формой Т-клеточной лимфомы. Шкалы для оценки интенсивности зуда показали высокий уровень воспроизводимости и согласованности между собой. Корреляция с Дерматологическим индексом качества жизни была слабой или сильной во всех странах и при различных дерматозах, за исключением Франции, где у пациентов с узловатым пруриго не было обнаружено статистически значимых корреляций. Среднее значение по визуально-аналоговой шкале, цифровой рейтинговой шкале составило 5-6, самые высокие показатели были отмечены в Турции, самые низкие – в России и Германии. Зуд наибольшей интенсивности отмечен при пруриго.

**Выводы** Цифровая рейтинговая шкала, вербальная рейтинговая шкала и визуально-аналоговая шкала являются валидными инструментами для оценки интенсивности зуда с хорошей воспроизводимостью и согласованностью между собой на немецком (Германия, Австрия, Швейцария), французском, итальянском, польском, русском, испанском и турецком языках при различных

зудящих дерматозах. Наибольшее значение визуально-аналоговой шкалы для оценки зуда при самом тяжелом состоянии оказался самым воспроизводимым и постоянным инструментом во всех странах.

## **ЗАРУБЕЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРУРИГО**

**Потекев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.**

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Компетентный центр по изучению хронического зуда университетской клиники г. Мюнстер*

Пруриго характеризуется хроническим зудом, длительными эксфолиациями и развитием локализованных или генерализованных гиперкератотических пруригинозных высыпаний. На данном этапе представлены первые международные рекомендации (IFSI Prurigo Guideline), которые базируются на доступной доказательной базе и мнении экспертов.

**Методы.** Создание этих рекомендаций состояло из нескольких частей, включая подготовительные опросники для оценки информации относительно диагноза и терапии пруриго, опрос перед дельфийским консенсусом и консенсусную встречу, на которой проводилось голосование за рекомендации по диагностике и терапии.

**Результаты.** Благодаря созданным международным клиническим рекомендациям определены унифицированные международные термины, предложена диагностика, оценка степени тяжести, применение валидизированных опросников и шкал, детально проработана терапия. 3 основных критерия необходимы для выставления диагноза хронического пруриго: 1) наличие множественных пруригинозных высыпаний (локализованных или генерализованных), 2) наличие хронического зуда (т.е. зуда в течение 6 недель и более) и 3) данные в анамнезе или признаки длительных эксфолиаций. Ассоциированные критерии часто присутствуют, но не обязательны для постановки диагноза хронического пруриго. К ним относят следующие признаки: пруригинозные высыпания распределены на областях кожи доступных для нанесения эксфолиаций, обычно симметрично, могут присутствовать эксфолиации и связанные с ними рубцы, на лице и ладонях высыпания

присутствуют редко, пруригинозные высыпания имеют персистирующий характер. Зуд способствует развитию кожных высыпаний, зуд может сопровождаться жжением, уколами, болью и другими ощущениями. К признакам хронификации относят длительный зуд высокой интенсивности, аллокезис, гиперкезис, распределение пруригинозных кожных высыпаний. При этом отмечается снижение качества жизни, нарушение сна из-за болезни, отсутствие на работе по болезни, обсессивно-компульсивное поведение. Часто у пациентов с пруриго наблюдается депрессия, тревога, гнев, отвращение, стыд, беспомощность. Нейрональная сенситизация к зуду обусловлена хроническим зудом и развитием хронического цикла зуда и расчесов, происхождение хронического зуда может быть дерматологическое, системное, неврологическое, психиатрическое/психосоматическое, мультифакторное или идиопатическое. В зависимости от клинического фенотипа были выделены 5 подтипов хронического пруриго. Различают папулезный, узловатый, бляшечный, умбиликальный тип или линейный тип. Среди этих типов узловатый тип – наиболее частый тип. Анамнез заболевания, клиническая, лабораторная и радиологическая диагностика помогают подтвердить диагноз и определить степень тяжести хронического пруриго, заболеваний, лежащих в основе, и составить индивидуальный план лечения. Лабораторные анализы включают клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой и определением скорости оседания эритроцитов, ферритин, ЛДГ, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, щелочную фосфатазу, ГГТ, билирубин, HbsAg, anti-HCV, ТТГ, гликозилированный гемоглобин, в случае подозрения других заболеваний: общий IgE, антитела к ВИЧ, непрямая и прямая иммунофлуоресценция ELISA BP-180/-230.

Терапевтически рекомендовано принятие мультимодального подхода, включая общие стратегии по контролю зуда, лечению лежащих в основе зуда болезней и пруригинозных высыпаний. Топические (кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина и капсаицин) и системные противозудные препараты (например, габапентин, иммунодепрессанты, модуляторы опиоидов), а также физические методы лечения (фототерапия, криотерапия) должны использоваться в пошаговом подходе. Психосоматические или психологические методики могут быть рекомендованы у пациентов с пруриго с признаками психиатрических/психологических коморбидностей.

**Выводы.** В настоящее время лечение пруриго

является комплексным и по возможности включает лечение сопутствующих заболеваний. Топические глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, а также фототерапия оказывают противозудный эффект, однако при генерализации процесса используется системная терапия, в том числе иммунодепрессанты (циклоспорин А, метотрексат), антидепрессанты, реже габапентин, перспективным направлением представляется применение моноклональных антител (к интерлейкину 4, 13; 31).

## **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В Г. МОСКВЕ**

*Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Жукова О.В., Фриго Н.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Актуальность. В послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию от 01 марта 2018 года было предложено реализовать общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлекать к решению этой задачи науку и отечественную фарминдустрию. Основные акценты были сделаны на профилактике онкологических заболеваний, ранней диагностике, лечении и повышении информированности населения о факторах риска заболевания, мотивировании населения к ведению здорового образа жизни и необходимости профилактических обследований.

Цель: разработать организационную модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в г. Москве.

Результаты и обсуждение. В целях реализации мероприятий, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований кожи (ЗНК), совершенствования оказания специализированной медицинской помощи, соблюдения принципов доступности, непрерывности, преемственности при оказании дерматовенерологической помощи пациентам с новообразованиями кожи в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» (далее – МНПЦДК) в 2018 году была создана организационная модель оказания медицинской

помощи пациентам с новообразованиями кожи в городе Москве, реализованная путем внедрения уникального управленческого механизма.

Управленческий механизм представлен приказами МНПЦДК, регламентирующими деятельность врачей-дерматовенерологов по оказанию медицинской помощи пациентам с подозрением на наличие новообразования/новообразований кожи и направлен на реализацию и развитие направления «Дерматоонкология» в г. Москве.

Организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в г. Москве включает: Регистр пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус»; Регламент оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи; Кабинеты профилактики ЗНК, Схему маршрутизации пациентов с новообразованиями кожи; «Центр неинвазивной диагностики кожи»; формы ведения, учета и оказываемых манипуляций пациентам с новообразованиями кожи.

Осуществлять прием пациентов, обратившихся в регистратуру соответствующего филиала, а также вести Регистр пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус» будут врачи-дерматовенерологи Центра. В каждом «Кабинете» предусмотрено проведение клинико-диагностических мероприятий. При необходимости, с помощью телемедицинских технологий материалы исследований будут направляться в «Центр неинвазивной диагностики кожи» МНПЦДК, который в настоящее время обладает полным набором современного диагностического оборудования и всеми возможностями для персонифицированного подхода к обследованию пациента: фотокартирование кожных покровов, видеодерматоскопия, высокочастотное УЗИ, составление карты и «паспорта кожи».

Заключение. Созданные и оборудованные в каждом филиале МНПЦДК «Кабинеты профилактики ЗНК» имеют большое значение для улучшения прогноза при ЗНК, в частности, меланомы кожи. Внедренная в практику московского здравоохранения организационная модель существенно повысит качество оказания медицинской помощи больным с новообразованиями кожи, позволит выявлять злокачественные новообразования на ранних стадиях и сократить время ожидания консультации и обследования пациента с 7-30 минут до 1 дня, а в некоторых случаях – до 1 часа.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ, ВКЛЮЧАЯ МЕЛАНОМУ, В ГБУЗ «МНПЦДК» ДЗМ ЗА ПЕРИОД 2019-2020 ГГ.**

**Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Томилин А.А., Мельниченко О.О., Анохина Л.С.**

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Актуальность. Меланома представляет собой злокачественную опухоль, развивающуюся из меланоцитов – клеток, содержащих пигмент меланин. Меланома является одной из самых агрессивных злокачественных опухолей человека, обладает способностью к быстрому росту и высоким потенциалом метастазирования. Злокачественные новообразования (ЗНО) кожи, включая меланому, занимают первое место в структуре онкологических заболеваний и составляют около 14%.

В 2018 году в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» (Центр) разработана и внедрена первая в РФ программа ранней диагностики и профилактики ЗНО кожи. Программа реализуется в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018-2024 гг.». В г. Москве впервые создана комплексная система скрининга и верификации ЗНО кожи с помощью комплекса инновационных технологий с применением аппаратной фото- и видеодерматоскопии, высокочастотного ультразвукового исследования кожи, метода люминисцентного сканирования и аппаратно-программного комплекса цифровой фотометрии «Мосдерма».

Организационная модель включает «Центр неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК), «Кабинеты профилактики ЗНО кожи» (Кабинеты), формирование и ведение «Регистра пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус», маршрутизацию пациентов с подозрением на ЗНО кожи. Сеть Кабинетов охватывает 16 филиалов Центра, расположенных во всех административных округах столицы. В целях сокращения сроков ожидания медицинской помощи по профилю «онкология» заключены договоры о сотрудничестве с ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ» и ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, включающие направление пациентов с подозрением на ЗНО кожи непосредственно на консультацию врача-онколога, в т.ч. с пометкой «cito!».

Материалы и методы. Проанализированы данные

отчетных форм Центра «Отчет кабинета профилактики ЗНО кожи», «Отчет о работе ЦНДК» за период 2019-2020 гг., а также сведения о пациентах, направленных в ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ» и ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

Результаты. Число обращений в Кабинеты за период 2019-2020 гг. составило 198 961. В 2020 году врачами-дерматовенерологами «Кабинетов» установлены диагнозы: меланоцитарный невус в 23 309 случаях (2019 – 22 189), актинический кератоз – в 1187 случаях (2019 – 1182), кожный рог – 395 (2019 – 610), кератоакантома – 160 (2019 – 81), себорейный кератоз – 28 991 (2019 – 27 920), акрохордон – 22 389 (2019 – 22 330), дерматофиброма – 10 253 (2019 – 9211), гемангиома – 4516 (2019 – 3453) и ряд других нозологий.

Число пациентов, направленных в ЦНДК в связи с подозрением на ЗНО кожи, в 2020 году составило 5327 (2019 – 5875). Все пациенты были обследованы с использованием неинвазивных методов диагностики (дерматоскопия и видеодерматоскопия, фотокартирование кожных покровов с составлением карты и «паспорта кожи», высокочастотное УЗИ).

За период 2020 года специалистами ЦНДК были выявлены 3201 случай подозрения на ЗНО кожи (2019 – 2563), в т.ч. у 2071 пациента – подозрение на базальноклеточный рак (2019 – 2044), у 621 – на меланому (2019 – 408), у 433 – на плоскоклеточный рак (2019 – 107). В соответствии с приказом ДЗМ от 15.01.2020 № 16 пациенты с подозрением на ЗНО кожи были направлены к врачу-терапевту для проведения консультации врачом-онкологом. В 2020 году 1552 пациента были направлены к врачу-онкологу ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ». За период реализации договора с ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ в ноябре-декабре 2020 года к врачу-онкологу направлены 89 пациентов с подозрением на ЗНО кожи.

Закключение. Раннее выявление злокачественных новообразований является приоритетной задачей современного здравоохранения. Реализуемая в Центре программа по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи, включая меланому, является масштабным медико-социальным проектом, выполняющим важнейшую миссию по борьбе с онкологическими заболеваниями кожи на территории г. Москвы.

За период реализации проекта отмечается тенденция к увеличению выявления врачами Центра случаев подозрения на ЗНО кожи, что свидетельствует об увеличении обращаемости профильных пациентов в Кабинеты профилактики ЗНО кожи

за счет широкого освещения проекта в СМИ.

Организационная модель, разработанная и внедренная в Центре, имеет высокую социальную значимость для столичного здравоохранения и отмечена премией г. Москвы в области медицины в 2020 году.

## **СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА**

*Потекаев Н.Н., Хлыстова Е.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии*

Основными трудностями в терапии розацеа являются осуществление персонализированного подхода и ограниченные возможности применения комбинированных схем лечения с учетом многообразия клинических проявлений розацеа, по настоящее время отсутствуют алгоритмы лечения, учитывающие индивидуальные особенности течения данного хронического дерматоза.

Цель: оценить и сравнить эффективность комбинированных схем терапии у пациентов с различными формами розацеа средне-тяжелого и тяжелого течения.

Материалы и методы: на первом этапе исследования 22 пациента с папуло-пустулезным подтипом розацеа средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести были разделены на 3 подгруппы: подгруппа А (8 пациентов) – пациенты применяли только наружную терапию: 1% крем ивермектин на кожу лица тонким слоем 1 раз в день утром. Подгруппа В (7 пациентов) - пациенты применяли комбинированную терапию: 1% крем ивермектин на кожу лица тонким слоем 1 раз в день + доксициклин 100 мг в сутки. Подгруппа С (7 пациентов) - пациенты получали комбинированную терапию: 1% ивермектин на кожу лица тонким слоем 1 раз в день + изотретиноин 0,2-0,4 мг на кг массы тела. Во второй части исследования 13 пациентов с папуло-пустулезным типом розацеа средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести получали лечение: миноциклин 100/50 мг в сутки в течение 6-8 недель + наружная терапия 1% кремом ивермектин 1р/д на высыпания вечером и гель бримонидина тартрата утром однократно (у 8 пациентов с выраженной эритемой) на протяжении 3 месяцев. На втором этапе у 13 пациентов через 4 недели, на фоне комбинированного лечения применялся метод коррекции сосудистых изменений с помо-

щью технологии широкополосного импульсного света (IPL-терапия розацеа) – 4 процедуры каждые 2-3 недели. Оценка эффективности комбинированной терапии у пациентов проводилась с помощью Шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР), также по критериям IGA (Investigator Global Assessment) и ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни) до и через 3 месяца лечения. В результате сравнительного анализа динамики показателей степени тяжести кожного процесса и качества жизни у пациентов со средне-тяжелыми и тяжелыми формами папуло-пустулезной розацеа после проведенной наружной и комбинированной терапии, у пациентов, получающих комбинированную терапию, результаты проведенного лечения оказались более значимыми, чем в группах, получающих монотерапию. Необходимо отметить, что системная терапия низкими дозами изотретиноина в сочетании с наружной терапией иверметкином у пациентов с папуло-пустулезным типом розацеа показала лучшие результаты в виде значимого снижения степени активности кожного процесса, однако равные значения динамики качества жизни пациентов в сравнении с терапией субклиническими дозами доксициклина. Стоит отметить, что в сравнении с результатами применения аналогичной схемы терапии субклиническими дозами доксициклина, эффективность системного применения миноциклина в комбинации с наружным лечением оказалась значительно выше. Исходя из полученных данных, после комбинированной терапии с применением субклинических доз миноциклина (50-100 мг) в комбинации с наружными препаратами 1% ивермектин и бримонидина тартрат, у пациентов с папуло-пустулезной были достигнуты хорошие показатели эффективности терапии, клинические проявления розацеа по шкале ШДОР уменьшились на 78,37%. На 2 этапе исследования, после комбинированного лечения с применением курса IPL были достигнуты результаты «чистой» и «почти чистой» кожи согласно критериям IGA. Так, у пациентов с папуло-пустулезным типом розацеа клинические проявления сократились на 94.33%. Все пациенты после 2-го этапа исследования отметили также значительное сокращение или полное купирование транзиторной эритемы и значительное улучшение качества кожи. Схема терапии с применением курса IPL процедур на 2 этапе значительно превосходит по эффективности комбинированное лечение без аппаратного воздействия. Впечатляющие результаты, полученные при применении 2-этапной

схемы терапии, указывают на то, что IPL терапия способна значительно улучшить результаты лечения у пациентов даже с тяжелыми формами розацеа. Как показывают результаты наших клинических наблюдений, сочетанное применение системного, наружного и аппаратного лечения позволяет купировать не только остро-воспалительные явления, но также эффективно решать проблемы эстетических недостатков кожи и значительно влиять на качество жизни больных.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ HERPES ZOSTER ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ**

*Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С., Ибрагимова Х.Н., Ибрагимов О.Д.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Опоясывающий лишай или Herpes zoster является одной из злободневных проблем современной дерматовенерологии, поскольку встречается ежегодно и практически с одинаковой частотой и распространенностью. Несмотря на частоту распространения, классическое течение и простоту диагностики, основная проблема заключается в оптимизации лечения данного заболевания, ввиду клинических проявлений, сопровождающихся острым болевым синдромом, а также частым развитием осложнения в виде постгерпетической невралгии.

**Цель.** Оценка эффективности комплексного лечения больных Herpes zoster противовирусными препаратами системного и наружного применения.

**Задачи.** Провести сравнительный анализ клинической эффективности комплексной и местной противовирусной терапии у больных с Herpes zoster.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 23 больных с диагнозом Herpes zoster, получавших амбулаторное лечение в 2019-2020 гг. в Центральной поликлинике Бектемирского района г. Ташкента. Возраст больных составил от 18 до 55 лет. Мужчины составили – 12 (52,2%), женщины – 11 (47,8%). Все больные имели буллезную форму заболевания и кожно-патологические изменения в пределах одного дерматома, а именно,

односторонний процесс поражения по ходу межреберных нервов. Следует отметить, что дети и лица более преклонного возраста, а также пациенты с диссерминированными и гангренозными формами поражения в исследовании не участвовали. Срок обращения к врачу с момента появления симптомов заболевания составил от 2 до 7 дней. На момент обращения все пациенты предъявляли практически одинаковые жалобы на появление пузырьковых высыпаний с прозрачным содержимым, склонных к группировке, расположенных на несколько эритематозном и отечном фоне. При этом все больные жаловались на зуд, жжение и особенно выраженный болевой синдром в местах поражения. 15 больным, которую составили первую группу больных, было назначено комплексное лечение, включающее прием противовирусного препарата, основным действующим компонентом которого является валацикловира гидрохлорид в дозе 300 мг, антибиотика широкого спектра действия (по показаниям), нестероидные противовоспалительные средства инъекционно и местно смазывание анилиновыми красителями с нанесением крема, имеющего в составе 1% Пенцикловир. 8 больным, составившие 2 группу больных, отказались от применения противовирусного препарата, в остальном схема лечения была такой же.

**Результаты исследования.** Анализ результатов лечения в динамике оценивался через 4-5, 9-10, 18-20 дней наблюдения. Отдельные пациенты наблюдались и после 2-3-месячного наблюдения. У 12 пациентов (66,6%) первой группы к первому осмотру (4-5 дней) отмечались выраженные улучшения кожно-патологического процесса (КПП), проявляющиеся в прекращении появления новых очагов, подсыхании пузырьковых элементов и заметном снижении субъективных нарушений. У остальных 3 пациентов данной группы (33,3%) аналогичный эффект достигался чуть позже, на 7-9 дни лечения, что было отмечено уже на втором контрольном осмотре. При этом, во второй группе больных аналогичный эффект на 4-5 день лечения отмечен лишь у 2 (25%) больных, при этом у троих (37,5%) отмечалось появление новых очагов поражения, и у троих (37,5%) кожно-патологический процесс не претерпевал значительных изменений. У больных в первой группе к 9-10 дню лечения КПП практически разрешался в 9 случаях (60%), оставляя после себя нежные рубчики или корочки, у пациентов 2-й группы схожий эффект был отмечен лишь у 1 (25%) больных. Полное разрешение КПП (с сохранением некоторых

субъективных расстройств) у остальных пациентов первой группы было отмечено уже на третьей неделе лечения, во второй же группе у трех (37,5%) КПП регрессировал полностью лишь между 20 и 30 днями лечения. Кроме того, субъективные расстройства в виде парестезии в очагах поражения и болевого синдрома у пациентов в первой группе к окончанию месяца наблюдения не отмечались, во второй же группе данные жалобы сохранялись и на 2 месяце наблюдения у 3 (37,5%) больных, что потребовало консультации невролога с дополнительным соответствующим лечением.

Выводы. Таким образом, отмечена важность применения комбинированного лечения больных Herpes zoster, с включением противовирусных препаратов внутрь, что способствует более быстрому разрешению КПП и снижает вероятность осложнений в виде постгерпетической невралгии.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС ПРИ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ**

*Раводин Р.А., Денисова Е.А.*

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова*

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. Распространенность первичных рубцовых алопеций на трихологическом приеме составляет 3-7%. Одним из возможных методов коррекции конечных состояний рубцовых алопеций является трансплантация волос в рубцовую область. 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 находились 10 пациентов с первичной рубцовой алопецией (6 женщин и 4 мужчин, средний возраст 58 лет), которые были разделены на 2 группы (опытную и контрольную) по 5 человек (3 женщины и 2 мужчин). Опытная группа через месяц после пересадки волос получала 1 раз в неделю в течение месяца инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы в кожу волосистой части головы. Оценку приживаемости проводили с помощью обзорной фотосъемки и фототрихограммы спустя 3 месяца после операции по пересадке волос.

Результаты: в опытной группе в сравнении с контрольной приживаемость волос была выше на 10%.

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

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ С ЛИМФОЦИТАРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ**

*Раводин Р.А., Корнишева В.Г., Денисова Е.А.*

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова*

Цель: усовершенствовать дифференциальную диагностику рубцовых алопеций при дискоидной красной волчанке и красном плоском лишае.

Материал и методы: учитывая сходство клинической и дерматоскопической картины рубцовых алопеций при дискоидной красной волчанке и фолликулярном красном плоском лишае (при отсутствии высыпаний на гладкой коже), основной упор в их дифференциальной диагностике делается на гистологическое исследование. Однако достаточно часто данный метод не позволяет однозначно трактовать выявляемые гистологические симптомы, учитывая тот факт, что наиболее часто встречающимся гистологическим признаком является лимфоцитарный инфильтрат различной степени плотности вокруг фолликулярного эпи-

теля. В этих случаях мы предлагаем дополнительно окрашивать гистологические препараты толуидиновым синим для выявления отека соединительной ткани, характерного для красной волчанки. Толуидиновый синий при взаимодействии с гликозаминогликанами, содержащими много кислотных групп, дает метакромазию – изменение окраски с синей на фиолетовую и красную и четко трактовать обнаруженные изменения. Под нашим наблюдением находились 5 пациентов с первичной рубцовой алопецией (3 женщины и 2 мужчин, средний возраст 56 лет), у которых клинически и трихоскопически не представлялось возможным провести дифференциальную диагностику между фолликулярным красным плоским лишаем и дискоидной красной волчанкой, при этом гистологически обнаруживался лимфоцитарный инфильтрат различной степени плотности вокруг фолликулярного эпителия. Данные гистологические изменения при просмотре каждого препарата двумя патоморфологами трактовались неоднозначно – как за фолликулярный красный плоский лишай, так и за дискоидную красную волчанку. Дополнительное окрашивание толуидиновым синим позволило установить диагноз дискоидной красной волчанки у 2 пациентов (1 мужчины и 1 женщины) и фолликулярной формы красного плоского лишая у 3 пациентов (2 женщин и 1 мужчины).

Результаты: дополнительное окрашивание толуидиновым синим позволило установить диагноз дискоидной красной волчанки у 2 пациентов (1 мужчины и 1 женщины) и фолликулярной формы красного плоского лишая у 3 пациентов (2 женщин и 1 мужчины).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о хороших перспективах использования окраски толуидиновым синим гистологических препаратов у пациентов с первичными рубцовыми алопециями при проведении дифференциальной диагностики между дискоидной красной волчанкой и фолликулярным красным плоским лишаем (при отсутствии типичных высыпаний на гладкой коже) и сложностях в однозначной трактовке обнаруженных патоморфологических и трихоскопических изменений.

## **КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ**

*Раводин Р.А., Корнишева В.Г., Чаплыгин А.В., Мирзоян В.Л., Серебрякова И.В.*

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова*

Красный плоский лишай – воспалительное заболевание неизвестной этиологии, поражающее кожу, ногти и слизистые оболочки, которое встречается в последние годы довольно часто и претерпевает метаморфоз клинических проявлений. Это выражается в том, что в настоящее время значительно чаще встречаются агрессивные формы (lichen planopilaris, фронтальная фиброзирующая алопеция, изолированное поражение слизистых), которые ранее носили казуистический характер. Считается, что красный плоский лишай хорошо поддается терапии антималярийными препаратами (плаквенилом), иногда их комбинацией с преднизолоном, однако это не всегда так. Цель нашей работы: изучить частоту встречаемости отдельных форм красного плоского лишая и эффективность терапии антималярийными препаратами, а также их комбинации с преднизолоном. Материал и методы: В течение года через профессорский консультативный приём на базе ГБУЗ ГорКВД г. Санкт-Петербурга прошли 30 пациентов с красным плоским лишаем в возрасте от 18 до 90 лет, средний возраст 45,5 лет. Все пациенты получали в качестве базовой терапии плаквенил (200–400 мг в сутки) внутрь, наружно – стероиды или ингибиторы кальциневрина. Результаты: по клиническим формам пациенты распределились следующим образом: lichen planopilaris – 6 (20%), фронтальная фиброзирующая алопеция – 3 (10%), изолированное поражение слизистых – 3 (10%), типичная форма – 11 (36,7%), бородавчатая – 3 (10%), линейная – 3 (10%), кольцевидная -1 (3,3%). Пяти пациентам (16,7%) была назначена комбинация плаквенила с преднизолоном: включая 2-х пациентов с типичной формой заболевания, 1-го с бородавчатой формой (в обоих случаях высыпания носили распространённый характер, что и потребовало дополнительного назначения преднизолона внутрь в дозе 20 мг в сутки), преднизолон в дозе 20 мг в сутки был также назначен пациентке с торпидно протекающей эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, а также пациентке с прогрес-

сирующим lichen planopilaris, которая ранее получала плаквенил в течение года без эффекта. У 2-х пациентов (6,7%) с типичной формой красного плоского лишая отмечалась резистентность к плаквенилу и преднизолону, поэтому был назначен циклоспорин в дозе 4 мг/кг массы тела в сутки в течение 3-х месяцев с последующим снижением дозы, у одной пациентки отмечался рецидив высыпаний после отмены циклоспорина. Выводы: у 30% пациентов встречались агрессивные формы красного плоского лишая, приводящие к рубцовой алопеции волосистой части головы, а ещё у 10% – изолированное эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки полости рта, что свидетельствует об их высоком удельном весе и требует проведения соответствующей активной терапии. Антималарийные препараты (плаквенил) были достаточно эффективны, их комбинация с преднизолоном назначалась в случае распространённых высыпаний или в случае торпидного течения заболевания. Только в 6,7% случаев отмечалась резистентность к данной комбинации, что потребовало назначения циклоспорина, который обеспечил разрешение высыпаний, однако в 1 случае отмечался рецидив после его отмены.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV-2**

*Радионова Е.Е., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Ковалева М.Н., Донченко И.Ю., Шалагинова А.В., Хамаганова И.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

Коронавирус-2 (SARS-CoV-2), ассоциированный с тяжелым острым респираторным синдромом, является возбудителем текущей пандемии коронавирусной болезни 2019 года (COVID-19). Описан мощный выброс цитокинов иммунной системой в ответ на вирусную инфекцию и/или вторичные инфекции могут привести к цитокиновому шторму и симптомам сепсиса, который является причиной смерти в 28% летальных случаев COVID-19. Известно развитие неконтролируемого воспаления. Перечисленные факты обуславливают экзацербацию кожного процесса у пациентов с псориазом.

Под нашим наблюдением находилось 16 пациенток в возрасте от 42 до 58 лет, страдавших псориазом от 2 до 22 лет. За прошлый год все были госпитализированы в связи с тяжелым течением инфекции, обусловленной SARS-CoV-2. Через 28-45 дней пациентки были госпитализированы в связи с обострением псориаза. Все наблюдавшиеся связывали обострение псориаза с перенесенной инфекцией.

На момент первичного осмотра у всех 16 пациенток имелось поражение более 40% кожного покрова, преимущественно представленное слившимися бляшками багрово-синюшного цвета, с небольшим серебристо-белым шелушением на поверхности. Зуд отмечали 12 женщин.

Представленные данные подтверждают предположение о переходе псориаза в более тяжелую форму после перенесенной инфекции, обусловленной SARS-CoV-2. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ**

*Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан*

Учащение обращаемости пациентов с патологией ногтей, а также наличие проморбидных состояний, приводящих к учащению тяжелых форм онихомикозов, создают определенные сложности в терапии данного микоза.

Целью настоящего исследования являлась разработка комплексной терапии больных онихомикозами с применением системной энзимотерапии. Под нашим наблюдением находились 127 больных онихомикозами, причем у 6 (4,7%) была диагностирована поверхностная форма; у 88 (69,4%) – дистальная форма; у 33 (25,9%) – проксимальная форма онихомикоза. Все случаи онихомикоза были подтверждены микроскопическими исследованиями. При поверхностной форме онихомикоза применялась только наружная терапия. Все остальные больные получали пульс-терапию итраконазолом по 400мг в сутки в течение 7 дней. В перерывах пульс-терапии была применена энзимотерапия (вобэнзим). Для исследования были отобраны 82 пациента, нуждающиеся в комбинированной терапии.

рованной терапии, согласно индексу КИОТОС, которые были распределены на II группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим проявлениям онихомикоза: I группа (41 пациент) получала только пульс-терапию итраконазолом; II группа (41 пациент) дополнительно применяла вобэнзим по 3 таблетке 3 раза в день в течение 20 дней. При онихомикозе стоп (I группа) применялось IV пульс-терапии и при онихомикозе кистей – III пульс-терапии итраконазолом. У больных онихомикозами, получавшие дополнительно вобэнзим (II группа), для получения клинико-микологического излечения требовалось применить на один курс меньше, причем общая эффективность лечения составляла в обеих группах 86,7% и 96,5%, соответственно.

Полученные данные являются свидетельством целесообразности использования препаратов системной энзимотерапии у больных онихомикозами. Таким образом, многолетний опыт применения пульс-терапии итраконазолом у больных онихомикозами указывает на высокую эффективность данного метода, причем при использовании комбинированных методов, с учетом индекса КИОТОС (вазопротекторы, иммуномодуляторы и др.), рекомендуется использование препаратов системной энзимотерапии, повышающих клинико-микологическое излечения и понижающих возможные рецидивы заболевания.

## ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Рахматов А.Б., Расулова Н.А., Халидова Х.Р.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан*

Хронически-рецидивирующее течение псориаза предусматривает нарушения цитокинового статуса, что являлось целью данного исследования. Под нашим наблюдением находились 92 больных псориазом (67 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет. Вульгарная форма псориаза установлена у 34 (36,9%) больных, эксудативная – 19 (20,6%), артропатическая – у 29 (31,6%) и эритродермическая – у 10 (10,9%) больных. В соответствии с задачами исследования, исходное обследование пациентов включало общеклиническое исследование, дерматологический осмотр

и оценку индекса PASI, определение биохимических параметров крови, оценку цитокинового статуса. Следует отметить, что частое выявление (31,6%) признаков псориатического артрита связано с использованием критериев CASPAR и новых инструментальных технологий. При всех формах псориаза было выявлено повышение содержания провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  и Inf- $\gamma$ ). Так, показатель ИЛ-6 при обычной форме составлял  $29,9 \pm 1,1$  пг/мл против  $19,1 \pm 2,5$  пг/мл в контроле при  $p < 0,01$ , а у больных с артропатической формой данный показатель равнялся  $35,6 \pm 2,3$  пг/мл. Наиболее информативный показатель цитокинового статуса – ФНО- $\alpha$  у больных с обычной формой псориаза составлял  $37,5 \pm 2,7$  пг/мл против  $24,2 \pm 1,7$  пг/мл в контрольной группе при  $p < 0,01$ ; при эксудативной форме –  $41,2 \pm 2,5$  пг/мл; при артропатической форме –  $49,1 \pm 1,7$  пг/мл; при эритродермической форме –  $55,2 \pm 3,3$  пг/мл ( $p < 0,001$ ). Полученные данные являются свидетельством девиации цитокинового профиля по пути Th1-типа иммунного ответа. Следует отметить, что в каскаде провоспалительных цитокинов ключевое значение имеет ФНО- $\alpha$ , обладающий воспалительной и иммунорегуляторной способностью. Данный цитокин синтезируется моноцитами, макрофагами и Т-клетками, обладая широким спектром биологических эффектов.

Таким образом, у больных псориазом выявляются значительные нарушения цитокинового статуса, выраженность которых находится в прямой зависимости от клинической формы заболевания и указывает на необходимость применения соответствующих биологических препаратов именно при тяжелых формах дерматоза.

Разрыв страницы

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЫ

*Романов Д.В., Сафин Д.А.*

*Центр Сосудистой Патологии*

Актуальность. Пиогенная гранулема (ПГ) – является доброкачественной сосудистой опухолью, расположенной на коже или слизистой оболочке. Данное образование представляет папулу красного цвета, в виде гладкого шарика или дольчатого образования. Чаще всего ПГ возникает после предшествующей травматизации кожи (расчеса,

укуса насекомого и пр.) и после появления имеет тенденцию к быстрому росту. В большинстве случаев данное образование располагается в области лица и шеи, оно может быть единичным или множественным образованием. ПГ легко травмируется, что сопровождается кровотечением, которое в некоторых случаях трудно остановить. Предложены различные методы лечения ПГ – хирургическое иссечение, криодеструкция, лазерная фотокоагуляция, удаление электрическим каутером и другие.

**Цель.** Оценить эффективность удаления ПГ методом транскутанной лазерной коагуляции и при помощи электрического тока.

**Материалы и методы.** На базе Центра сосудистой патологии за период с июль по декабрь 2020 года проведено лечение у 16 пациентов с ПГ различной локализации. Для удаления сосудистой опухоли использовалась транскутанная лазерная установка (CuteraExcelV, Nd:YAG) и хирургический электрокаутер (Covidien). Параметры лазерного воздействия (у 5 пациентов) выбирались от формы и размеров ПГ, мощность составляла 100-140 Дж, длительность импульса от 10 до 40 мс, диаметр пятно от 3 до 5 мм. Удаление электрическим каутером (у 11 пациентов) выполнялось в режиме коагуляции. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 16 лет. Результаты проведенной процедуры оценивали по фотографиям, выполненными до и после лечения и субъективной оценке пациента (его удовлетворенность результатом лечения).

**Результаты.** В результате проведенной транскутанной лазерной фотокоагуляции неодимовым лазером у 3 пациентов отмечено полное удаление образования. В двух случаях лазерное воздействие не позволило полностью коагулировать питающий сосуд ПГ, что потребовало повторного удаления электрическим током. В случае удаления образования электрическим каутером удаление образования отмечено во всех случаях. Но в 6 случаях отмечено образование дефекта кожи по типу атрофического рубца, имеющего диаметр, равный диаметру удаленного образования.

**Выводы.** Выбор метода удаления ПГ зависит от вида образования. В случае, если опухоль имеет вид небольшой ограниченной папулы (диаметром до 2 мм), незначительно возвышающейся над кожей, оптимально использовать неодимовый лазер для транскутанной фотокоагуляции питающего сосуда. Если же ПГ имеет больший размер, то методом выбора следует считать электрокоагуляцию образования. Данный метод позволяет получить надежный гемостаз, однако после использования

данного метода есть риск образования атрофического рубца в области расположения образования.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

*Сабиров У.Ю., Хикматов Р.С.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан*

До настоящего времени проблема кожного лейшманиоза остается актуальной, в связи с наличием природно-очаговых территорий, где ежегодно регистрируются новые случаи заболевания. В большинстве случаев встречается сельский (остро-некротизирующий, зоонозный) тип кожного лейшманиоза, лечение которого представляет определенные сложности.

Целью настоящего исследования являлась разработка комплексного метода терапии зоонозного кожного лейшманиоза.

Под нашим наблюдением находились 120 больных с зоонозным кожным лейшманиозом. Клиническая диагностика позволила установить у 25 (20,8%) больных явления бугорка (лейшманиомы без изъязвления), у 38 (31,7%) – изъязвленная лейшманиома, у 28 (23,3%) – лейшманиома с явлениями лимфаденита и лимфангита, у 25 (20,8%) – лейшманиома с бугорками обсеменения и у 4 (3,3%) – явления металеишманиоза. Следует указать, что тельца Боровского микроскопически были выявлены из очагов поражений у 112 из 120 (93,3%) пациентов, в остальных случаях диагноз был выставлен на основании клинических проявлений и анамнестических данных. Лечение больных зоонозным кожным лейшманиозом проводилось согласно имеющимся «Стандарты диагностики и лечения кожных и венерических болезней» (Ташкент, 2019), а также дополнительным назначением системной энзимотерапии. Для оценки целесообразности дополнительного применения энзимотерапии больные были распределены на II группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности и клинической форме заболевания: I группа (57 пациентов, контрольная) получала стандартное лечение; II группа (63 пациента, основная) получала на фоне стандартной терапии вобэнзим по 3 таблетки 3 раза в день в течение 20

дней. Контрольные бактериологические исследования на лейшмании проводились до и после лечения. Клинико-бактериологическое излечение у больных контрольной группы составило 62,4%, в основной – 87,8%.

Таким образом, в комплексной терапии больных зоонозным кожным лейшманиозом рекомендуется применение системной энзимотерапии, что способствует ускорению клинико-микробиологического излечения и уменьшению развития осложненных форм дерматоза.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНЫХ РАСТРОЙСТВ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КУРСКА И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Саранюк Р.В.*

*Медицинский центр «Медассист-К», Курск*

**Актуальность.** Псориаз представляет собой хроническое генетически обусловленное воспалительное заболевание кожи неясной этиологии. Являясь системным заболеванием, псориаз поддерживает хроническое воспаление, нарушая гомеостаз органов и систем организма, приводя к таким типичным патологическим состояниям для пациентов, как дислипидемия и нарушение толерантности к глюкозе, что повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета (СД) у данной группы пациентов.

**Цель.** Провести анализ наиболее распространенных псориаз-ассоциированных соматических расстройств среди пациентов, проживающих на территории г. Курска и Курской области.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании принимало участие 300 пациентов с установленным диагнозом: «Вульгарный псориаз». Были изучены амбулаторные карты (форма №025/у) пациентов на предмет наличия сопутствующих соматических заболеваний, проведено стандартное дерматологическое и терапевтическое обследование. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2016 (Microsoft Office 2016 for Windows 10 Home). **Результаты исследования и обсуждение.** На базе МЦ «Медассист-К» нами было обследовано 300 пациентов с установленным диагнозом: «Вульгарный псориаз». Средний возраст пациентов составил 47,2 (минимальный возраст – 8 лет; максимальный – 68). Среднее значение индекса массы

тела (ИМТ) составило 36,7. Средняя продолжительность существования псориаза – 19,3 года. Среднее значение индекса распространенности и тяжести псориаза (PASI) составило 6,9 баллов. ССЗ являлись самыми распространенными сопутствующими соматическими расстройствами у пациентов с псориазом и были диагностированы у 104 (34,7%) пациентов. В структуре ССЗ гипертоническая болезнь занимала первое место (84%) по распространенности как отдельная патология, так и в сочетании с другими заболеваниями. Наличие гипертонической болезни является абсолютным фактором риска развития инфаркта миокарда и других жизнеугрожающих состояний для данной группы пациентов. Сахарный диабет (преимущественно 2 типа) встречался у 76 (25,3%) пациентов, что также подчеркивает высокий уровень ассоциации данного заболевания с псориатической болезнью. Неопластические процессы были выявлены у 22 (7,3%) пациентов. Среди аутоиммунных заболеваний в группе пациентов с псориазом наблюдались аутоиммунный токсический зоб (3 пациента), анкилозирующий спондилоартрит (2 пациента), ревматоидный артрит (6 пациентов), витилиго (4 пациента), что составило 5% случаев заболевания в исследуемой группе. Системное проявление псориаза приводит к манифестации сопутствующих заболеваний, таких как метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, рак и аутоиммунные расстройства. Несмотря на важность понимания причинно-следственной связи между псориазом и его сопутствующими заболеваниями, доступные на сегодняшний день исследования, как правило, либо скудны, либо неоднородны из-за различных методов сбора данных, ограниченного контроля факторов риска и разнородности итоговых результатов. Тем не менее недавние наблюдения указывают на высокую распространенность метаболического синдрома среди пациентов с псориазом по сравнению с группой контроля. Метаболический синдром повышает риск развития хронической болезни почек и сахарного диабета, которые также связаны с псориазом. Интересно, что связь диабета 2 типа с псориазом сильнее у пациентов с тяжелым течением заболевания по сравнению с пациентами с более легким течением болезни. Данные о взаимосвязи между псориазом и сердечно-сосудистыми заболеваниями все еще противоречивы, но ряд метаанализов показывает повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и повышенный риск смертности от инфаркта миокарда и инсульта у пациентов с тяжелым

течением псориаза по сравнению с общей популяцией. Также известно, что традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как курение, злоупотребление алкоголем, синдром артериальной гипертензии, гиперлипидемия, ожирение и инсулинорезистентность, выше у пациентов с псориазом, что затрудняет учет степени риска сердечно-сосудистых заболеваний, непосредственно связанных с псориазом. Выводы. Несмотря на то что полученные данные указывают на связь псориаза с некоторыми соматическими заболеваниями, такими как сахарный диабет и ССЗ, необходимы дальнейшие исследования в данной области для установления определенных патогенетических механизмов развития различных патологий при псориазической болезни.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОЖИ**

*Сафин Д.А., Романов Д.В.*

*Центр Сосудистой Патологии*

Актуальность. Капиллярная мальформация кожи (КМ) (капиллярная ангиодисплазия, «винное пятно») является врожденной или приобретенной патологией сосудов кожи, которая проявляется патологическим скоплением капилляров, расположенных в дерме (ретикулярном и сосочковом слое). Причина появления данного заболевания – спонтанная генетическая мутация, в случае врожденной КМ, или травматизация кожи, при приобретенной форме. Частота встречаемости КМ, в зависимости от формы, составляет от 3-5% до 10%. Кожные проявления КМ полиморфны – от расширенных сосудов (телеангиоэктазий), до обширных пятен от розового до темно-фиолетового цвета. Основным методом лечения данной патологии является этапная транскутанная фотодеструкция патологических сосудов кожи. Однако, по данным различных авторов, эффективность лазерного лечения не высока и полное исчезновение пятен, отмечено менее чем в 10% случаев. Такие результаты связаны с полиморфностью КМ и с определенными физическими ограничениями лазерного излучения и широкополосного света. Цель. Оценить эффективность обработки КМ, с использованием транскутанного лазерного и IPL установок у пациентов с различными формами КМ.

Материалы и методы. За период с мая по декабрь 2020 года на базе Центра сосудистой патологии проведено лечение у 20 пациентов с различными формами КМ с использованием лазерной установки (Cutera Excel V) и IPL (Alma Harmony XL, насадка Dye-VL). У 8 пациентов были приобретенные формы КМ – в виде паутинчатой ангиомы, у 12 пациентов – врожденные формы КМ «винное пятно» (8 пациентов – локализация в области лица и шеи, 3 – верхние конечности, 1 – туловище). Возраст пациентов составил от 1 месяца до 40 лет. Результаты проведенной фотодеструкции сосудов определяли по фотографиям, выполненным до и после лечения, субъективную оценку пациента (его удовлетворенность результатом лечения).

Результаты. Среди группы пациентов с приобретенными формами после лазерной фотодеструкции отмечено полное удаление сосудов кожи сразу после первой обработки (4 пациента), в случае воздействия широкополосным светом (4 пациента) отмечена частичное удаление КМ, которая потребовала повторных обработок. В группе пациентов с врожденными формами КМ после транскутанной лазерной фотодеструкции и фотодеструкцией широкополосным светом, отмечено значительно осветление сосудистого пятна, после 8-10 сеансов. Отмечено, что лучший результат, в группе врожденных КМ, получен у пациентов в возрасте до 10-13 лет, после сочетанной одновременной обработки КМ лазером и IPL.

Выводы. Оптимальным удалением при приобретенных формах КМ является транскутанная лазерная фотокоагуляция патологических сосудов. При врожденных формах КМ использование сочетанного воздействия IPL и транскутанного лазера, за счет расширения спектра лазерного излучения, позволит улучшить результат лечения. Но необходимо проведение дополнительных исследований для подтверждения данной гипотезы.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У МУЖЧИН**

*Сафонова Л.А.*

*Медицинский институт непрерывных технологий ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва*

Фолликулярный плоский лишай – один из вариантов первичных рубцовых алопеций с лимфо-

цитарным характером воспалительного инфильтрата, который образуется на уровне воронки волосяного фолликула и уничтожает стволовые клетки зоны bulge. Классически можно наблюдать три клинических варианта фолликулярного плоского лишая: классическую форму (LPP), фронтальную фиброзирующую алопецию (FFA) и синдром Грэма-Литтла-Пиккарди-Лассюэра (GLPLS). Классическая форма Lichen Planopilaris чаще всего поражает взрослых в возрасте 40-50 лет; женщины болеют значительно чаще; точная причина заболевания неизвестна. В процесс чаще вовлекается макушка, другие зоны кожи волосистой части головы страдают реже, иногда поражаются другие области роста волос; могут обнаруживаться изменения на коже туловища, слизистых, ногтевых пластинках; течение обычно медленно прогрессирующее, но возможно и быстрое (несколько месяцев) с поражением обширной зоны в/ч головы. Под наблюдением находилось 2 мужчин 42 и 43 лет с жалобами на зуд и наличие очагов отсутствия волос на в/ч головы. Больными себя считают в течение 2-х лет, когда впервые появились очаги на в/ч головы. Один пациент начало заболевания связывает с вакцинацией, второй с перенесенной инфекцией. Оба в течение указанного времени неоднократно обращались к разным специалистам, однако до постановки диагноза прошло около 1,5 лет. В обоих случаях вначале был диагностирован себорейный дерматит и назначались наружные противозудные шампуни и лосьоны. А также проводилась коррекция микроэлементных и витаминных дефицитов, что никак не повлияло на течение настоящего заболевания. В первом случае диагноз был подтвержден трихоскопически и гистологически, во втором только трихоскопически. В обоих случаях отмечались проявления заболевания на слизистых оболочках полости рта в виде типичных белесоватых тяжелей на внутренней поверхности щек по линии смыкания зубов, а в одном случае отмечались высыпания на слизистой оболочке головки полового члена, в области венечной борозды. В обоих случаях отмечались обширные очаги поражения в/ч головы с отсутствием устьев волосяных фолликулов, в центре и по краям пораженных участков – выраженная перифолликулярная эритема и шелушение; единичные участки полностью гладкие с отсутствием признаков воспаления, между волосами отмечается увеличение расстояния. Целью лечения в данном случае является прекращение субъективных жалоб и предотвращение распространения процесса, но не восстановления

волоса, так как это заболевание относится к группе невозвратных алопеций. Обоим пациентам было назначено комбинированное лечение, включающее в себя пероральные системные стероиды по схеме, препарат гидроксихлорохина внутрь, наружно в одном случае топический кортикостероид, в другом топический такролимус. Отмечалось уменьшение зуда и стабилизация процесса в обоих случаях в течение 1-3 месяцев от начала терапии.

## **СОПОСТАВЛЕНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ МОНОНУКЛЕАРОВ КАПИЛЛЯРНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**

*Сенникова С.В., Топтыгина А.П.*

*Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва*

Введение. Псориаз является системным иммуно-ассоциированным заболеванием. В настоящее время псориаз продолжает занимать ведущие позиции среди хронических дерматологических заболеваний. Изучение этиопатогенеза псориаза проводят или на модельных животных, для которых псориаз не типичен, или на пациентах методом кожного окна, что достаточно травматично, или в венозной крови, которая лишь частично отражает события в зоне воспаления.

Цель работы: исследовать субпопуляционный состав моноклеаров периферической крови в венозной крови и капиллярной крови из зоны воспаления у больных псориазом по сравнению со здоровыми людьми.

Материалы и методы. Были обследованы 13 пациентов с верифицированным диагнозом псориаза. Критерии включения пациентов в исследование: наличие клинически подтвержденного псориаза в прогрессирующей стадии, легкой и средней тяжести, возраст от 18 до 70 лет. Для оценки степени выраженности патологического кожного процесса у больных псориазом использовался индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Группа сравнения была представлена 10 практически здоровыми взрослыми людьми, трое из которых были мужчины, 7 – женщины, средний возраст на момент обследования 45,6 года. Обследованные подписывали информированное согласие. Взятие капиллярной крови у псориатических боль-

ных производили вблизи очага с клиническими проявлениями в объеме 400 мкл в две микроветы (Microvette 200 K3 EDTA). Забор периферической крови из вены производили в вакуумную пробирку с ЭДТА в объеме 3 мл. Клинический анализ венозной и капиллярной крови производили на гематологическом анализаторе. Окрашивание мононуклеаров проводили в цельной капиллярной и венозной крови в четырехцветных композициях с последующим лизированием эритроцитов и подсчетом процента и абсолютных значений 22 субпопуляций на проточном цитофлюориметре (BD FACS Canto II). Полученные результаты подвергли статистическим методам обработки.

Результаты и обсуждение. Отклонения в параметрах классического иммунного статуса у больных псориазом оказались более выраженными в капиллярной крови, чем в венозной. Так уровень Т-лимфоцитов не различался, тогда как уровень Т-хелперов (CD3+CD4+) в капиллярной крови был значимо снижен, а уровень цитотоксических клеток (CD3+CD8+) значимо повышен. Также в капилляре В- и НКТ-клетки были значимо повышены, а НК-клетки значимо снижены. При этом в венозной крови отмечалось только повышение CD3+CD8+, В- и НКТ-клеток. И в капиллярной и в венозной крови у больных псориазом были значимо повышены клетки, несущие одновременно CD45RA и CD45RO маркеры, тогда как количество наивных лимфоцитов (CD45RA+) и клеток памяти (CD45RO+) значимо не отличалось от уровня здоровых. Среди субпопуляций хелперов и в капилляре, и в вене у больных по сравнению со здоровыми были значимо повышены Th2 и регуляторные (Treg), тогда как Th17 и фолликулярные (Tfh) были значимо снижены в капиллярной крови, а Tfh повышены в венозной. Среди субпопуляций В-клеток в капиллярной крови больных псориазом были значимо повышены как суммарные В-клетки, так и В1-лимфоциты, регуляторные (Breg) и В-клетки памяти (Bm), тогда как в венозной крови значимо повышены оказались только суммарные В-клетки и Breg. Изменения в субпопуляциях моноцитов в капиллярной и венозной крови также различались. В капилляре оказались значимо повышены М2 (не классические) моноциты, занимающиеся репарацией тканей, а в венозной крови были значимо повышены М1 (классические) и воспалительные моноциты, вызывающие повреждение тканей. Считается, что ведущая роль в течение заболевания принадлежит Т-лимфоцитам. В капиллярной крови отмечен существенный дисбаланс в субпопуляциях

Т-клеток, что свидетельствует об активности в очаге восполнения кожи. В-клеточное звено оказалось вовлеченным в процесс. В1 клетки принимают активное участие в ликвидации погибших клеток, Treg и Breg снижают активность иммунного поражения кератиноцитов в очаге. М2-клетки способствуют очищению от погибших клеток и восстановлению эпителия кожи. Изменения в составе субпопуляций мононуклеаров капиллярной крови, взятой вблизи псориатического очага, оказались более выражены, чем в венозной крови. Выводы. Можно использовать предложенный метод определения субпопуляционного состава мононуклеаров капиллярной крови из зоны псориатического поражения для мониторинга местного иммунитета у больных псориазом. Он существенно менее травматичный, чем метод кожного окна и более информативный, чем исследование венозной крови.

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ПСОРИАЗА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНЦЕПЦИИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ

*Соболев В.В., Корсунская И.М., Климов Е.А.*

*ФГБУ «Научно-исследовательский Институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова»*

Псориаз является хроническим мультигенным и многофакторным кожным заболеванием с гетерогенным генетическим наследованием, затрагивающим не только физическое, но и психологическое состояние пациента, оказывающим значительное влияние на его социальное функционирование. Неоднократно отмечалось, что в развитии псориаза участвуют, в качестве факторов предрасположенности, психические расстройства, и была показана корреляция дерматологических заболеваний с патологической тревожностью и стрессом. Более трети пациентов, страдающих от дерматологических заболеваний, также имеют психологические расстройства, которые ухудшают их состояние, и таким пациентам требуется не только медикаментозное лечение, но и психологическая или даже психиатрическая помощь. По разным данным в 30-40% случаев дерматологические заболевания сопровождаются психическими патологиями.

Целью данного исследования является поиск генов, изменения в которых в виде однонуклеотидных замен приводят в той или иной степени

к развитию как псориаза, так и панических расстройств и повышенной тревожности. А также выявление ассоциированных с псориазом сочетаний аллелей исследованных генов (комплексных генотипов).

Пациенты были отобраны в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (L-40). Объем выборки больных составил 88 человек. Объем контрольной выборки (популяционный контроль) составил 365 человек. Генотипирование проводили с использованием PCR-AFLP и real-time PCR. Статистическую обработку проводили с использованием программы WinPeri. Выявление комплексных генотипов проводили с помощью метода Монте-Карло с использованием алгоритма APSampler 3.6.1.

В исследование были включены гены, ранее описанные нами как задействованные в патогенезе панического расстройства: COMT (rs4680), DBH (rs141116007, rs1611115, rs2097629), CCKAR (rs1800857), CCKBR (rs1805002), MAOA (VNTR, длинные повторы, 30 п.н.), TPH1 (rs1800532), MIR22 (rs6502892) и NOS2 (rs2779249, с.-1290G>T, 5'-область) и NOS3 (rs2070744, с.-813C>T, интрон 1). Были выявлены две статистически значимые ассоциации с псориазом: генотип GA замены rs4680 гена COMT ( $F_i(p)=1,3E-5$ ;  $\chi^2=19,16$ ,  $p=1,2E-5$ , OR=3,47) и аллель R5VNTR в гене MAOA ( $F_i(p)=2,2E-13$ ;  $\chi^2=53,84$ ,  $p=1,8E-9$ ,  $p=8,56$ ). Для других исследованных замен в генах CCKAR, CCKBR, DBH, TPH1 и NOS не обнаружено связи с псориазом.

В данный момент сложно объяснить функциональное значение этого явления. Однако дальнейшее изучение роли полиморфизма генов, кодирующих ферменты нейромедиаторных систем, в патогенезе псориаза, несомненно, связанного с патологической тревожностью и стрессом, приблизит к пониманию этого процесса.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗА

*Сокольская А.А., Липова Е.В.*

*Государственный научный центр РФ – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики, Москва*

Онихомикоз – грибковое поражение ногтей

пластин пальцев кистей и/или стоп. В структуре заболеваний ногтей онихомикоз, по данным различных авторов, встречается приблизительно в 50% случаев. Грибковым поражением ногтей страдает 10% населения земного шара. С возрастом частота онихомикоза в популяции увеличивается, достигая 50% у пациентов свыше 70 лет. Кроме того, к развитию заболеваний ногтевой пластины предрасполагает определенный род деятельности: профессиональные спортсмены, военнослужащие. Длительное лечение системными противогрибковыми препаратами, имеющими большей или меньшей степени выраженность гепатоксичности гепатоцеллюлярного типа, может иметь объективные ограничения для назначения, обусловленные пожилым возрастом пациентов, сопутствующими соматическими заболеваниями и т.д. По окончании терапии вероятны рецидивы и реинфекции. В связи с этим поиск новых подходов в лечении онихомикоза с высоким профилем безопасности и клинической эффективности является крайне актуальным.

Целью настоящего исследования явилось изучение литературных данных, посвященных проблеме поиска новых технологий лечения онихомикоза.

Результаты. На основании анализа современных литературных данных за период с 2015 по 2020 г. основными направлениями в изучении проблемы лечения онихомикоза являются использование таких медицинских технологий, как лазерная терапия, ФДТ, ионофорез и разработка новых противогрибковых лекарственных средств, преимущественно местного действия. По результатам отечественного исследования (Олисова О.Ю. и соавт., 2015) была продемонстрирована высокая эффективность лазерной терапии. В исследование были включены 80 пациентов с подтвержденным диагнозом онихомикоз, разделенные на две равные группы: 1-я получала лазерную монотерапию, 2-я – пульстерапию итраконазолом. У всех пациентов по завершению лечения были получены сопоставимые результаты: клиническое излечение наблюдалось в 90% случаев. Однако у пациентов, получавших терапию итраконазолом, наблюдались побочные эффекты в виде тошноты, рвоты, диареи, в то время как у пациентов, получавших лазерное лечение, побочные эффекты отсутствовали. Зарубежные ученые рассматривают другие подходы к лечению онихомикоза с использованием лазерных технологий. Большинство из них придерживается тактики лазерной терапии в комбинации с противогрибковыми препара-

тами. Так, например, по результатам немецкого исследования (G. C. Weber, P. Firouzi, A.M. Baran и др.), было установлено, что эффективность лазерной монотерапии значительно ниже (56% выздоровевших), чем комбинация лазера и противогрибковых препаратов (70% выздоровевших). Перспективным методом лечения ониомикоза является фотодинамическая терапия. Эффективность данной терапии была показана в немногочисленных исследованиях, где ФДТ была применена как монотерапия и в комбинации с антимикотическими препаратами. Так, в исследовании L.W.F. Souza и соавторов были получены такие результаты: при применении ФДТ с метиленовым синим в качестве фотосенсибилизатора, у пациентов с легкой и средней степенью тяжести клиническое излечение было в 100% случаев, у пациентов с тяжелым ониомикозом – 63,6%. Кроме перечисленных методов лечения ониомикоза создаются и изучаются новые препараты. NVС 422 (ауриклозен) представляет собой антибактериальное и противогрибковое средство широкого спектра действия, принадлежащее к семейству соединений, известных как аганоциды. Текущие клинические исследования сосредоточены в основном на лечении импетиго, конъюнктивита и инфекций мочевого катетера. Однако доклинические исследования оценили его полезность при лечении ониомикоза. ME1111 – фунгицидное соединение, эффективное против дерматофитов, достигающее достаточно высоких концентраций в ногтевой пластине, чтобы преодолеть минимальную ингибирующую концентрацию этих организмов. Данный препарат на сегодняшний день прошел только первые 2 этапа исследований. Заключение. Лечение ониомикоза остается актуальной проблемой в области дерматологии. Поиск новых эффективных способов и препаратов для лечения микоза ногтей является актуальной медико-социальной проблемой.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

*Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Колерова А.В., Микаилова Д.А., Филимонов П.Н., Сергеева И.Г.*

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза, Новосибирск*

Диагностика локализованной склеродермии (ЛС) основывается на данных анамнеза и на клинической картине заболевания. Дополнительно, для подтверждения диагноза, рекомендовано проводить биопсию кожи с последующим гистологическим исследованием. Биопсия кожи является инвазивным методом, а при наличии множественных очагов взятие материала с большого количества участков кожи нерационально. Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи является удобным, неинвазивным, безболезненным методом. Благодаря УЗИ кожи возможно одновременно оценить все имеющиеся очаги в условиях реального времени, что придает данному методу исследования большую актуальность. При помощи УЗИ возможна визуализация кожи пациентов с подозрением на ЛС, определение стадии заболевания и оценка эффективности проводимой терапии.

Цель: охарактеризовать ультразвуковую картину кожи в области очагов поражения у пациентов с различными формами локализованной склеродермии.

Материалы и методы. Трем пациентам с линейной и бляшечной формами склеродермии, а также со склероатрофическим лишеном проводили УЗИ кожи на аппарате Skinscanner DUB TPM с датчиком частотой 75МГц, пенетрацией 4 мм, разрешающей способностью 21 мкм в области очагов и в прилегающих участках клинически здоровой кожи, используя для сравнительной оценки их коэффициент соотношения (КС). Оценивали толщину и эхоплотность эпидермиса и дермы.

Результаты. При линейной форме ЛС в области очага визуализировалось увеличение толщины эпидермиса ( $КС=0,85\pm 0,0125$ ), снижение его эхогенности ( $КС=1,58\pm 0,46$ ). Эхоплотность дермы была значительно снижена в очаге поражения ( $КС=3,02\pm 1,17$ ). Толщина дермы была незначительно снижена в центральной части очага ( $КС=1,09$ ), а на периферии она была умеренно увеличена ( $КС=0,86$ ). При бляшечной форме ЛС в области очагов наблюдали снижение эхогенности эпидермиса ( $КС=1,32\pm 0,49$ ); увеличение толщины дермы ( $КС=0,79\pm 0,16$ ) и снижение ее эхогенности ( $КС=1,26\pm 0,57$ ). В 7 из 11 очагов визуализировали субэпидермальную гипоэхогенную полосу. При склероатрофическом лишене в области очагов наблюдали увеличение толщины эпидермиса ( $КС=0,42\pm 0,12$ ) и его эхогенности ( $КС=0,63\pm 0,0793$ ), снижение толщины и эхогенности дермы ( $КС=1,32\pm 0,00943$  и  $КС=1,55\pm 0,6$  соответственно).

Заключение. При различных формах ЛС визуализируется разная ультразвуковая картина, которая в большей степени зависит от активности патологического процесса. Очаги на начальной стадии заболевания характеризовались увеличением толщины эпидермиса и дермы, снижением их эхоплотности, наличием субэпидермальной гипэхогенной полосы, что соответствует гистологической картине отека и инфильтрации данных структур кожи. Снижение толщины эпидермиса и дермы, повышение их эхоплотности характерно для очагов на поздних стадиях заболевания, когда происходит развитие атрофии и склеротических изменений в коже.

## **ТОПИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕФОРМНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

*Сучкова Т.Н., Шемшук М.И., Кузнецова И.О.*

*РНИМУ имени Н.И.Пирогова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета*

Топические ретиноиды в лечении акнеформных дерматозов. В дерматологической практике топические ретиноиды широко используются при лечении акне, постакне, а также других акнеформных дерматозов. Клинические проявления при акне развиваются в несколько этапов, начиная с андрогенной стимуляции сальных желез, которая влияет на состав кожного сала. Это приводит к первичным изменениям в сально-волосяном фолликуле, что является причиной возникновения микрокомедонов и комедонов, предшествующих образованию вульгарных угрей. Для решения этой проблемы были синтезированы производные ретинола, характеризующиеся избирательным действием и наименьшей токсичностью, объединенные общим термином «ретиноиды». При изучении механизма действия ретиноидов было выявлено, что эти синтетические соединения, аналоги витамина А, модифицируют пролиферацию, дифференцировку и функциональную активность клеток мезенхимальной, экто- и эндодермальной природы. Они способствуют нормализации терминальной дифференциации клеток, тормозят гиперпролиферацию эпителия выводных протоков сальных желез, образование детрита и облегчают его эвакуацию. В результате снижается секреция кожного сала, нормализуется его состав, что в конечном итоге, приводит к

уменьшению воспаления вокруг желез. При местном и системном применении ретиноиды оказывают антисеборейное, себостатическое, противовоспалительное, керато- и иммуномодулирующее действие, а также активируют процессы регенерации в коже. К ретиноидам первого поколения относятся препараты: Витамин А (ретинола ацетат, ретинола пальмитат), третиноин, изотретиноин. Все эти препараты широко используются при лечении угревой болезни, проявлений постакне, себореи, а также преждевременного старения кожи и различного рода гиперпигментаций. Препараты второго поколения, в основном системные ретиноиды, такие как этретинат и ацитретин используются в качестве активных веществ препаратов для лечения псориаза, ихтиоза, болезни Дарье. Третье поколение представляют препараты тазаротен и бексаротен, селективные ретиноиды больше известные как аротиноиды. Следует отметить среди них препарат адапален, производное нафтоевой кислоты, обладающее свойствами витамина А, но по химическому составу все же отличающееся от представителей всех трех поколений. По данным многих авторов адапален хорошо переносится и оказывает меньшее негативное влияние по сравнению с другими топическими ретиноидами. Все препараты этой группы хорошо сочетаются при наружном применении в комбинациях с антибактериальными средствами, с бензоилпероксидом при лечении акне, повышая их эффективность, или могут выступать самостоятельно в качестве монотерапии. Следует отметить, что выбор ретиноидов при лечении хронических акнеформных дерматозов является приоритетным с явным клиническим эффектом.

## **СКЛЕРЕДЕМА БУШКЕ-ОЛЛЕНДОРФА И СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЙ НЕВУС**

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

*ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗ Москвы*

В дерматологическом пространстве склередема Бушке-Оллendorфа (СБО) и соединительнотканый невус (СТН) – редкие прищельцы. Этот факт является одной из нитей, объединяющих эти дерматозы и обуславливающий трудность их распознавания. Роднит эти заболевания еще неустановленный генез и малая эффективность про-

водимого лечения, а также топка патологического процесса в соединительной ткани. В копилку схожести можно сбросить аутосомно-доминантный тип наследования. Отличает эти заболевания патологическая сущность: для СБО она характеризуется резким утолщением дермы с отеком, расщеплением коллагеновых волокон и частым замещением подкожной клетчатки плотной соединительной тканью. При СТН происходит избыточное накопление коллагеновых и эластических волокон, а также гликозаминогликанов, за счет которых формируются дермальные или подкожные плотноватые узлы и бляшки различных размеров. СТН представляет собой дермальные гамартомы, возникающие вследствие соматических мутаций в процессе эмбриогенеза. Появляясь в детском или подростковом возрасте, этот невус обычно протекает бессимптомно и может существовать пожизненно, в части случаев представляя косметическую проблему. В отличие от СБО эффоресценции при СТН характеризуются выраженным клинко-морфологическим многообразием: преобладают бляшки слегка приподнятые над кожей телесно-желтого цвета, величиной до нескольких сантиметров, чаще единичные. Их локализация: руки, живот, спина, бедра, ягодицы. Возможны сочетания СТН с системными заболеваниями. Круг дифференциальной диагностики невоидных проявлений включает целый ряд болезней, имеющий некоторую схожесть с ними: фиброматозы, миофиброматоз, липомы, дерматофибромы, келоиды, эластическая псевдоксантома, мукополисахаридоз. При СБО дифференциальный диагноз проводят с узловатой склеродермией. Для СБО в отличие от СТН характерны диффузные коричневатые большие симметричные очаги индукции кожи на задней поверхности шеи, а также спины, груди, скальпа. Острое начало болезни часто связано с фебрильным статусом, обусловленным стрептококковой инфекцией. Заболевание обычно достигает максимального развития в 2-6 нед. В большинстве случаев прогноз благоприятный и возможно спонтанное разрешение в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Примерно у четвертой части больных наблюдается частичное улучшение со стойкими очагами остаточной индукции. При ассоциации с ожирением или с сахарным диабетом индукция кожи может существовать десятки лет.

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

## ТРАВМА КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ В РАЗВИТИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

*Терещенко А.В., Джануева А.Я.*

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Актуальность. В течение жизни человека слизистая оболочка полости рта (СОПР) постоянно подвергается воздействию различных термических, химических, физических и прочих факторов. Ряд авторов указывают, что в возникновении рака СОПР, возможно, играет роль травма. Травмирующим фактором могут быть острые края зубов, некачественно изготовленные или пришедшие в негодность протезы, зубы, расположенные вне дуги, вредные привычки (кусание слизистой оболочки, курение) и др. Хроническая травма СОПР чаще встречается у пожилых пациентов. Острая механическая травма возникает при поражении слизистой оболочки кратковременным, но значительным по силе фактором. Травмировать слизистую могут также прижигающие вещества, которыми пациенты бесконтрольно пользуются. В качестве примера развития злокачественного перерождения СОПР на месте травмы представляется клинический случай злокачественной трансформации на фоне сочетанной травмы СОПР, выявленного в МНПЦДК ДЗМ. Материалы и методы. Пациент В., 1941 г.р., обратился с жалобами на образование на слизистой оболочке полости рта, сопровождающееся резкой болезненностью. В целях установления диагноза применялись: сбор анамнеза, клинический осмотр пациента и гистологическое исследование.

Результаты. Из анамнеза известно, что около года назад пациент травмировал слизистую оболочку полости рта горячим напитком, после чего стал отмечать дискомфорт в месте ожога. К врачам пациент не обращался и самостоятельно использовал антисептическое средство из группы красителей (спиртовой раствор бриллиантового зеленого). В связи с увеличением размеров очага и присоединением болевых ощущений пациент обратился к стоматологу по месту жительства, которым был направлен в консультативное отделение ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. При осмотре слизистой оболочки полости рта в области верхнего правого альвеолярного гребня с переходом на твердое небо, единичный очаг округлой формы

неоднородной окраски с четкими границами и валикообразными краями, приподнятыми над уровнем окружающих тканей, размером до 2-х см. Дно образования углублено и покрыто серовато-беловатым фибринозным налетом. Также при пальпации отмечается увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов. На основании клинико-анамнестических данных был установлен предварительный диагноз «Плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта?», и пациент был направлен в Городскую клиническую онкологическую больницу № 1 в отделение опухолей головы и шеи, где после дообследования диагноз был подтвержден.

**Заключение.** Таким образом, учитывая особенности реакций СОПР на раздражители, необходимо применять меры профилактики возникновения острых и особенно хронических травм, чтобы избежать озлокачивания патологического очага. С целью профилактики целесообразно знакомить пациента с правилами использования и нанесения наружных средств, избегать в назначениях применения прописей с выраженным раздражающим-прижигающим действием, регулярно обращаться к стоматологу или к дерматологу – специалисту по лечению СОПР – с целью санации полости рта

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

*Требунская Н.А., Школьников Т.В., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю.*

*Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург*

Распространенность врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) на территории РФ колеблется от 0 до 19,73 случаев на миллион населения. В Санкт-Петербурге показатель распространенности ВБЭ составляет 0,6 на 100 000 населения. По состоянию на 01.01.2021 под наблюдением дерматовенерологической службы Санкт-Петербурга с ВБЭ состоит 35 пациентов, из них в возрасте до 18 лет – 23 человека, старше 18 лет – 12 человек, при том, что на 01.01.2019 года состояло 29 пациентов (до 18 лет – 19, старше 18 лет – 10), а на 01.01.2020 – 32 пациента (до 18 лет – 22, старше 18

лет – 10). Прирост пациентов, в том числе за счет миграции, составляет 2-3 пациента в год. За 2020 год взяты на учет 5 пациентов: 1 взрослый и 4 детей, один из которых родился с диагнозом: ВБЭ, простая форма, генерализованный подтип. Один пациент умер в возрасте 12 лет с диагнозом: ВБЭ, дистрофическая форма, аутосомно-рецессивный тип наследования. Дилатационная кардиомиопатия. На территории Санкт-Петербурга наибольшее количество зарегистрированных больных составляют пациенты до 18 лет, что может быть обусловлено высокой смертностью больных ВБЭ с тяжелым течением до совершеннолетия. Кроме того, пациенты старше 18 лет при легком течении заболевания зачастую не обращаются за медицинской помощью. Среди пациентов старше 18 лет простая форма ВБЭ (ПФ) зарегистрирована у 5 пациентов (42%), дистрофическая форма доминантного типа наследования (ДФДТ) у 4 пациентов (33%), аутосомно-рецессивного типа наследования (ДФРТ) у 3 (25%). Среди пациентов до 18 лет ПФ страдает 12 человек (52%), ДФДТ – 8 пациентов (35%), а ДФРТ – 3 (13%). Учитывая низкий показатель распространенности, как по РФ, так и по Санкт-Петербургу, ВБЭ можно отнести к перечню редких (орфанных) заболеваний, распространенность которых, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», составляет не более 10 случаев заболевания на 100 000 населения. Однако ВБЭ не включен в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к уменьшению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (далее – Перечень), утвержденный постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 №403. Следует отметить, что лечение заболеваний, включенных в Перечень, осуществляется за счет средств бюджетов субъектов РФ. Законом Санкт-Петербурга от 19.12.2018 №747-159 внесены изменения в Социальный кодекс Санкт-Петербурга, предусматривающие дополнительную меру социальной поддержки гражданам, страдающим ВБЭ с обширными буллезными, эрозивными, язвенными поражениями кожного покрова, включающую в себя обеспечение их медицинскими изделиями за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. С 2020 года распоряжением Комитета по здравоохранению СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (СПб ГБУЗ «ГорКВД») определено медицинской организацией, обеспечивающей предоставление данной меры социальной поддержки. Впервые в

2020 году в Санкт-Петербурге медицинскими изделиями обеспечены 26 пациентов, из них до 18 лет – 15 человек (7 с ПФ, 6 с ДФДТ, 2 с ДФРТ) и старше 18 лет – 11 человек (4 с ПФ, 4 с ДФДТ и 3 с ДФРТ). Следует отметить, что финансирование дополнительной меры социальной поддержки предполагает расходы только на предоставление медицинских изделий для проведения паллиативной терапии и не включает в себя расходы на лекарственные препараты. Вместе с тем оказание специализированной медицинской помощи указанной категории пациентов в полном объеме предусматривает применение лекарственных средств в форме кремов и мазей. В декабре 2020 года на заседании Комиссии Комитета по здравоохранению по лекарственному обеспечению отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга принято положительное решение об обеспечении в 2021 году лекарственными препаратами пациентов, страдающих системными кожными заболеваниями, в том числе врожденным буллезным эпидермолизом, за счет средств бюджета Санкт-Петербурга.

#### **ДИАГНОСТИКА И АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НЕВУСОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НА КАФЕДРУ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА**

*Федотова М.В., Ключарева С.В., Белова Е.А., Павлова А.Г.*

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

Пигментсодержащие образования на коже встречаются у 90% населения, из которых невусы (родимые пятна, родинки) занимают 57%. В зависимости от вида невуса частота озлокачествления, т.е. формирование меланомы, колеблется от 10% до 80%.

Целью нашей работы явилось провести диагностику и анализ встречаемости различных невусов по данным обращаемости на кафедру дерматовенерологии СЗГМУ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением, в Северо-Западном центре лазерных технологий, базирующегося на кафедре дерматовенерологии СЗГМУ, за последние 5 лет работы находились более 2 тыс. пациентов по поводу различных ново-

образований кожи. Всем пациентам выполнялась дерматоскопия, гистологическое исследование.

Результаты. Опухоли и поражения кожи меланоцитарного происхождения составили 5,1% (331 больных), среди которых преобладали диагнозы неопухолевых пигментных поражений: это лентигио – 21,4% (70), эфелиды (веснушки) – 25,3% (83), а также доброкачественные опухоли меланоцитарного генеза: пограничный невус – 18,3% (60), сложный невус – 13,3% (44), невус Ота – 1,6% (5), голубой невус – 1,9% (6). Среди предраковых изменений меланоз Дюбрейля составил 5,1% (17), диспластический невус – 9,3% (31), где распространенный характер поражения был выявлен у 22 пациентов (7,1%). Для наиболее точной идентификации меланоцитарного образования в нашем центре используется метод дерматоскопии, а также метод компьютерной диагностики, позволяющей с помощью цифровой камеры фиксировать изображение в памяти компьютера для диагностического наблюдения и своевременного выявления признаков малигнизации новообразования. Исследование производилось согласно правилам ABCDE, с использованием более 30 параметров и 7-балльным тестам, с выделением

главных и второстепенных критериев. Эффективность данных методик в среднем составила 92,3% и 87,5% соответственно. Среди 331 пациента с меланоцитарным образованием, обследованных с помощью дерматоскопа, у 4 (1,3%) были выявлены начальные признаки злокачественного процесса. Данные пациенты были направлены в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, где были успешно прооперированы. Уровень инвазии меланомного процесса по Кларку составил 1-2 уровень. Отдельно были обследованы 35 пациентов с невусом Сеттона (дерматоскопически атипично обнаружено не было). Более чем 219 пациентам, имеющим в том числе и диспластические невусы (31 пациент), производилось удаление образований с помощью углекислотного лазера «Ланцет» и лазера на парах меди «Яхрома-Мед» в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. За 5 лет наблюдений процент постоперационного рецидива составил менее 2%.

Выводы. Таким образом, используя аппаратные методики исследования, на дооперационном этапе, клиницист повышает точность идентификации данной патологии, а также решает проблему верификации диагноза предраковых состояний кожи с раковыми. Применяя диагностический контроль клинической ситуации, в сочетании с

активным и адекватным лечением прекарцинозного состояния кожи, возможно снизить частоту регистрации меланом кожи.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

**Хаитов К.Н., Абидова З.М., Абидов А.М., Абидов Х.А.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент*

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи, особенно среди детского населения. На сегодняшний день от данного заболевания страдает 10-25% детского населения. За последние годы отмечается тенденция к увеличению распространенности АтД у детей, более раннему возникновению его симптомов и тяжелому течению, что обуславливает необходимость углубленного изучения особенностей клинического течения данного заболевания у детей.

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику АтД у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет с клиническими проявлениями АтД в стадии обострения, находившихся на лечении в отделении дерматологии клиники ТашПМИ. Среди исследуемых детей был 21 мальчик (55,2%) и 17 девочек (44,7%). У всех детей с АтД были определены показатели SCORAD, путем оценки объективных (интенсивность и распространенность) и субъективных (нарушение сна и интенсивность дневного кожного зуда) критериев.

Результаты. Среди наблюдаемых нами больных отягощенный наследственный алергоанамнез был отмечен у 27 (81%) больных. По степени тяжести атопического дерматита дети раннего возраста были распределены на три группы. 1 группу составили 9 пациентов с легким течением атопического дерматита (SCORAD=15,4±0,52 баллов), во 2 группу вошли 24 детей с заболеванием средней тяжести (SCORAD=45,4±5,02 баллов), 3 группа представлена 5 пациентами с тяжелым течением заболевания (SCORAD=88,2±6,9 баллов). Из клинических форм АтД преобладала экссудативная форма – 12 (31,6%) случаев, лихеноидная – 8 случаев (21,0%) и эритематозно-сквамозная

форма – 7 случаев (18,4%), тогда как эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – диагностирована в 5 случаях (13,2%), а пруригинозная – в 6 случаях (15,8%) соответственно. В 18 (47,3%) случаях у обследованных детей преобладали изменения кожи в виде сухости, шелушения, гиперемии, единичных папулезных высыпаний с локализацией в области лица, коленных и локтевых сгибов, ягодичной области, сопровождающиеся зудом. Нарушения сна отмечались у 14 (36,8%) пациентов. У 17 (44,7%) больных обострения заболевания возникали от 2 до 4 раз в год. Выводы. Ранний дебют и частые обострения являются прогностическим критерием тяжелого течения заболевания. Хронизация, частая рецидивность и тяжелое клиническое течение делают проблему алергодерматозов одной из самых актуальных в современной медицине. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения патогенетических факторов, влияющих на клиническое течение АтД и исход заболевания.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИМИКВИМОДА И ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БОВЕНОИДНЫМ ПАПУЛЕЗОМ**

**Чернова Н.И.**

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Актуальность: бовеноидный папулез – Bowenoid papulosis (БП), мультицентрический пигментный вирусный папулез, вызываемый вирусами папилломы человека 16, 18, 31, 33-35, 39, 42, 48, 51-54 типов, передаваемый преимущественно половым путем и характеризующийся различными формами течения: от медленного прогрессирования с высыпанием пятен, папул и бляшек преимущественно в аногенитальной области, до болезни Боуэна или инвазивного плоскоклеточного рака. Риск злокачественной трансформации составляет около 3-5%, однако, учитывая, что заболевание относят к предракам, врачи-дерматовенерологи часто при установлении диагноза бовеноидный папулез ошибочно рекомендуют пациентам наблюдение у онколога. Отечественными и зарубежными клиническими рекомендациями бовеноидный папулез классифицируется как вариант аногенитальных (венерических) бородавок. Актуальными подходами к терапии, согласно современным руководствам, является деструкция кли-

нических проявлений, применение имиквимода, в случае рецидивирующих форм назначение интерферона альфа. Вне зависимости от применяемого метода у 20-30% больных могут развиваться новые поражения, в связи с чем проблема эффективной и безопасной наружной терапии заболевания находится в фокусе внимания практических специалистов.

Цель исследования: оценить эффективность интерферона альфа 2b и имиквимода в лечении и профилактике рецидивов БП.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 17 человек: 7 женского и 10 мужского пола, в возрасте от 23 до 37 лет с диагнозом рецидивирующие аногенитальные бородавки (БП). Давность заболевания составила от года. Локализация высыпаний: лобок, большие половые губы, перианальная зона у женщин, лобок, головка и тело полового члена у мужчин. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе 9 пациентам рекомендовался 5% имиквимод, иммуномодулятор из группы нуклеотидных гетероциклических аминов. Препарат индуцирует выброс интерферона альфа, фактора некроза опухолей альфа, интерлейкина-6, интерлейкина-12, проявляет выраженное противовирусное действие. Достоинством имиквимода является доказанная эффективность в отношении дисплазии, в том числе обнаруживаемой при БП, и уменьшение площади деструкции, если требуется. Крем наносили тонким слоем на зоны поражения на ночь (на 6-8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем смывали с кожи теплой водой с мылом. Курсовое лечение от 8 до 16 недель. В группе №2 клинических проявления БП в виде папул рекомендовали интерферон альфа 2b по 1 млн единиц 3 раза в неделю 3 недели. В случае неполного излечения оставшиеся элементы удаляли хирургическими методами.

Результаты. Применение 5% крема имиквимод в течение 8-16 недель привело к полному исчезновению высыпаний у 6 из 9 пациентов. У 2 больных на фоне применения препарата отмечались выраженная гиперемия и жжение, что потребовало удлинения периода между нанесением средства с одного дня до двух в течение двух недель. Подкожное, внутри очаговое введение интерферона альфа 2b способствовало регрессу клинических проявлений у 5 из 8 пациентов. У всех больных в ходе терапии регистрировалась гриппоподобная реакция с повышением температуры тела в день инъекции в пределах 37,5-39,5. При наблюдении за пациентами в течение 12 месяцев рецидивы

были зарегистрированы у 2 пациентов, одного получавшего терапию 5% кремом имиквимод, и в одном случае после внутри очагового введения интерферона альфа 2b.

Вывод: имиквимод 5% крем и интерферон альфа 2b повышают эффективность терапии рецидивирующего БП и снижают частоту рецидивов.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ ПОСРЕДСТВОМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

*Чернова Н.И., Москвин С.В., Арутюнян Э.Г.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Государственный научный центр лазерной медицины им. О.К. Скобелкина ФМБА России, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова*

*Простой хронический лишай (ПХЛ) в области гениталий, характеризуется выраженным зудом, склонностью к длительным обострениям. Актуальные подходы к терапии дерматоза включают длительное применение сильнодействующих топических глюкокортикостероидных средства (ТГКС). Схема требует высокой комплаентности пациентов, что не всегда достижимо. В связи с чем широкое применение находят физиотерапевтические методы, в частности – низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). Использование неинвазивного лазерного облучения крови (НЛОК) и местного освечивания очагов поражения низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) в сочетании с применением ТГКС в терапии ПХЛ может ускорить разрешение инфильтрации и лихенификации кожи за счет уменьшения местного воспаления, улучшения микроциркуляции, антипролиферативного действия, оказывать седативный эффект, как следствие прерывать порочный круг «зуд-расчесывание».*

*Цель исследования: определить эффективность НЛОК и местного освечивания очагов поражения НИЛИ на фоне применения сильнодействующих ТГКС в терапии простого хронического лишая вульвы.*

*Материалы: под наблюдением находились 16 пациенток с жалобами на зуд в области гениталий. В возрасте от 24 до 43 лет (средний возраст со-*

ставил  $29,1 \pm 0,6$  лет). Ремиссия ПХЛ отсутствовала на протяжении более чем 10 месяцев. Давность заболевания составила  $5,2 \pm 0,3$  лет.

Методы: больным, назначался комбинированный высокоактивный ТГКС с декспантенолом в форме крема, в режиме 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее 0,5% клобетазола пропионата мазь один раз в сутки 10 дней. Одновременно осуществлялось НЛОК и местное осветчивание очагов поражения НИЛИ. Для проведения методики НЛОК использовался аппарат лазерный терапевтический «Лазмик» с лазерной излучающей головкой МЛ-635-40, контактным способом на надключичную область слева, длина волны 635 нм (красный), импульсная мощность 30-40 Вт, длительность светового импульса 100–150 нс, частота 80 Гц, 5 минут. После чего лазерной излучающей головкой ЛО-904-80 с зеркальной насадкой осветчивали очаги поражения НИЛИ дистантно, стабильно на расстоянии 5-10 см от поверхности, длина волны 904 нм, длительность светового импульса 100–150 нс, плотность мощности 2-5 Вт/см<sup>2</sup>, мощность излучения 15-20 Вт, частота 80-300 Гц, 1,5 минуты. Процедуры назначались ежедневно, 10 сеансов. Методы мониторинга включали клиническое наблюдение за состоянием кожи, динамикой диагностических индексов субъективных симптомов (ДИШС, ВАШ), индекса EASI, индекс качества жизни (ДИКЖ).

Результаты: ведущей жалобой пациенток, принявших участие в исследовании, являлся зуд высокой степени интенсивности: индекс ВАШ оценки зуда составлял 7-10 баллов, в среднем  $8,9 \pm 1,9$  балла. На втором визите показатели ВАШ оценки зуда снизились до  $2,3 \pm 0,6$  балла, в последующие недели показатель зуда не превышал 1,0 - 0,5 балла. Оценка степени выраженности клинических симптомов до лечения – индекс ДИШС – составил  $18 \pm 0,2$ , после курса терапии  $2,8 \pm 0,1$  баллов. До начала лечения средний показатель индекса EASI составил  $19,7 \pm 4,2$  балла. Достижение состояния клинической ремиссии с регрессом индекса EASI на 75% от исходного наблюдалось к 14 дню лечения, а после осмотра, через 4 недели после окончания комбинированной терапии, снижение выраженности проявлений ПХЛ достигло 94-97% от исходного. Влияние терапии на показатели ДИКЖ выражалось в снижении средних значений с  $13,28 \pm 3,59$  до  $1,79 \pm 0,45$  баллов. 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.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют

о высокой эффективности комбинированной терапии, заключавшейся в применении сильнодействующих ТГКС, в сочетании с неинвазивным лазерным облучением крови и местным осветчиванием очагов поражения низкоинтенсивным лазерным излучением, у пациентов ПХЛ вульвы.

## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ В РАМКАХ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТАКТИК

Чернявский И.И., Маликова Ю.Ю.

ООО «Сити-Клиник», Краснодар

Обследование проводилось перед началом и на 30-й день терапии. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики.

Группу, где основное лечение сочеталось с аксиолитиком, составили дети с атопическим дерматитом. Группу, где основная терапия сочеталась с антидепрессантом, составили дети больные псориазом. В контрольную группу вошли дети с обоими вариантами кожной патологии.

Клиническая картина атопического дерматита представлена психосоматическими нарушениями в виде кожного зуда – 40 детей (93% подростков), причем степень выраженности различна от легкого – 10 больных (23,2%), до сильного – 30 подростков (70%). У детей подросткового возраста явления инфильтрации с лихенизацией на фоне эритемы застойного характера имели место у 35 человек (81,4%). Распространенная форма атопического дерматита зафиксирована у 37 больных (86%), диффузная – 3 (7%) и ограниченная – 3 (7%) Практически у всех детей в той или иной степени отмечались явления эритемы и шелушения, признаки вегетососудистой дистонии. Явления кожного зуда также отмечались у детей с диагнозом псориаз – 20 человек (66,6%). Бляшечная форма псориаза установлена у 19 (63,3%) подростков, эритематозная – 2 (6,6%) человека, папулезная – 7 детей (23,3%). Детей с артропатической формой псориаза – 6,6%. У 28 детей (93,3%) зафиксирована стационарная стадия и у 2 – прогрессирующая стадия (6,6%). По течению болезни зимняя форма псориаза была у 11 больных (36,6%) и внесезонная у 19 детей (63,3%). В ходе обследования детским психотерапевтом у детей, принявших участие в эксперименте, были выявлены: депрессивные и

субдепрессивные проявления. Наиболее часто у обследованных отмечалась тревожная депрессивная симптоматика 41 (56,1%), реже астено-тревожная 20 (27,4%), крайне редко тревожно-тоскливая 12 (16,5%). Оценка неврологического статуса, изучение церебрально-органических факторов риска возникновения пограничных нервно-психических расстройств у детей явило резидуально-органическую недостаточность ЦНС (минимальная мозговая дисфункция) (74,7%) больных, подтвержденную электроэнцефалографически. Патология беременности и родов отмечена в 64,5% случаев. Анамнестические данные о характере вскармливания позволили установить отклонения у большинства из участников эксперимента: искусственное вскармливание – в 10,5% случаев, грудное до 6 месяцев – 45,4%, больше года – 10,5%. Приведенные результаты были получены из амбулаторных карт детей, а также в ходе бесед с родителями (матерями), и уточняющих вопросов, заданных врачом. Анализ выраженности депрессивных проявлений, а также уровня тревожности у детей с дерматологической патологией на фоне применения различных лечебных тактик показал статистически достоверное снижение показателей депрессии и уровня ситуативной тревожности к 30-му дню при комплексной терапии, т.е. использование аксиолитика и антидепрессанта помимо патогенетического и симптоматического дерматологического лечения. Повышению эффективности лечения детей с хронической кожной патологией способствовало использование комплексной терапевтической тактики лечения, куда были включены помимо патогенетического и симптоматического лечения аксиолитик и антидепрессант. Позитивная динамика психоэмоционального статуса детей, проявившаяся в снижении уровня ситуативной тревожности, носила более заметный характер при использовании антидепрессанта по сравнению с аксиолитиком, на что указывают результаты шкалы Спилберге-ра-Ханина для оценки уровня тревожности. Полученные в ходе исследования данные могут быть использованы клиническими психологами, психотерапевтами, а также врачами-дерматологами в практической работе с детьми, страдающими кожной патологией.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ МЕТОДОМ ПОДОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

*Чернявский И.И., Маликова Ю.Ю.*

ООО «Сити-Клиник»

В настоящее время среди обилия дерматологических заболеваний грибковые поражения кожи занимают одно из ведущих мест. За последние годы в России отмечается рост заболеваемости онихомикозами. В мире рост распространенности онихомикозов принимает такой уровень, что некоторые специалисты говорят об эпидемии онихомикоза (Лещенко Г М, Богуш П Г, 2001, Буттов Ю С, 2002, Потеев Н С с соавт, 2006, Dorko E et al, 2002, Lacroix C et al, 2002, Lestnngant G et al, 2002, Sergeev AY et al, 2002, Sanmano B et al, 2004, Hilmioğlu-Polat S et al, 2005, Tosti A et al, 2005) По некоторым данным, онихомикозы в структуре дерматологической патологии составляют 24%, другие микозы – 7%. Актуальность проблемы не снижается во многом связана с высоким уровнем заболеваемости, несмотря на наличие в лечебной практике дерматовенерологов большого выбора различных противогрибковых препаратов. В формировании контингента больных онихомикозом существенное значение имеет состояние соматического здоровья: риск возникновения грибкового заболевания ногтей при заболеваниях сердца и сосудов увеличивается в 30 раз, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и отягощенном аллергологическом анамнезе – в 3 раза (Файзуллина Е.В., 2002 г.), в свою очередь это приводит к ограничению назначения системных антимикотиков. Поводом для проведения лечения онихомикозов без применения системных противогрибковых препаратов явилось наличие у пациентов противопоказаний к их применению, таких как порфирия, системная красная волчанка, волчаночноподобный синдром, системные заболевания крови, лейкопения, органические заболевания печени и почек, печеночная недостаточность. Методом лечения было выбрано подологическая обработка ногтей (медицинский педикюр). Под нашим наблюдением с января по октябрь 2020г. находились 97 человек больных онихомикозами с поражением ногтей стоп и кистей разной степени распространенности, от единичных до тотальных. Возраст пациентов от 25 до 75 лет, из них 44% женщины и 56% мужчины. Все пациенты перед началом лечения проходили лабораторное исследование в виде микроскопии с подтверждением наличия элемен-

тов грибов. Процедура по удалению пораженной части ногтя была 1 раз в 3-4 недели, срок лечения варьировал от 4 до 10 месяцев. После окончания лечения всем находящимся на лечении проводился контроль методом прямой микроскопии соскоба ногтя. В результате подологического лечения 98% пациентов ногтевые пластинки стоп отрасли клинически здоровыми полностью, патогенные грибы при микроскопии препарата отсутствовали и у 100% больных с поражением ногтей кистей восстановились ногтевые пластинки и отсутствовали грибы при микроскопии.

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

## **СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА**

**Чистяков Н.Д., Тропин А.К.**

*Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Детская поликлиника № 55 (Городская поликлиника № 74), Санкт-Петербург*

Цель работы – ознакомить практикующих врачей с редким случаем герпетической экземы у грудного ребенка с быстрой положительной динамикой. В январе 2021 года в детскую поликлинику обратилась мать с 7-месячным грудным ребенком по поводу появления у него пузырьковых высыпаний. Со слов матери девочка болеет четвертый день, с 2 месяцев находится на искусственном вскармливании. (У матери на следующий день на коже красной каймы верхней губы образовался пузырек с прозрачным содержимым, у других членов семьи высыпаний не было.)

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Слизистая мягкого неба гиперемирована. Периферические лимфоузлы не увеличены. На тыльной поверхности верхней трети левого плеча и в области левого лучезапястного сустава на фоне яркой гиперемии видны по одному очагу сгруппированных микровезикул

с прозрачным содержимым. Размер очагов до 2,0 см в диаметре. На коже разгибательной поверхности левой верхней конечности умеренная гиперемия, небольшое шелушение, мелкие одиночные не сливающиеся пузырьки. На красной кайме верхней губы 3 близко расположенных пузырька, на тыльной поверхности второго пальца правой кисти одиночный пузырек. Осмотрена педиатром, установлен диагноз острого ринофарингита. На второй день девочка была консультирована дерматологом Консультативно-диагностического центра (КДЦ) Педиатрического университета, который подтвердил диагноз герпетического поражения. На 8-й день болезни пузырьковые элементы разрешились, на коже левой верхней конечности оставалась легкая гиперемия и мелкие сухие коричневого цвета корочки. Общий анализ крови и мочи в норме. Окончательный диагноз: герпетическая экзема, острый ринофарингит. Проводилось лечение: виферон свечи 150000 МЕ 2 раза в сутки, в нос називин детский 1-2 капли 3 раза в день (3-4 дня), затем виброцил по 1 капле 4 раза в день (5 дней), орошение зева мирамистином 3раза в день (5 дней), наружно фукорцин, лосьон неотанин .

Мы предполагаем, что мать ребенка являлась носителем герпесвирусной инфекции, и от нее произошло заражение дочери.

## **ПОЛИФАКТОРНЫЙ ПОДХОД К СТИМУЛЯЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ МЕЛАНИНА**

**Чухраева Я.А.**

*Первый Московский государственный медицинский университет им И.М Сеченова*

Актуальность. Физиология образования меланина в коже происходит в несколько этапов, согласно определенной схеме, под действием ультрафиолетового света и гормонов. Запускается данный процесс, когда фотон ультрафиолетового света (hN) влияет на меланоциты и эйкозаноиды (регуляторы клеточных функций). В этих клетках начинает активироваться синтез фермента тирозиназы, который окисляет тирозин. Тирозин – это аминокислота, в ходе фотохимической реакции которая образуют меланин и тиреоидные гормоны (тироксин). Длинноволновое ультрафиолетовое излучение вызывает формирование полимерной структуры меланина. Основой для синтеза меланина является медь (содержащий фермент

тирозидазы). На активность ее влияют эйкозаноиды. Именно они в первую очередь реагируют на УФ-излучение и гормоны. Синтез меланина – это сложный биохимический процесс, который вовлекает такой аминокислотный ряд: тирозин, цистеин, аланин. Тирозин также используется для синтеза катехоламинов (гормоны мозгового слоя надпочечников: адреналин, норадреналин, дофамин). Аминокислота тирозин под действием фермента тирозиназы и ионов меди образуется 3,4-диоксифенилаланин L-формы (ДОФА) – ароматическая аминокислота. Этот продукт гидроксирования тирозина повторно вступает в реакцию под влиянием меди и того же фермента с образованием дофахинона. На этом этапе формируются разные пути синтеза феомеланина и эумеланина. Для усиления процесса выработки мелатонина авторами предложено использовать процедуры сочетанного применения магнитоэлектрофореза активных препаратов с последующей фотоактивацией фотохимических реакций в коже.

**Цель работы.** Разработать полифакторный подход к стимуляции образования меланина.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 18 клиентов косметологического центра в возрасте от 42 до 58 лет, имеющие возрастные изменения кожи лица и давшие добровольное согласие на участие в исследованиях. В исследовании принимали участие только женщины, которые были разделены случайным образом на 2 равные группы. Оценка эффективности процедур выполнялась на основе десяти бальной шкалы субъективной оценки состояния кожи (СОСК-10). В первой группе проводились процедуры по стимулированию выработки мелатонина методом безинъекционного введения в артериальную систему препаратов с высоким содержанием Аминокислоты тирозин (L тирозин) и аскорбиновой кислоты методом импульсного магнитоэлектрофореза. Введение препаратов выполнялось с пассивного минусового электрода, установленного на проекцию наружной сонной артерии, активный электрод обеспечивал трансдермальное введение ионов меди монополярными положительными импульсами в постоянном магнитном поле. Во второй группе дополнительно во время процедуры, направленные на усиление фотохимических реакций. Активный электрод – обеспечивал сочетанное воздействие оптическим потоком ультрафиолетового, красного и синего спектра и моно полярными положительными импульсами в постоянном магнитном поле. Продолжительность процедуры в обеих группах составляла 40

минут. Процедуры проводились 3 раза в неделю. Суммарно было выполнено каждому клиенту 9 процедур.

**Результаты и обсуждение.** У всех участниц исследования, после проведения процедур отмечалось улучшение состояния кожи не менее чем на 4 пункта (по шкале СОСК-10), улучшение тургора и цвета кожи, настроения, снижался уровень депрессии и тревоги. Отрицательных эффектов после проведения процедур не зарегистрировано. Все участницы исследований с удовольствием принимали участие в исследовании.

**Выводы.** По результатам исследований у клиентов, первой группы значения СОСК-10 составило до проведения исследований  $5,8 \pm 1,3$  после 9 процедур  $5,4 \pm 1,1$ , во второй группе  $6,5 \pm 1,4$  и  $7,5 \pm 1,3$  соответственно. Дополнительно следует отметить, что клиенты второй группы были более заинтересованы в проведении повторного курса. Полифакторный подход к стимуляции образования меланина в коже на основе применения безинъекционного введения в артериальную систему Аминокислоты тирозин (L тирозин) и аскорбиновой кислоты методом импульсного и магнитофотоэлектрофореза ионов меди при сочетанном воздействии оптическим потоком ультрафиолетового, красного и синего спектра и моно полярными положительными импульсами в постоянном магнитном поле оказался наиболее эффективным методом улучшения состояния кожи лица и настроения клиентов, принимавших участие в исследовании.

## СИМПТОМ «СПИНЫ СИБИРСКОЙ ДАЧНИЦЫ»

*Шахматов Д.А.*

*Клиника «Претор», ООО «Центр лечебно-профилактических технологий»*

Количество злокачественных поражений кожи с каждым годом становится больше. Частота их возникновения коррелирует с различными видами воздействия ультрафиолетового излучения. Для основных промышленных мегаполисов Сибири (Новосибирск, Красноярск, Омск, Томск и Кемерово), находящихся на 55-56 градусах северной широты, характерно широкое распространение такого типа деятельности, как дачное земледелие. Большинство работ в этом случае проводятся на открытом воздухе в наклонном по-

ложении в ясную солнечную погоду, как правило, лицами старше 40-50 лет. Нами при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров различных контингентов трудоспособного населения в 2016-2020 годах на базе клиники были выявлены характерные изменения на коже спины у обследованных. Выделенная группа выборки состояла из 3886 мужчин и 4093 женщин в возрасте от 55 лет до 71 года. В процессе осмотров у 24,31% людей были выявлены характерные изменения на коже, при этом в 87,6% случаев это были женщины, которые значительную часть лета проводят на садовых участках. Все обнаруженные изменения локализовались в основном на верхней части спины, усиленная пигментация кожи сохранялась обычно в течение всего года, несмотря на отсутствие воздействия ультрафиолета в осенне-зимний и весенний периоды. Пигментация на коже груди и живота была нормальная или слабо выражена. Для патологического процесса характерен истинный полиморфизм кожных элементов в области поражения (папилломы, кератомы и пигментные невусы). По частоте выявления элементы распределились в следующем порядке: пигментные невусы – кератомы – папилломы. Пигментные невусы были более интенсивного коричневого оттенка, мелкого и среднего размера от 0,5 до 2 см, возвышались над уровнем кожи. Цвет кератом варьировал от телесного до светло-коричневого, у большинства экзантем поверхность образований имела веррукозное строение. Их количество на небольшом участке кожи можно определить как множественные, по видам себорейные и актинические. Папилломы при локализации на коже спины имели плоскую округлую форму с оттенками коричневого цвета и четкими границами. При проведении выборочной дерматоскопии 17 пациенткам была рекомендована консультация онколога. При достаточно высокой частоте выявления аналогичных поражений кожи одинаковой локализации мы посчитали возможным объединить совокупность этих проявлений в симптом и назвать его симптом «спины сибирской дачницы» (back of the Siberian summer resident (BSSR)).

Таким образом, учитывая высокую концентрацию кожных элементов, предрасположенных к пернициозному перерождению, рекомендовать врачам-дерматологам при осмотре пациентов с подобными поражениями кожи спины, проводящим медицинские осмотры, иметь повышенную настороженность в отношении возможного выявления злокачественных новообразований кожи.

## **ПРОБЛЕМА УТРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА**

*Шемшук М.И., Сучкова Т.Н., Короткий В.Н.*

*РНИМУ имени Н.И.Пирогова, кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета*

**Цели.** Определение роли половых гормонов в развитии поздних акне.

**Задачи.** Изучение активности андрогенов в постменопаузе. Корреляция этих изменений с выраженностью воспалительных высыпаний.

**Материалы и методы.** Проблема акне остается актуальной не только для подростков, но и для взрослых женщин. Высыпания отличаются своей локализацией и выраженностью воспалительного процесса. Так у лиц подросткового возраста чаще поражается Т-зона (лоб, нос) у лиц старше 25 лет U-зона (щеки, вокруг рта и нижняя часть подбородка). В последнее время участились обращения женщин с проявлениями акне в период менопаузального перехода. Следует отметить, что проявления акне у взрослых пациентов исключает появление комедонов. В то же время выраженность воспалительного процесса и определяет тяжесть течения заболевания. В этот период акне следует дифференцировать с розацеа, розацеаподобным периоральным дерматитом. Лабораторные показатели являются необходимыми маркерами в постановке диагноза и назначении лечения. Нарушение в менопаузу функционирования гипоталамо-гипофизарной системы ведет к нарушению гормонального фона и вегетативной нервной системы. Стоит отметить, что в естественной постменопаузе не отмечаются выраженные изменения уровней андрогенов. Андрогены синтезируются в коре надпочечников и в яичниках. Циркулирующие уровни андростендиона, общего и свободного тестостерона снижаются.

**Результаты.** Обследовано 9 женщин, находящихся в одинаковом менопаузальном периоде. Возраст женщин составил 43-51 год. У всех были жалобы на появление воспалительных элементов в области щек и подбородка. Все женщины прошли гормональное исследование. Определялись ДНЕА, андростендион, общий тестостерон. Отмечались незначительные изменения исследуемых гормонов, в сторону их снижения. У 5 женщин, не имеющих акне в подростковом возрасте, показатели были ниже, чем у 4 женщин, имеющих эти проблемы в пубертате. У женщин, имеющих акне в пубертате, при посеве отмечался обильный рост

*Staphylococcus epidermidis*. У остальных женщин с акне был выявлен умеренный рост *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*. Стоит отметить, что 3 пациента были с нарушением толерантности к глюкозе. У 6 человек показатель ИМТ составлял более 30, что свидетельствовало об избытке массы тела. После назначения гинекологами низкодозированного эстроген-гестагена и наружной терапии, кожный процесс в виде воспалительных акне полностью разрешился.

Выводы. Оценивая гормональный фон, необходимо решать вопрос о назначении менопаузальной гормонотерапии врачами-гинекологами. Так как, не учитывая этот фактор, проблема акне приобретает рецидивирующее течение. Своевременное назначение гормонзаместительной терапии совместно с наружными препаратами, снимающими воспаление и обладающими антибактериальными свойствами, дает положительный результат. Вопрос, как меняется микробиом кожи в период менопаузального перехода, изучается нами и поможет в дальнейшем найти правильный и индивидуальный подход к лечению акне у женщин.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

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

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии ДЗМ», Филиал «Юго-Западный»*

Злокачественные опухоли кожи и ее придатков (меланома, рак кожи) у детей и подростков очень редки, в отличие от взрослых. 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 не опухолевые 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 (синдром Горлина-Гольтца, синдром множественной невоидной базальноклеточной карциномы), нейрофиброматоз I типа (болезнь Реклингхаузена), болезнь Коуден, синдром семейных атипичных множественных родинок и меланомы (FAMMM-syndrome). Наиболее часто рак кожи у детей возникает на фоне облигатного предрака – пигментной ксеродермы (генетически детерминированного врожденного заболевания кожи), сопровождающего повышенной чувствительностью к ультрафиолетовому излучению, при котором злокачественное перерождение кожи наступает почти в 100% случаев. К меланомоопасным образованиям кожи у детей следует отнести: спорадические диспластические невусы, множественные диспластические невусы в составе синдрома диспластических невусов, наличие крупного или врожденного гигантского пигментного невуса, Спиц-невус, невус Ота, голубой невус. Гигантские врожденные невусы содержат незрелые меланоциты, в которых велика вероятность спонтанной мутации, приводящей к меланоме. Риск развития меланомы на фоне гигантского врожденного меланоцитарного невуса выше – в первые 10 лет жизни, а на фоне остальных – у взрослых. Меланома – опухоль нейроэктодермального происхождения и одна из наиболее злокачественных опухолей человека, часто рецидивирующая и метастазирующая как лимфогенным, так и гематогенным путем. Уровень заболеваемости меланомой кожи у детей и подростков в России, по различным данным, составляет 0,65-1,1 на 1 млн., что аналогично показателям в Германии и Новой Зеландии (по 1), в Австралии – 4 на 1 млн. У подростков 15-19 лет заболеваемость достоверно выше – 12,6 на 1 млн., что сопоставимо с показателями в США (11,1) и в 2,3 раза ниже, чем в Австралии. Частота заболевания не зависит от пола, встречается во всех возрастных группах, наиболее часто – в возрасте от 4 до 6 лет и от 11 до 15 лет, с возрастом заболеваемость увеличивается. Наибольшая заболеваемость наблюдается среди белых детей Австралии и составляет 8,5 на 1 млн. среди мальчиков и 7,1 среди девочек и для обоих полов увеличивается с возрастом, в возрасте от 0 до 4 лет частота меланом равна 1 случаю на 1 млн., а в возрасте 10-14 лет этот показатель уже равен 30. Частота меланомы детей в возрасте 15-19 лет удвоилась за прошлое десятилетие, но осталась неизменной в младшей возрастной группе. У детей, как и у взрослых, выделяют спорадическую

и наследственную формы меланомы кожи. Чаще поражаются верхние и нижние конечности, области головы и шеи, туловище. Приблизительно в 5% случаев меланома поражает не кожу, а другие органы – глаза, слизистую оболочку (ротоглотки, влагалища и заднего прохода). У детей, как правило, встречается исключительно узловатая форма меланомы. В отличие от других злокачественных опухолей кожи морфологическое подтверждение диагноза в большинстве случаев носит ретроспективный характер. Оставленные, без должного внимания, пигментные образования кожи, глаз, слизистой ротоглотки, слизистой влагалища, кожи ануса и слизистой прямой кишки у детей формируют группы риска по развитию меланомы взрослых. Морфологическое строение опухолей кожи у детей не отличается от взрослого населения. Обязательно необходима морфологическая верификация новообразования для составления плана лечения, для лечения используются хирургические и консервативные методы. 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.

## **ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ В ПРОЕКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НА ФОНЕ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ**

*Щенникова Н.К.*

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

**Введение.** В настоящее время при наличии нескольких теорий возникновения меланоцитарных невусов в течение жизни, точные причины возникновения этих образований остаются малоизученными. Развитие меланоцитарных невусов – многофакторный и гетерогенный биологический процесс, и молекулярные события, приводящие к меланоцитарным новообразованиям, многочисленны и только начинают раскрываться. На данный момент предполагается, что наибольшее влияние оказывает чрезмерная инсоляции. Опыт

осмотров здорового населения и пациентов стационаров позволил нам предположить тенденцию возникновения в течение жизни меланоцитарных невусов в проекции крупных сосудисто-нервных пучков, учитывая нейрогенное происхождение клеток меланоцитарного ряда.

**Цель работы.** Установить возможную взаимосвязь между приобретенными меланоцитарными образованиями с состоянием периферических нервов и выяснить возможную роль нервной системы в их возникновении.

**Задачи.** Провести параллель между изменениями периферических нервов и возможным возникновением меланоцитарных невусов в проекции этой патологии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 103 жителя Нижнего Новгорода и Нижегородской области, из них мужчин – 32 (31,07%) и женщин – 71 (68,93%), в возрасте от 21 до 74 лет. В ходе работы были использованы: опросник, специально разработанный электронный протокол, осмотр, фотографирование. У всех, принявших участие, было получено добровольное письменное информированное согласие.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Среди обследованных были выделены группы: 1 группа – присутствует общая тенденция к появлению меланоцитарных невусов в проекции нервных стволов, но отсутствуют определенные неврологические патологии (n=25, 24,27%); 2 группа – тенденция к проекции, связана с отмечаемыми обследуемым болевыми ощущениями неврологического характера в определенной области (n=20, 19,42%); 3 группа – появление меланоцитарных невусов в проекции нейропатии (n=18, 17,48%); 4 группа – появление меланоцитарных невусов непосредственно в области определенной нейропатии (n=10, 9,71%); 5 группа – выявлена тенденция к проекции в области травм (n=9, 8,74%); 6 группа – тенденция к проекции не выявлена (n=21, 20,39%). Отсутствие определенной тенденции в группе 6 мы связываем с определенными фенотипическими особенностями ее участников, отмечается наличие множественных невоидных образований, тенденция с диспластическим невусам. Тенденцию к расположению образований по ходу нервных пучков среди множественных элементов выявить не удалось. Среди всех участников исследования выявить тенденцию к возникновению невусов в проекции крупных сосудисто-нервных пучков удалось у 82 исследуемых (79,6%,  $p=3,97\%$ ).

**Выводы.** Полученные результаты в целом позво-

ляют сделать вывод о наличии взаимосвязи между появлением приобретенных меланоцитарных образований и патологическими состояниями периферических нервов. Дальнейшее изучение данной проблемы позволит более точно установить возможные причины возникновения меланоцитарных невусов в течение жизни.

## **РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ**

*Демина О.М.*

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

Акне – мультифакторальное заболевание, в патогенезе которого на всех стадиях дерматоза ве-

дущая роль отводится развитию воспалительной реакции. Известно, что триггерным фактором воспаления при акне являются Cutibacterium acnes (*C. acnes*), индуцирующие иммунный ответ кератиноцитов, CD3+ и CD4+ Т-лимфоцитов и макрофагов. Установлено, что *C. acnes* инициирует врожденный иммунитет через TLR2 и на ранних, и на поздних стадиях течения дерматоза. Индукция TLR ведет к экспрессии генов иммунного ответа, включая кодирующих цитокины и хемокины, обеспечивающих хемотаксис клеток иммунной системы. Важными компонентами регуляции воспаления является система медиаторов, сбалансированная работа которой обеспечивает равновесие и своевременность фаз воспалительного ответа и восстановление структуры тканей. Ген VPS45 (Vacuolar Protein Sorting 45 Homolog) кодирует белок, связанный с клеточными мембранами, который функционирует при транспорте белка и высвобождении медиаторов воспаления, особенно в лейкоцитах. При проведении молекулярно-генетического исследования у пациентов с акне были выявлены 18 однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) гена VPS45 rs3754047, rs9887866, rs2027349, rs187816257, rs192850081, rs72692896, rs41264041, rs72692897, rs72692898, rs115802109, rs587614001, rs116256724, rs3736082, rs782415502, rs7518711, rs76690929. Полученные данные по SNPs гена VPS45 могут являться одним из регуляторных факторов нарушения хемотаксиса нейтрофилов и повышения риска апоптоза

фибробластов.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об ассоциации выявленных SNPs гена VPS45 с тяжелым течением акне.

## **МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПАТОГЕНЕЗА АКНЕ**

*Потекаев Н.Н., Демина О.М.*

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

Перспективным направлением современных исследований является изучение регуляторных факторов развития болезней кожи, в патогенезе которых одним из механизмов является воспаление. В настоящее время показано, что акне является воспалительным заболеванием с поражением сально-волосяных фолликулов (СВФ). Показано, что взаимодействие себоцитов с *C. acnes* опосредовано активацией Toll-подобных рецепторов 2 (TLR2) с последующей секрецией медиаторов воспаления. Однако, несмотря на избыточную колонизацию *C. acnes* СВФ, механизмы, лежащие в основе экспрессии воспалительных генов в эпителиальных клетках СВФ при акне, до сих пор неизвестны. Одним из предполагаемых механизмов развития воспаления является эпигенетический путь активации синтеза медиаторов воспаления, в частности провоспалительный ответ кератиноцитов, возможно, обусловлен ингибированием гистодацетилаз (HDAC). Ранее существовало мнение, что постоянные и неизменяемые гены являются определяющими в развитии болезней человека. Однако на сегодня имеются сведения о том, что на активность генов оказывают влияние факторы окружающей среды, питание, дисбаланс микробиома организма и ряд других, так называемых эпигенетических факторов. Так, последовательность ДНК из 4 нуклеотидов – это генетический код, передающийся в неизменном виде, тогда как эпигенетический код определяется метилированием ДНК. Установлено, что метилирование ДНК и эпигенетическая модификация обуславливают изменения экспрессии генов. Метилирование ДНК осуществляется с помощью фермента ДНК-метилтрансферазы (ДНК-МТ), функция которого регулируется группой генов DNMT (DNA Methyltransferase). Эксперименталь-

ные данные показывают, что при определенных полиморфизмах этих генов уменьшается риск стойкой бактериемии путем изменения паттернов метилирования ДНК. Кроме того, полиморфизмы генов DNMT могут активно подавлять транскрипцию за счет повышения активности HDAC, что в последующем обеспечивает противовоспалительный ответ и регресс воспалительной реакции при акне. Таким образом, изучение эпигенетического пути влияния генов DNMT в патогенезе акне является перспективным направлением и требует дальнейших исследований.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЛОС МЕТОДОМ ИК-СПЕКТРОСКОПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Сохибова З.Н., Шукуров Т.*

Актуальность проблемы. Одной из главных целей современной медицины является диагностика без вмешательства в организм человека. Поэтому в последние годы все большее значение приобретают исследования, направленные на изучение биосубстратов методом молекулярной (инфракрасной спектроскопии (ИК) и комбинационно-го рассеяния света) спектроскопии. Перспективным, но весьма малоизученным направлением научных исследований в изучение проблемы старения кожи является исследование спектральных характеристик волос методом ИК-спектроскопии. Цель исследования. Изучение волос людей в возрастном аспекте, проживающих в районе среднегорья Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В настоящей работе исследовались волосы здоровых людей в возрастных группах 6, 21, 46, 73 и 104 лет, проживающих в г. Хороге (среднегорье – 2200 м над уровнем моря). Каждая возрастная группа состояла минимум из трех лиц мужского пола, только выше 100 лет был один человек. Перед записью ИК-спектров волосы предварительно обезжиривались в 4-хлористом углероде и затем тщательно промывались дистиллированной водой, высушивались, после чего мелко измельчались и смешивались с порошком оптически чистого монокристалла KBr. Полученная смесь прессовалась в специальной пресс-форме под вакуумом для получения «таблетки». Полученные таким образом «таблетки» очень удобны для регистрации ИК-спектров. Регистрация ИК-спектров проводилась на стандартном двухлучевом спектрофо-

тометре SPECORD-75 IR в спектральном диапазоне частот 400-4000 см<sup>-1</sup>.

Результаты исследования. Анализ полученных ИК-спектров волос показывает, что на всем спектральном диапазоне частот 400-4000 см<sup>-1</sup> им характерны несколько полос поглощения, со слабой и сильной интенсивностью. В области частот 2600-4000 см<sup>-1</sup> проявляется одна широкая и интенсивная полоса с  $V_{max}$  при 3330 ( $\pm 50$ ) см<sup>-1</sup>, относящаяся к колебаниям NH-групп (АМИД-А). На низкочастотном крыле данной полосы наблюдается слабый структурный пик с  $V_{max}$  при 2850 и 2910 см<sup>-1</sup> (метиловые группы). В области частот 400-2400 см<sup>-1</sup> наблюдаются несколько полос, среди которых самой интенсивной является дублетная полоса с  $V_{max}$  при 1620, 1540 и полоса 1050 см<sup>-1</sup>. Обычно дублетную полосу приписывают к колебаниям амидных групп (АМИД-1 и 2), а полосу 1050 см<sup>-1</sup> к деформационным колебаниям С-О-Н групп. В данной области частот наблюдается также несколько полос слабой интенсивности, положения  $V_{max}$ . Основные изменения в ИК-спектрах волос наблюдаются в области частот 900-1550 см<sup>-1</sup>. Во-первых, при спектральном исследовании волос у детей полоса 1500 см<sup>-1</sup> имеет очень слабую интенсивность, которая с возрастом растет и ее максимальная интенсивность отмечена в ИК-спектрах у людей в возрасте 80 лет и старше. Также наблюдается смещение  $V_{max}$  полосы 1500 см<sup>-1</sup> в сторону низких частот до 1420 см<sup>-1</sup> (93 года). Во-вторых, в спектрах волос детей отмечен очень слабый пик с  $V_{max}$  при 1320 см<sup>-1</sup>, который с возрастом сглаживается, однако у семидесятилетних она снова появляется, с возрастом ее интенсивность растет и наблюдается смещение в сторону низких частот до 60 см<sup>-1</sup> (у 103 летних). В-третьих, с возрастом наблюдается перераспределение интенсивности между полосами 1400 и 1280 см<sup>-1</sup> и смещение  $V_{max}$  до 15 см<sup>-1</sup> в сторону высоких частот.

Сравнительный анализ ИК-спектров волос здоровых людей в возрастном аспекте и в зависимости от региона проживания со спектром больных может служить хорошим критерием для ранней и неинвазивной диагностики. Таким образом, исследуя спектральные характеристики волос в динамике в зависимости от региона проживания, можно утверждать, что метод ИК-спектроскопии позволяет определить не только влияние среды на процесс старения, но и по изменению спектров судить о состоянии здоровья человека.

На основе полученных результатов можно сделать следующие выводы: 1. Изучение ИК-спектров по-

казывает, что климато-географические условия проживания влияют на морфофункциональную характеристику волос человека. 2. Установлено, что в разных возрастных группах характеристика ИК-спектров волос отличается. 3. Использование ИК-спектроскопии в геронтологии позволяет разработать профилактические мероприятия на доклинической стадии заболевания.

## **ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛО- ВЫМ ПУТЕМ.**

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКС- НОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

*Абдуллаев М.А.*

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

Цель исследования – оценка некоторых иммунологических показателей и эффективности комбинированной терапии больных с остроконечными кондиломами.

Материал и методы. Наблюдали пациентов с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) с остроконечными кондиломами (ОК), средний возраст – 45,5 лет. Изучали состояние иммунной системы по экспрессии антигенов CD-дифференцировочных и активационных. Определяли маркеры иммунокомпетентных клеток CD3, CD4, CD8, CD19, CD16 и циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Проводили гистоморфологические исследования. Пациенты I-й группы получали стандартное лечение: электрокоагуляция/ криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир, циклоферон), местно оксалиновая мазь, а II-й группы ректальные суппозитории и таблетки «Виферон», фототермолизис ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2-х до 4-х процедур с интервалами 7 дней и местно оксалиновую мазь (2 раза в день в течение 30 дней).

Результаты и обсуждение. У 82,5% больных патологический процесс располагался на коже и слизистых наружных половых органов. Отмечено снижение относительного количества CD4-клеток ( $29,90 \pm 0,17\%$  при  $38,62 \pm 0,33\%$  в норме,  $p < 0,001$ ). Содержание CD8-клеток было достоверно увеличено ( $p < 0,05$ ) и в среднем рав-

нялось  $20,22 \pm 0,12\%$  при  $18,00 \pm 0,34\%$  в норме. Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) у этих больных был снижен до  $1,48 \pm 0,01$  (у здоровых  $2,14 \pm 0,04$ ,  $p < 0,001$ ). У обследованных больных наблюдали достоверное увеличение относительного числа CD19-клеток ( $21,00 \pm 0,14\%$ ) по сравнению с нормой ( $16,76 \pm 0,39\%$ ,  $p < 0,001$ ). Выявлено достоверное снижение содержания IgA ( $p < 0,05$ ) и IgM ( $p < 0,05$ ), и они составили  $1,72 \pm 0,02$  г/л и  $1,23 \pm 0,03$  г/л против  $1,89 \pm 0,06$  г/л и  $1,41 \pm 0,03$  г/л соответственно. А уровень IgG достоверно увеличился ( $p < 0,001$ ), и в среднем равнялся  $20,36 \pm 0,36$  г/л против  $12,18 \pm 0,30$  г/л в норме. Изменение CD16-клеток в ту или иную сторону оказывает определенное влияние на противоопухолевую защиту организма. У пациентов с ОК отмечается достоверное снижение относительного содержания CD16-клеток ( $p < 0,05$ ) по сравнению с нормой и, в среднем оно равнялось  $13,04 \pm 0,27\%$ , против  $16,33 \pm 0,49\%$  у здоровых. Выявленные изменения выявлены со стороны ЦИК, которые увеличились в 1,7 раза и составили  $23,02 \pm 0,19$  у.е. при  $13,43 \pm 0,51$  у.е. в норме. Данные подтвердили, что у больных ПВИ с ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета. В связи с этим, при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета. У больных II группы с ОК эпителизация ран на слизистых оболочках в среднем завершалась на  $6,9 \pm 0,16$  день, а в группе больных, получавших традиционную терапию, на  $10,1 \pm 0,18$  день. В конце терапии у больных данной группы отмечалось достоверное повышение относительного количества CD3-клеток ( $p < 0,001$ ) и CD4-клеток ( $p < 0,01$ ). Процентное содержание CD8-клеток было достоверно снижено ( $p < 0,05$ ), а показатель ИРИ достоверно увеличился ( $p < 0,001$ ). Изучение состояния гуморального звена иммунитета показало, что под влиянием комплексной терапии наблюдалось статистически достоверное снижение содержания CD19-клеток ( $p < 0,01$ ), концентрации IgG ( $p < 0,01$ ) и уровня ЦИК ( $p < 0,05$ ). Уровни IgA и IgM в сыворотке крови были достоверно повышены по сравнению с данными до лечения ( $p < 0,05$ ). Под влиянием разработанного метода терапии наблюдалось восстановление содержания CD16-клеток ( $p < 0,01$ ) и эти показатели приближались к таковым у здоровых. После проведенной комплексной терапии с использованием фототермолизиса ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера выявлены положительные сдвиги морфологической картины: метод оказывает положительный эффект, который подтверждается гистоморфоло-

гической картиной биоптата кожи больных с ОК. Выводы. Учитывая наличие иммунодефицита у больных ПВИ, перспективным является комплексное системное лечение этих пациентов. Примененный комплексный метод лечения больных ПРИ с ОК, оказывает положительный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, способствует восстановлению выявленных нарушений в системе иммунитета.

## НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

*Власова М.А., Липова Е.В.*

*Государственный научный центр РФ – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва*

Вагинальный микробиом оказывает значительное влияние на здоровье женщин и при определенных заболеваниях подвергается существенным изменениям. Одной из наиболее часто диагностируемых вагинальных инфекций является бактериальный вагиноз (БВ), который ассоциируется с риском онкологических процессов шейки матки, патологии беременности, осложнениями в послеродовом периоде, риском инфицирования ВИЧ и другими ИППП, вызывает физический и/или психосоциальный дискомфорт, а также в значительной степени снижает качество жизни. Распространенность БВ среди населения по всему миру колеблется от 23% до 29%. Исследования показали, что БВ представляет собой серьезную проблему как для женщин репродуктивного возраста, так и пре- мено- и постменопаузальных возрастов.

Целью исследования явилось изучение литературных данных, посвященных методам диагностики, лечению и выявлению рецидивирующих признаков бактериального вагиноза, которые могут помочь своевременно отследить ход лечения. Критерии Amsel, баллы по шкале Nugent и методы, которые направлены на выявление метаболических маркеров микроорганизмов и используются при первичном обращении пациентов, имеют объективные ограничения, связанные с недостаточной диагностической чувствительностью методов. Поэтому все чаще разрабатываются новые методы диагностики, которые направлены на выявление молекулярных маркеров микроорганизмов. Молекулярно-биологические

методы имеют преимущества высокой чувствительности и специфичности, объективного учета результатов исследования. ПЦР-анализ в реальном времени является самым надежным для верификации бактериального вагиноза. Однако интерпретация результатов исследования должна выполняться в совокупности с данными клинико-анамнестического обследования. Препараты группы 5-нитроимидазолов чаще всего используются для лечения бактериального вагиноза. Однако практически все схемы приема метронидазола приводят к высоким показателям рецидивов БВ (69-80% в течение 12 месяцев). Рецидивирующее течение БВ является актуальной проблемой практического здравоохранения и может быть результатом действия различных механизмов, которые могут различаться у разных людей и служат причиной применения многочисленных альтернатив метронидазолу. Среди лекарственных средств, которые зарегистрированы в РФ для лечения БВ, особое место занимает препарат орнидазол, использующийся в альтернативных схемах терапии. Было доказано, что клинико-лабораторная эффективность терапии больных с БВ орнидазолом (96,7%) превышает таковую при применении метронидазола (86,7%). Кроме того, орнидазол продемонстрировал высокий профиль безопасности и переносимости при лечении больных с БВ. Еще одним препаратом для лечения БВ из группы 5-нитроимидазолов является секнидазол. Секнидазол обладает антимикробными свойствами в отношении ряда анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий. Установлено, что однократный прием секнидазола в дозировке 2 г не только статистически превосходил плацебо по всем исходам эффективности, но и повышал приверженность пациента к лечению и улучшал общие результаты терапии. Так как БВ это часто рецидивирующее заболевание, очень важно выявлять рецидивирующие признаки. В одном исследовании было обнаружено, что количественная оценка микробиома с помощью ПЦР анализа в реальном времени-LBRC (Lactobacillus Relative Composition) лучше всего прогнозирует рецидив после лечения. Результат LBRC<5, полученный в течение 7 дней после лечения метронидазолом, был связан с возникновением рецидива. И, наоборот, у пациентов с ремиссией сразу же после лечения, у которых результаты LBRC≥5, вероятность ремиссии составляла 74%. В другом исследовании было выявлено, что на основании показателей рН и критериев Amsel, у пациентов, посетивших клинику незадолго до рецидива БВ, прогнозировали

рецидив. Только наличие  $\leq 2$  критериев Amsel и значение  $pH < 5$  при посещении до рецидива были прогностическими для пациентов, которые в дальнейшем останутся в ремиссии. Мониторинг ответов пациентов с рецидивирующим БВ на лечение, когда значения Amsel и pH увеличиваются до того, как у пациента появляются симптомы, может улучшить клинический исход.

Учитывая устойчивую и дисбиотическую природу БВ, клинически важным является выявление биомаркеров, которые могут помочь своевременно выявить признаки рецидива, назначать персонализированное лечение, корректировать терапию и повышать клинико-этиологическую эффективность лечения.

## **ПОДХОДЫ ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА К ЛЕЧЕНИЮ M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ**

*Кисина В.И., Романова В.И., Жукова О.В.,  
Гуцин А.Е.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Введение. *M. genitalium* относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), и может приводить к таким осложнениям как ВЗОМТ, трубное бесплодие, эпидидимит, приобретенный половым путем реактивный артрит. В то же время, *M. genitalium* до настоящего времени не включена в статистические формы учета заболеваний, официально регистрируемых в РФ как ИППП. Отличительной чертой *M. genitalium* является способность к быстрому формированию мутаций устойчивости к антибактериальным препаратам, используемым для элиминации возбудителя.

Цель. Оценить подходы врачей-дерматовенерологов Московского региона к лечению *M. genitalium*-инфекции.

Задачи исследования. Изучить схемы назначения антибактериальных препаратов и эффективность лечения *M. genitalium*-инфекции, при обращении пациентов на амбулаторный прием.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования явились клинические данные 454 первичных пациентов с *M. genitalium*-инфекцией.

Результаты. Проведено обследование и лечение 454 пациентов с *M. genitalium*-инфекцией: 393 (86,6%) мужчины, 61 (14,4%) женщина. Соотношение мужчины: женщины = 6,4:1. Анализ при-

мененных пациентам схем лечения показал, что преобладающее число пациентов, обратившихся за медицинской помощью, получали джозамицин (133 из 393 (33,8%) мужчин и 27 из 61 (44,3%) женщин) и значительное число больных – доксициклин (154 из 393 (39,2%) мужчин и 17 из 61 (27,9%) женщин). В то же время в настоящее время эффективность доксициклина, по данным мировой литературы, не превышает 30-40%, и поэтому в соответствии с международными регламентирующими документами, доксициклин относится к препаратам 3-й линии терапии. Помимо этого, отмечено необоснованное назначение различных комбинаций антибактериальных препаратов, не имеющее доказательной базы. При анализе тактики лечения с точки зрения применяемых групп противомикробных средств, установлено, что преобладающей группой препаратов, назначаемых для эрадикации *M. genitalium*-инфекции явились тетрациклины (168 из 393 (42,8%)) у мужчин и макролиды у женщин (30 из 61 (49,2%)). Препараты из группы фторхинолонов, которые согласно Европейским рекомендациям, являются препаратами 2 линии, назначались у 2% (8 из 393) у мужчин и не применялись у женщин. Среди обратившихся на контрольное обследование пациентов элиминация *M. genitalium* констатирована лишь у 65,7% (88 из 134) мужчин и 85,7% (12 из 14) женщин, что говорит о недостаточной эффективности проводимой терапии и используемых схем лечения. Можно предположить, что окончательный процент излечения был бы еще ниже, если бы на контрольное обследование явились все пациенты (не явились для установления излеченности заболевания 259 из 393 (65,9%) мужчин и 47 из 61 (77,0%) женщины).

Выводы. При анализе тактики лечения пациентов с *M. genitalium*-инфекцией врачами-дерматовенерологами Московского, выявлено, что 39,2% мужчин и 27,9% женщин получали доксициклин. Группа тетрациклинов в общем назначалась в 42,8% случаев. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости формирования единого подхода к терапии *M. genitalium*-инфекции. Разработанные и утвержденные Методические рекомендации по ведению пациентов с *M. genitalium*-инфекцией позволят оптимизировать выбор антибиотиков для лечения, что будет способствовать предотвращению развития и распространения резистентности *M. genitalium*.

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2019-2020 ГОДЫ

*Оспанова С.А., Суханбердиева З.М., Сайлауова К.С., Джусунгалиева М.Х.*

*РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК*

По данным официальной регистрации общее число больных ИППП в последние годы в Республике Казахстан имеет тенденцию к медленному снижению. Так, в 2020 году их число составило 27875 (149,6 на 100 тыс. общего населения) случаев против 31 227 (169,8 на 100 тыс. общего населения) случаев – в 2019 году. В динамике за указанный промежуток времени отмечается снижение заболеваемости ИППП на 10,7% (разница между абсолютными цифрами).

В структуре заболеваемости ИППП в 2020 году первое место занимает урогенитальная микоплазменная инфекция (6312 случаев, 33,9 на 100 тыс. общего населения); далее следует урогенитальный трихомониаз (3781 случаев, 20,3 на 100 тыс. общего населения); затем – сифилис (2536 случаев, 13,6 на 100 тыс. общего населения); урогенитальный хламидиоз (1989, 10,7 на 100 тыс. общего населения) и гонококковая инфекция (1467, 7,9 на 100 тыс. общего населения). Структура ИППП в 2019 году была представлена в таком же порядке: на первом месте была урогенитальная микоплазменная инфекция (7802 случая, 42,4 на 100 тыс. общего населения); затем следовал урогенитальный трихомониаз (5571 случаев, 30,3 на 100 тыс. общего населения); затем – сифилис (3484 случая, 18,9 на 100 тыс. общего населения); урогенитальный хламидиоз (2506, 13,6 на 100 тыс. общего населения) и гонококковая инфекция (1950, 10,6 на 100 тыс. общего населения). В 2020 году по сравнению с 2019 годом отмечалось значительное снижение заболеваемости, вызванных основными ИППП: сифилисом (на 5,3 на 100 тыс. общего населения), урогенитальным трихомониазом (на 10,0 на 100 тыс. общего населения), гонококковой инфекцией – на 2,7 и урогенитальным хламидиозом – на 2,9 на 100 тыс. общего населения. Из относительных патогенов в структуре заболеваемости ИППП в 2020 году лидировал дисбактериоз влагалища, ассоциированный с *G.vaginalis* (3920 случаев; 21,0 на 100 тыс. населения против 3522 случая; 19,1 на 100 тыс. – в 2019 году), затем следовала аногениталь-

ная вирусная инфекция (ВПЧ, 6 и 11 типы – 2694 случая; 14,5 на 100 тыс. населения против 1107 случаев; 6,0 на 100 тыс. – в 2019 году) и герпесвирусная инфекция (ВПГ типы 1,2 – 373 случая; 2,0 на 100 тыс. населения против 292 случаев; 1,6 на 100 тыс. – в 2019 году).

Таким образом, в 2020 году по сравнению с 2019 годом отмечено снижение заболеваемости основными (сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз) ИППП и увеличение заболеваний, вызванных относительными (гарднереллез, аногенитальная вирусная и герпесвирусная инфекции) патогенами.

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ АСИМПТОМНОГО НЕЙРОСИФИЛИСА ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ

*Куркович Е.Ю., Доля О.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Введение. Согласно данным статистической отчетности (с 2014 по 2019 г.) заболеваемость всеми формами сифилиса по РФ в целом уменьшилась на 40,0% (с 25,0 до 15,0 на 100 000 населения), однако в то же время заболеваемость нейросифилисом ранним увеличилась с 0,2 до 7,2 на 100 000 населения, нейросифилисом поздним – с 0,8 до 0,14 на 100 000 населения, соответственно.

Целью исследования являлся анализ клинической эффективности применяемых в настоящее время методик лечения асимптомного нейросифилиса.

Материалы и методы. Было проанализировано 100 карт пациентов с установленным диагнозом: А52.2 Асимптомный нейросифилис. Эффективность лечения при анализе 2 основных групп оценивалась по следующим параметрам: негативация/снижение позитивности серологических тестов в сыворотке крови, санация ликвора.

Результаты. Нами были выделены 2 основные группы по применяемым методикам лечения: 1-я. Лечение двумя курсами бензилпенициллина натриевой солью по 14-20 суток каждый с интервалом 14 суток по 10-12 млн ЕД в/в х 2 р/сут. 2-я. Лечение двумя курсами цефтриаксона по 14 суток каждый в/в по 2,0 г с интервалом 14 дней. Из 100 проанализированных карт пациентов с диагнозом А52.2 по первой методике было про-

лечено 26 (26%) пациентов, по второй методике было пролечено 30 (30%) пациентов. Оставшиеся 44 (44%) пациента были пролечены либо одним курсом вышеназванных методик, либо методиками, не регламентированными действующими нормативными документами (всего применялось более 8 вариантов лечения пациентов с диагнозом А52.2). Из 100 (100%) анализируемых пациентов 55 мужчин (55%), 45 женщин (45%). Наибольшее число больных с диагнозом асимптомный нейросифилис приходится на группу 51-60 лет (32%: среди которых мужчин – 18, женщин – 14), далее 41-50 лет (29%: среди которых мужчин – 19, женщин – 10), 61-70 лет (17%: среди которых мужчин – 9, женщин – 8), 30-40 лет (16%: среди которых мужчин – 5, женщин – 11), 70-80 лет (6%: среди которых мужчин – 4, женщин – 2). 26 пациентов получили лечение двумя курсами бензилпенициллина натриевой солью по 14-20 суток каждый с интервалом 14 суток по 10-12 млн ЕД в/в х 2 р/сут. Из них 18 пациентов были сняты с учета в срок от 2 до 6 лет после установления диагноза, что составило 69,2%. Дополнительное лечение от 1 до 2 курсов проводилось в 19 случаях (73%). При анализе результатов клинико-серологического контроля (КСК) на разных сроках наблюдения из 18 снятых с учета пациентов значимое снижение РМП произошло у 14 (77,7%) пациентов в срок от 1 до 3 лет после окончания специфического лечения: 4 (22,2%) пациента снято с учета с результатом РМП 4+, один (5,5%) пациент с полной негативацией РМП. У пациентов обеих групп отмечалась клеточно-белковая диссоциация в ЦСЖ (плеоцитоз при нормальном содержании белка). Нормализация цитоза в период от нескольких недель до нескольких месяцев после окончания терапии наблюдалась у всех 18 пациентов, снятых с учета. При анализе результатов контрольного исследования СМЖ отмечено, что последнее не было проведено 3 пациентам в связи с наличием противопоказаний. 30 пациентов получили лечение двумя курсами цефтриаксона по 14 суток каждый в/в по 2,0 г с интервалом 14 дней. Из них 14 было снято с учета в срок от 2 до 5 лет, что составило 46,6%. Дополнительное лечение от 1 до 3 курсов получили 17 (56,6%). При анализе результатов КСК на разных сроках наблюдения из 14 снятых с учета пациентов значимое снижение РМП произошло у 13 (92,8%) пациентов в срок от 1 до 3 лет, один пациент (7,14%) был снят с учета с результатом РМП 4+1:32, один пациент с полной негативацией РМП. Нормализация цитоза в период от нескольких недель до нескольких месяцев

после окончания терапии наблюдалась у всех 14 пациентов, снятых с учета. При анализе результатов контрольного исследования СМЖ отмечено, что последнее не было проведено 3 пациентам в связи с наличием противопоказаний.

**Заключение и выводы.** Из общего количества анализируемых пациентов с учета было снято 50% пациентов. 14% пациентов с диагнозом А52.2 не являлись на КСК. Следует отметить, что в полном объеме ни одна из методик специфического лечения, рекомендованных методическими рекомендациями ДЗМ г. Москвы и клиническими федеральными рекомендациями, соблюдена не была, что обусловило проведение дополнительных курсов лечения в 55% случаев от общего количества проанализированных пациентов. Ожидаемо была установлена высокая эффективность лечения в группе пациентов, получивших бензилпенициллина натриевую соль в сравнении с группой пациентов, получивших цефтриаксон.

## **ПОЗДНИЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА - С СИМПТОМАМИ И БЕЗ СИМПТОМОВ**

*Лосева О.К., Бохонович Д.В., Жуковский Р.О., Залевская О.В., Квижинадзе Г.Н., Стрибук П.В., Туаева Р.Г., Кисель О.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Медицинский институт непрерывного образования ГБОУ ВО «МГУПП»*

**Введение.** За последние 20 лет заболеваемость всеми формами сифилиса в Московском регионе снизилась в 3,5 раза. В то же время регистрация поздних форм выросла в 16 раз. Пациенты с поздними формами заболевания стали преобладающей группой среди всех больных сифилисом, и в последние годы большая часть наших исследований была посвящена именно им. И если в первом десятилетии XXI века наибольшего внимания требовал нейросифилис, то во втором – висцеральные формы заболевания.

**Цели исследований:** 1) Совершенствование диагностики и ведения пациентов с сердечно-сосудистым сифилисом 2) Анализ вариантов специфической висцеральной патологии, регистрируемой в современных условиях, и полноты их диагностики 3) Выявление специфической нейро- и висцеральной патологии у пациентов с сифилисом в анамнезе 4) Изучение неспецифической висце-

ральной патологии у больных сифилисом.

Результаты. 1) Изучены анамнестические, клинические и лабораторные данные 50 пациентов, у которых диагностирован поздний кардиоваскулярный сифилис. Проведено динамическое наблюдение в течение 2-6 лет. 22% пациентов госпитализировались по СМП в НИИ скорой помощи в тяжелом состоянии. 36% перенесли инфаркты миокарда в сроки от 4 до 17 лет до диагностики КВС, 8% – неоднократно. В 36% случаев диагноз КВС устанавливался у лиц с леченым сифилисом в анамнезе. В течение наблюдения умерли 5 пациентов (10%). Наиболее опасным вариантом КВС является аневризма аорты, в особенности при сочетании с выраженной аортальной недостаточностью. Специфическое лечение не гарантирует полной остановки патологического процесса и в ряде случаев не защищает от летального исхода. Оперативное лечение эффективно устраняет морфологические дефекты, если в послеоперационном периоде удастся избежать тяжелых осложнений. Очень ответственным является вопрос об очередности специфического и хирургического лечения (имел место летальный исход на фоне специфической терапии при нарастающей срочности показаний к хирургическому лечению). Разработан алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов с КВС. Изданы методические рекомендации по диагностике и лечению КВС. 2) В процессе работы выявлены лишь 3 варианта висцеральной патологии при позднем сифилисе: КВС, сифилитический гепатит, полиорганное висцеральное поражение. Соотношение поздних скрытых и манифестных форм составляет на сегодня 11:1. Это свидетельствует о неполноте выявления симптомных вариантов поздних форм. 3) Проведено ликворологическое и кардиологическое обследование 145 пациентов, получивших в прошлом (от 2 до 25 лет назад) лечение по поводу преимущественно ранних форм сифилиса. Выявлен нейросифилис у 35 (24%), кардиоваскулярный сифилис у 21 пациента (14,5%). Из документально подтвержденного анамнеза 76 больных нейросифилисом, выявленных в неврологических стационарах Московской области, известно, что 22 из них ранее получали лечение по поводу различных форм сифилиса. Из 120 пациентов, получавших лечение по поводу скрытых форм сифилиса, при кардиологическом обследовании (ЭКГ, Эхо-КГ, УЗДГ БЦА) симптомы позднего КВС выявлены у 12 (10%). 4) Установлено, что неспецифическая сопутствующая патология органов кровообращения, пищеварительной, мочеполовой, эндо-

кринной и нервной систем встречается у больных сифилисом существенно чаще, чем в популяции (статистически подтверждено). Это определяет направления поиска сопутствующей патологии и её санации, что улучшает в том числе и результаты специфического лечения.

Выводы. 1. В современной ситуации преобладания поздних форм сифилиса выявление висцеральной специфической патологии представляется неполным. При скрытых формах необходим целенаправленный поиск клинической патологии. 2. Существующее специфическое лечение не гарантирует 100% положительного результата. Это требует дополнительного клинико-серологического обследования в отдаленные сроки после лечения и длительного (25 лет) хранения медицинской документации пациента. 3. Санация неспецифической сопутствующей патологии улучшает перспективы лечения сифилиса.

#### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТСУТСТВИЯ НАСТОРОЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ СИФИЛИСА**

*Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кошелев Ю.А., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Кузнецов Д.В., Абдуллаева Н.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Представляем вашему вниманию клинический случай отсутствия настороженности врачей-неврологов в отношении сифилиса.

Пациент З., 1954 г. р. направлен на консультацию в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» из филиала «Южный», при обследовании для оформления в дом ветеранов от 19.12.19: РМП 3+, ИФА 15,0, Ig M не обнаружены, Ig G обнаружены кп3,4, РИФ 4+/4+, РИБТ 67%.

Из анамнеза: Анамнез собрать практически невозможно из-за выраженных когнитивных нарушений.

Но пациент настойчиво утверждает, что лечился от сифилиса в КВД на «Войковской». В архивных журналах филиала «Тимирязевский» и «Головинский» пациент не числится. Пациент указывает разные годы заболевания. От 5 до 12 лет назад. Другие подробности не помнит.

Сопровождающая пациента сообщила, что у него было 3 инсульта.

- Предоставлена выписка из истории болезни из

ГБУЗ МО «Можайская ЦРБ» Первичное сосудистое отделение для больных ОНМК, где пациент находился на лечении с 13.08.19 по 20.08.19, где пациент находился с диагнозом:

-основной: Повторный ишемический инсульт в бассейне левой СМА от 10.08.19.Правосторонний гемипарез. Сенсорно-моторная афазия;

-сопутствующий: Энцефалопатия смешанного генеза (токсическая, сосудистая). Когнитивные нарушения. Множественные ссадины конечностей. При обследовании от 13.08.19: ИФА обнаружены кп 7,1.

11.08.19: РКТ головного мозга. РКТ признаки свежих очаговых и объемных образований в веществе полушарий мозга и по ходу оболочечно-пространства, нарушений мозгового кровообращения на момент исследования не выявлено. Признаки энцефалопатии.

Ликворологическое обследование не проводилось. Дерматовенерологом не консультирован.

- Предоставлена выписка из историй болезни из ГБУЗ МО «Можайская ЦРБ» Первичное сосудистое отделение для больных ОНМК, где пациент находился на лечении с 21.09.19 по 28.09.19 с диагнозом:

-основной Повторный ишемический инсульт в бассейне левой СМА от 10.08.19.Правосторонний гемипарез. Элементы сенсорно-моторной афазии. Энцефалопатия смешанного генеза (токсического, сосудистого). Когнитивные нарушения. Множественные ссадины конечностей.

-При обследовании от 17.09.19: ИФА обнаружены кп 7,7.

-На РКТ головного мозга от от 14.09.19: РКТ признаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга. Кистозно-глиозные изменения левой гемисферы;

-16.09.19 РКТ-контроль: РКТ признак НМК в зоне базальных ядер правой гемисферы, бассейн средней мозговой артерии, гипоксические изменения головного мозга. Кистозно-глиозные изменения левой гемисферы.

Проведено лечение цефтриаксоном по 1,0 (количество дней не указано).

Ликворологическое обследование не проводилось. Дерматовенерологом не консультирован.

23.01.20 осмотрен смежными специалистами референс-центра:

-терапевт: Гипертоническая болезнь 111 ст., церебросклероз, последствия ОНМК от 10.01.19. Когнитивные нарушения. Хр. бронхит курильщика ДН 0-1;

-невролог: Со слов эпилептические приступы несколько меся-

цев. Последний приблизительно месяц назад. ЦВБ, ХИГМ. ПОНМК в БЛСМА от 09.19 (дважды) и в 2018 г. Когнитивные нарушения. Правосторонний гемипарез.

Со слов сопровождающей себя не обслуживает. Ходит с тростью.

Нахождение в стационаре «Клиника им. В.Г. Короленко» невозможно.

-окулист: ОУ Осложненная катаракта. Гипертоническая ангиопатия сетчатки. Миопия слабой степени с астигматическим компонентом.

24.01.2020 Консультирован д.м.н. Доля О.В. Заключение: в настоящее время следует установить предварительный диагноз

A52.1 Рекомендуются проведение дообследования в условиях неврологического/психиатрического стационара с исследованием ЦСЖ (цитоз, белок, РМП, РПА), по результатам которой повторная консультация для установления заключительного диагноза и определения тактики ведения. Учитывая данные анамнеза, лечение цефтриаксоном в 2019 г. пациент эпидемиологически не опасен.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТКИ, РАННЕЕ ПОЛУЧИВШЕЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ СИФИЛИСА**

*Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кузнецов Д.В., Абдуллаева Н.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Представляем вашему вниманию клинический случай пациентки, у которой был диагностирован поздний кардиоваскулярный сифилис.

Пациентка Р., 1974 г. р. в 2020 году направлена на повторную консультацию в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» из филиала «Кутузовский».

Из анамнеза: Пациентка по поводу А51.5 от 20.09.05 получила специфическое лечение в ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко: бензилпенициллина натриевой солью по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки 2 дня (отмена в связи с местной аллергической реакцией), лечение было продолжено цефтриаксон по 1,0 в/м № 15.

Серологическое обследование до лечения от 12.09.05: RW 4+4+4+ 1:240, РИФ 4+/4+, РИБТ 69%. -С 09.10.08 по 22.10.08 проведено дополнительное лечение доксициклином по 0,1 x 2 раза в сутки в

течение 30 дней (РМП 4+1:4, РПГА 4+, РИФ 4+/4+, РИБТ 60% от 10.10.08).

Пациентка была снята с учета в 2010 году, при снятии с учета РМП 3+.

Указывает на половые связи с постоянным партнером с 2011 года. Половой партнер обследован в лаборатории «ИНВИТРО»: RPR, ИФА – отрицательные от 09.06.18. Другие половые контакты с 2011 г. отрицает.

В 2018 г. пациентка впервые была направлена на консультацию в референс-центр из филиала «Кутузовский», где при обследовании от 26.02.18: РМП 4+1:4, РПГА 4+, ИФА суммарные антитела обнаружены КП 7,1, РИФ 3+/4+, РИБТ 58%.

При обследовании в референс-центре от 16.04.18: РМП 4+1:4, РПГА 4+1:2560.

Пациентка осмотрена смежными специалистами референс-центра:

- невролог 26.04.18: неврологического дефицита нет;

- окулист 16.04.18: Пресбиопия ОУ;

- ЛОР 26.04.18: Искривление носовой перегородки без нарушения носового дыхания;

- терапевт 26.04.18: данных за терапевтическую патологию нет.

ЭхоКГ от 13.06.18: стенки аорты уплотнены. Расширение восходящей аорты и дуги аорты. АР 3-2 ст.

В связи с изменениями на ЭхоКГ была направлена на консультацию профессора Лосевой О.К.

Консультация профессора О.К. Лосевой от 13.06.18: Поздний кардиоваскулярный сифилис (сифилитический мезаортит, расширение восходящей части и дуги аорты, АР 3-2 ст.). Рекомендовано лечение:

- 1 этап: внутрь раствор калия йодида 2%, 3%, 5% по 1 ст.л. 3 р/сут, по 7 дней каждую концентрацию;

- 2 этап: юнидокс-солютаб по 0,1 x 2 р/сут. 2 недели;

- 3 этап: цефтриаксон в/м по 0,25 x 1 раз в сутки 3 дня; по 0,5 x 1 раз в сутки 3 дня, далее по 1,0 ежедневно до 28 дней. Через 14 дней 2-ой курс цефтриаксона по 1,0 в/м 14 дней.

Рекомендованное лечение проведено полностью и окончено в 2018 году.

- В 2019 году проведена операция по поводу аневризмы аорты.

- При обследовании в филиале «Кутузовский» от 13.07.20: РМП 3+, РПГА 4+, ИФА 15,8.

- 19.08.20 осмотрена смежными специалистами референс-центра:

- невролог: неврологического дефицита нет;

- терапевт: В 2019 году оперирована по поводу

аневризмы аорты (кардиоваскулярный сифилис). На ЭхоКГ от 24.01.20 – убедительных данных за специфическую патологию нет;

-окулист: ОУ миопия слабой степени.

26.08.2020 консультирована д.м.н. Доля О.В. Заключение: Z86.1. Учитывая объем проведенного специфического и дополнительного лечения, проведенное оперативное лечение, результаты динамического серологического контроля в настоящее время в проведении дополнительного лечения не нуждается. Может быть снята с КСК по достижению общей длительности наблюдения, соответствующей диагнозу А52.0 согласно действующим нормативным документам.

Пациентка снята с учета 25.09.20.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ И НЕЙРОСИФИЛИСОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Агабабаева Ж.А., Козминский Е.Б., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.*

*Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург*

Целью работы явилось изучение особенностей диагностики и лечения пациентов с сифилитическим поражением нервной и сердечно-сосудистой систем.

Материалы и методы исследования. Для диагностики сифилиса были использованы серологические специфические тесты (РПМ, ИФА с определением коэффициента позитивности и титров IgG и IgM, РПГА, РИФаbc, РИФ200 и РИФц (в сыворотке крови и ликворе), инструментальный метод – ЭХО/ЭКГ. В исследуемую группу вошли 1363 пациента, получавших лечение в венерологическом отделении СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» за последние 3 года с диагнозом поздний скрытый сифилис – 796, что составило (58,5%) и с диагнозом серорезистентный сифилис– 567 пациентов (41,5%). Пациенты были в возрасте от 35 до 75 лет, средний возраст составил 35-55 лет, из них – 926 пациентов были мужского пола (68%) и 437 женского (32%). Согласно действующим Федеральным клиническим рекомендациям 1301 пациенту была выполнена диагностическая люмбальная пункция: у 188 из них был выявлен поздний асимптомный нейросифилис (13,8%) и у 38 (2,9%) нейросифилис с

симптомами в виде поздней васкулярной формы, в том числе у 3-х спинная сухотка. На основании жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы 374 пациентам проводился осмотр терапевта и ЭхоКГ, 101 (27%) пациенту был поставлен диагноз поздний сифилис сердечно-сосудистой системы (специфический аортит 1-3 ст.). Особую группу составили 22 пациента (преобладали пациенты мужского пола – 85%), у которых в процессе комплексного обследования был выявлен как сифилис сердечно-сосудистой системы (специфический аортит 2-3 стадии), так и поздний асимптомный нейросифилис на основании результатов исследования ликвора. Причем ранее 5 пациентов из этой группы уже получали лечение по ранним формам сифилиса амбулаторно и находились на КСК в районных КВД. До поступления в венерологическое отделение 12 пациентов получали лечение в терапевтических стационарах: 2 пациента с диагнозом нестабильная стенокардия и 10 пациентов с диагнозом ишемический инсульт.

Результаты. Пациенты получили полноценный курс специфической терапии по схемам лечения кардиосифилиса и позднего нейросифилиса согласно современным клиническим рекомендациям, 3 пациента были направлены в центр НИИ им. Алмазова для дальнейшего оперативного лечения.

Выводы: 1. В последние годы отмечается рост поздних висцеральных форм сифилиса в виде сифилиса сердечно-сосудистой системы и позднего нейросифилиса, а также сочетания обеих висцеральных форм. 2. Необходимо оптимизировать взаимодействие между венерологами и смежными специалистами, в первую очередь – неврологами и терапевтами-кардиологами, для выявления данной группы пациентов. 3. Рекомендовать соблюдение обследования пациентов, впервые обратившихся к смежным специалистам, на сифилис. 4. Врачам-дерматовенерологам районных КВД четко выполнять рекомендации по ведению и обследованию пациентов с ранними и поздними скрытыми формами сифилиса и вторичным сифилисом. При давности заболевания более 6 месяцев – не применять для специфической терапии пролонгированные пенициллины.

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/ИППП В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА**

*Прожерин С.В.*

*Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург*

Наличие эрозивных и язвенных дефектов, воспалительных и диспластических процессов на коже и слизистых, нередко связанных с ИППП, неизбежно повышает инфекционность ВИЧ-положительного лица и увеличивает восприимчивость незащищенного партнера к приобретению ВИЧ при половых контактах без средств защиты. ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит способствует манифестации протекавших ранее субклинически ИППП и инфицированию новыми патогенами.

Цель и задачи. Установить уровень и структуру ИППП, их изменения среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в регионе с высоким уровнем пораженности ВИЧ-инфекцией (Свердловская область) в период 2009-2018 гг., сравнить с аналогичными показателями в общей популяции, изучить возрастную-половую состав страдающих коинфекцией, оценить роль специалистов областного центра по профилактике и борьбе со СПИД (ОЦ) в выявлении ИППП у ЛЖВ в субъекте.

Материалы и методы. Проведен анализ сведений форм №№ 9, 34, 61 ОЦ, статистических материалов «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля» за 2009-2018 гг. Расчет показателя первичной заболеваемости (ПЗ) ИППП у ВИЧ-положительных лиц исчислялся в пересчете на 100 тыс. ЛЖВ. При анализе динамических рядов использован метод укрупнения интервалов с выделением двух 5-летних периодов (2009-2013 гг. и 2014-2018 гг.).

Результаты и обсуждение. По состоянию на 30.09.2020 г. Свердловская область (СО) занимает третью позицию среди других субъектов России по уровню пораженности ВИЧ (1854,9 на 100 тыс. населения), инфицировано 1,6% жителей региона. В СО, как и в РФ, с 2016г. превалирует половой путь заражения ВИЧ (в 2019г. – 70%). Медиана (Me) ежегодно регистрируемого числа случаев ИППП у ЛЖВ в СО составила 438,5. От числа всех вновь выявленных случаев ИППП в регионе – 3,3% (Me) лица с коинфекцией (Me в 2009-2013 гг. – 2,2%, 2014-2018 гг. – 4,6%). ПЗ ИППП среди

ЛЖВ СО в период 2009-2018 гг. составлял в среднем 820,0 в пересчете на 100 тыс. лиц, живущих с позитивным ВИЧ-статусом. В формате укрупненных интервалов этот показатель достиг 984,3 в первом периоде и 655,8 – во втором (снижение на 33,4%). Среди жителей СО 412,8 и 222,8 на 100 тыс. населения соответственно (-44,6%). В 2018 г. ПЗ ЛЖВ сифилисом превышал региональные значения в 2,9 раза, гонококковой (ГИ) и аногенитальной герпетической вирусной инфекциями (АГВИ) в 2,8 и 5,2 раза, трихомониазом и аногенитальными

бородавками (АБ) в 1,4 и 3,9 раза соответственно. Лишь ПЗ хламидийной инфекцией среди ЛЖВ был ниже в 3,9 раза при сравнении с общей популяцией области. На протяжении изучаемого периода в структуре ИППП у ЛЖВ преобладала доля АБ (Ме – 31,7%). В популяции СО I ранговую позицию в 2009-2017 гг. занимал трихомониаз, а в 2018 г. лидирующих значений достигла заболеваемость АБ. Среди всех случаев коинфекции преоб-

ладали ИППП вирусной этиологии (АГВИ и АБ), составив в 2009-2018 гг. в среднем 51%. По гендерному признаку с 2011 г. отмечается устойчивый тренд снижения доли мужчин в структуре больных ВИЧ/ИППП. Если в 2011 г. мужчины составляли 61% от общего числа лиц с коинфекцией, то в 2015 г. – 52,1%, а в 2018 г. – 38,5%. Напротив, удельный вес женщин неуклонно растет. Увеличение продолжительности жизни ЛЖВ благодаря приему антиретровирусной терапии, выявление новых случаев ВИЧ-инфекции преимущественно в старших возрастных группах в последние годы привели к росту в 1,7 раза доли больных с коинфекцией от 30 лет и старше в разрезе 2009/2018 годов (с 48,1 до 80,2%). Среди больных коинфекцией как в целом, так и по нозологическим формам, ежегодно возрастает доля лиц, ВИЧ у которых выявлен до заражения ИППП. Удельный вес таких пациентов в 2009 г. составлял 60,2%, в 2015 г. – 61,9%, а в 2018 г. достиг значений 91,2%. Ежегодно около половины всех случаев ИППП у ЛЖВ выявляется специалистами ОЦ. В 2018 г. по нозологическим формам это выглядело так: 30% больных ГИ, 43,2% сифилисом, 53,6% трихомониазом, 57,1% ХИ, 74,2% АГВИ, 82,7% страдающих АБ и ВИЧ-инфекцией выявлены в ОЦ СПИД.

Выводы. ПЗ ИППП в когорте ЛЖВ СО снижается, продолжая превышать региональные значения. Преобладают больные с ИППП вирусной этиологии (АБ, АГВИ) и ранее выявленной ВИЧ-инфекцией. Скрининг на ИППП ЛЖВ обоснован и

целесообразен. Высокие ПЗ сифилисом, трихомониазом указывают на пренебрежение мерами индивидуальной профилактики заражения ИППП заболевшими. Разработка и внедрение профилактических программ, направленных на снижение распространенности модели рискованного сексуального поведения среди ЛЖВ, – мера по противодействию распространения ВИЧ-инфекции.

## **ОЦЕНКА СТРУКТУРНОЙ ЗНАЧИМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ НА ОТДЕЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер»*

Актуальность. Значительный рост заболеваемости сифилисом в 90-2000-х гг. обусловил увеличение частоты случаев нейросифилиса (НС) в Ростовской области, особенно выраженное с 2008 г. Цель. Определить долевое участие НС в структуре общей заболеваемости сифилисом, оценить эпидемиологический (реальный) риск развития НС в целях разработки и обоснования комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий для административных территорий Ростовской области.

Материалы и методы. В настоящей работе применены данные отчетных форм за период 1999-2017 гг., содержащих сведения о 46321 случае заболеваний сифилисом, в том числе о 1157 случаях НС. При сравнительной оценке эпидемиологического (реального) риска развития нейросифилиса в городах и сельских районах Ростовской области применен универсальный метод определения фоновых уровней заболеваемости нейросифилисом (F) отдельно для городского и сельского населения. На основе фоновых уровней и величин их предельных ошибок ( $p < 0,05$ ) были рассчитаны региональные критерии для объективной характеристики ситуации, а также нормированные показатели непосредственного эпидемиологического (реального) риска (W) для каждой из административных территорий, положенные в основу их ранжирования.

Основные результаты. На протяжении первых 9

лет наблюдений в структуре заболеваемости сифилисом три первых ранговых мест занимали, периодически чередуясь, ранний сифилис скрытый (A51.5), сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек (A51.3) и первичный сифилис половых органов (A51.0). На указанные клинические формы в структуре общей заболеваемости сифилисом приходилась ее основная доля: в 1999-2002 гг. – 99,49%, в 2003-2007 гг. – 87,74%. При этом поздние формы и НС, в частности, занимали незначительное место в структурной иерархии. Однако по мере затухания эпидемии и уменьшения общей заболеваемости сифилисом в ее структуре начали преобладать его поздние формы. Особенно выраженные изменения отмечены на протяжении пяти лет наблюдения с 2013 г. по 2017 г. В указанный период с наибольшей структурной значимостью выделялись сифилис скрытый, неуточненный, 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 тоже время, ранние формы сифилиса (первичный сифилис половых органов, вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, ранний сифилис скрытый) занимали лишь 36,72 % в структуре общей заболеваемости. Высокая структурная значимость НС побудила нас к изучению эпидемиологического (реального) риска роста заболеваемости им на отдельных территориях Ростовской области. Фоновый риск (F) заболеваемости НС (A52.1) для населения городов Ростовской области за период 2008-2017 годы составлял 1.790 о/оооо при его предельной ошибке ( $p < 0.05$ ) – 1.032 о/оооо, а для населения сельских районов – соответственно 1.485 о/оооо и 1.266 о/оооо. При сопоставлении показателей зарегистрированной заболеваемости с ее фоновыми уровнями повышенный эпидемиологический (реальный) риск заболеваемости НС диагностирован в четырех городах и восьми сельских районах Ростовской области. В городе Зверево ( $W=2.23$ ) и Тарасовском районе ( $W=2.02$ ) определен его высокий уровень, а в Багаевском районе ( $W=3.42$ ) – очень высокий. Для остальных административных территорий области уровень эпидемиологического (реального) риска заболеваемости НС варьировал от низкого до умеренного.

Обсуждение и выводы. Особую тревогу вызывает повышение структурной значимости нейросифилиса в структуре общей заболеваемости сифилисом населения Ростовской области. Решение проблемы снижения заболеваемости требует разработки и реализации адекватных ситуации мероприятий профилактического и организационного

характера. Одним из инструментов для определения их направленности и содержания может стать мониторинг ситуации с ежегодной оценкой эпидемиологического (реального) риска для населения отдельных территорий. В данном исследовании удалось выявить три проблемных административных территории Ростовской области с очень высокой и высокой степенью эпидемиологического (реального) риска. Показано дальнейшее изучение, ориентированное на определение приоритетных факторов, обуславливающих высокие уровни заболеваемости нейросифилисом населения данных территорий риска с выходом на разработку целенаправленных оптимизационных мероприятий оздоровительного характера.

## **СИФИЛИС И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

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

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом ДЗМ.*

Введение. Актуальность проблемы связана с ростом выявления скрытых и поздних форм сифилиса в последние годы. Одновременно происходит накопление в населении контингента больных ВИЧ-инфекцией. Обе инфекции могут оказывать неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему. Поздний кардиоваскулярный сифилис характеризуется поражением аорты с тяжелыми осложнениями или развитием гуммозного миокардита. При поздних формах ВИЧ-инфекции регистрируются перикардиты, миокардиты, легочная артериальная гипертензия, бактериальные эндокардиты, дилатационная кардиомиопатия.

Целью исследования было сравнение частоты и характера патологических изменений сердечно-сосудистой системы у пациентов с поздними формами сифилиса и поздними стадиями ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Было проведено кардиологическое обследование 120 больных (группа №1) со скрытым сифилисом либо сифилисом в анамнезе, 105 мужчин и 15 женщин, в возрасте от 24 до 63 лет (средний возраст 44,3 года). Обследованы также 43 пациента (группа №2) с ВИЧ-инфекцией III (субклинической), IVA, IVБ и IVВ стадий,

в возрасте от 29 до 68 лет – 33 мужчин (средний возраст 43,4 лет) и 10 женщин (средний возраст 35,3 года). Контрольной группой служили 35 лиц, прошедших профилактическое обследование и не болевших ни сифилисом, ни ВИЧ-инфекцией, 19 мужчин и 16 женщин в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст 47,1 лет). Пациентам выполнены ЭКГ, ЭхоКГ и УЗДГ сосудов шеи.

Результаты. Среди пациентов первой группы патология сердечно-сосудистой системы, характерная для позднего кардиоваскулярного сифилиса, была выявлена в 12 случаях (10% обследованных, в возрасте от 37 до 56 лет). Во всех 12 случаях был поставлен диагноз позднего кардиоваскулярного сифилиса и проведено лечение по соответствующим схемам. Во второй группе патология сердечно-сосудистой системы, характерная для лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, выявлена у 17 человек (40% обследованных, в возрасте от 32 до 57 лет), 12 мужчин и 5 женщин, из которых ВИЧ-инфекция IVB стадии диагностирована у 9, IVB – у 4, IVA – у 3, III – у 1 пациента. Наиболее частым диагнозом был инфекционный эндокардит. Диагностировались также токсическая кардиомиопатия, легочная гипертензия разной степени, перикардит большей или меньшей выраженности и у 1 пациента – дилатационная кардиомиопатия. В третьей, контрольной группе, среди лиц, условно здоровых, у 1 мужчины (2,8%), 49 лет, обнаружены зоны гипокинеза миокарда в нижне-заднем сегменте ЛЖ (в анамнезе – инфаркт миокарда). У других обследованных этой группы патологии сердечно-сосудистой системы выявлено не было.

Выводы. 1. У пациентов с поздними формами сифилиса и поздними стадиями ВИЧ-инфекции отмечена высокая частота патологии сердечно-сосудистой системы, с типичными для каждой из этих инфекций проявлениями (на нашем материале, соответственно, в 10% и 40%). 2. При ВИЧ-инфекции наибольшая частота сердечно-сосудистой патологии выявляется у пациентов с четвертой стадией болезни, которые преобладали в нашей выборке. Предыдущая, третья стадия, однако, тоже является показанием для кардиологического обследования пациента.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ИППП И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА (НА ПРИМЕРЕ ВЫБОРОЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

*Соколовская Т.А., Армашевская О.В., Сененко А.Ш., Иванова М.А.*

Цель исследования: определить информированность респондентов разных половозрастных групп об ИППП и их профилактике. Материалы и методы: В социологическом исследовании по проблемам информированности в вопросах ИППП, проведенном в ЦФО Российской Федерации, приняло участие 287 респондентов (из них 96 мужчин (М) и 191 женщина (Ж)). Анализ полученных данных проводился с помощью прикладной программы MS Excel 2016. Результаты: Большинство участников опроса проживало в городе: М = 75,5%; Ж = 88,9%. Высшее образование имели 47,5% женщин и 31,2% мужчин. Профессиональная деятельность респондентов охватывала медицинскую, учебно-педагогическую и социально-экономическую деятельность. В браке состояло 45,0% мужчин и 64,9% женщин. Оптимальным возрастом начала сексуальной жизни как мужчины, так и женщины определяют 18-25 лет (60,0% и 84,5%, соответственно). Однако не исключают возможность начала сексуальной жизни до наступления совершеннолетия 24,5% мужчин и 11,5% женщин. При этом, вступили в половую связь в возрасте с 15 до 18 лет - 49,8% мужчин и 38,3% женщин, а до 15 лет – 5,3% и 0,5%, соответственно. Респонденты считали, что в формировании сексуальной культуры приоритетную роль должны выполнять родители (М = 69,9% и Ж = 81,8%). Следует отметить, что в данном вопросе роль медицинских работников была расценена практически одинаково (11,0% и 12,7%), а работников образования - минимальна. На вопрос «Знаете ли Вы об ИППП» большинство респондентов ответило утвердительно, причем, как оказалось, женщины более информированы, чем мужчины (93,2% против 76,6%). О влиянии ИППП на рождение и здоровье будущих детей знают 77,2% (М) и 84,6% (Ж). При этом, не интересуются данной проблемой 4,0% мужчин и 1,4% женщин. Основным источником информации об ИППП респонденты рассматривают медицинских работников (М = 34,3%; Ж = 55,5%), на втором месте - специальную литературу (23,9% и 33,1%), на третьем – родителей (11,8% и 8,7%, соответственно). Для профилактики ИППП мужчины чаще, чем женщины использовали барьерные методы

контрацепции (10,6% и 6,9%). Но превентивными методами является формирование знаний и навыков личной гигиены. На вопрос «Считаете ли Вы свои знания об интимной гигиене достаточными» мужчины ответили утвердительно в 76,6% случаев, а женщины – в 85,5%. Распределение ответов респондентов на вопрос «Кто оказал влияние на формирование личной гигиены» было следующим: родители (М = 39,3% и Ж = 65,0%); СМИ и интернет (20,7% и 10,6%) и специальная литература (11,3% и 9,8%); друзья и сверстники – 17,6% и 5,8%; педагоги в школе – 6,5% и 4,2%; преподаватели СУЗа и ВУЗа – 3,1% и 3,8%; коллеги – 1,5% и 0,8%. Поскольку ИППП значимо влияют на репродуктивное здоровье, респондентам был предложен вопрос о возрасте, в котором целесообразно проводить информирование по его сохранению. Более половины из них в обеих гендерных группах предложили возраст детей школьного возраста (М = 47,7% и Ж = 58,4%). Выводы. 1. Несмотря на то, что большинство респондентов считают оптимальным возрастом вступления в половую связь 18-25 лет, практически половина мужчин и треть женщин вступали в нее до совершеннолетия. 2. Медицинские работники и специальная литература являются основными источниками информированности респондентов об ИППП и их влиянии на рождение и здоровье будущих детей, что, в свою очередь, требует постоянного повышения профессиональных компетенций и наличие современных, качественных и доступных изданий по этому вопросу. 3. Проведенный опрос выявил, что мужчины менее осведомлены в вопросах профилактики ИППП. Это свидетельствует о необходимости разработки специальных программ для мужского населения со стороны профильных специалистов и целенаправленной деятельности по повышению их внимания к данной проблеме.

## КОСМЕТОЛОГИЯ

### ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В КОСМЕТОЛОГИИ

*Безуглый А.П., Белков П.А., Беуглый Н.А.*

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России*

Высокочастотное ультразвуковое (ВЧ УЗ) сканирование в диапазоне 22-100 МГц – объективный метод количественного исследования кожи, который позволяет получать изображения вертикальных срезов кожи с высоким разрешением 72-16 мкм. ВЧ УЗ сканы отражают микроанатомическое строение эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки в норме и при патологических изменениях, а также при старении. В косметологии ВЧ УЗ сканирование применяют для исследования маркеров старения, таких как возрастная атрофия эпидермиса и дермы, ультрафиолетовых повреждений, описания структурных изменений в дерме и определения глубины морщин. Другим приоритетным направлением является определение индивидуальных морфофункциональных особенностей кожи пациента с целью выбора методов лечения глубины и интенсивности воздействия. Знание индивидуальных параметров кожи пациента, таких как толщина эпидермиса и дермы, толщина подкожной клетчатки, глубина расположения фасций, SMAS и надкостницы и SMAS значительно снижает риски побочных эффектов и осложнений при применении высокоинтенсивных методов лечения лазеров, радиочастотных систем (RF) и высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (HIFU). Одной из важнейших областей применения ВЧ УЗ визуализации в косметологии является исследование кожи до введения филлеров с целью определения анатомических особенностей каждого пациента, таких как толщина и глубина расположения дермы, жировой клетчатки, фасций надкостницы и уточнения направления и глубины инъекции. Многие пациенты в настоящее время имеют неясный анамнез относительно ранее проведенных процедур и введенных филлеров, поэтому ВЧ УЗ исследование проводят перед повторными инъекциями с целью установить тип филлера, его расположение и степень резорбции. При осложнениях контурной

пластики ВЧ УЗ исследование дает информацию о характере патологических процессов, таких как отек, воспаление, абсцесс, гранулема или рубец, их границах и пораженных тканях. Применение ВЧ УЗ исследования кожи в косметологической практике дает ценную диагностическую информацию и повышает безопасность и эффективность косметологических процедур.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИКИСЛОТНОГО ПИЛИНГА И МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ РЕДЕРМАЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И ПОСТАКНЕ**

*Белая Н.Г.*

*ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет, Центр косметологии ООО «Территория солнца»*

Лечение и реабилитация пациентов с акне требует комплексного подхода. Комбинированное использование мультикислотного пилинга и микроигольчатой редермализации позволяет воздействовать на различные звенья патогенеза акне и постакне: восстановление барьерных свойств кожи и физиологической кератинизации, профилактика патологического рубцевания и поствоспалительной пигментации.

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного применения мультикислотного пилинга и микроигольчатой редермализации в лечении акне и постакне.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 20 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с проявлениями признаков акне и постакне: закрытые комедоны, единичные папулы, застойные пятна, поствоспалительная пигментация, атрофические рубцы. Всем пациентам было проведено 3 сессии мультикислотного пилинга (salicylic acid 15%, lactic acid 9%, citric acid 4%, mandelic acid 2%; pH 2,8) 1 раз в 7 дней и затем 2 сессии микроигольчатой редермализации (5 мл препарата, содержащего высокомолекулярную нестабилизированную гиалуроновую кислоту 5,5 мг/мл и сукцинат натрия 16 мг/мл) 1 раз в 14 дней. Оценка результатов. Результаты исследования оценивали исходно и через 8 недель клинически и посредством неинвазивных методов морфофункциональной диагностики кожи на аппарате Aramo SG (Корея) по следующим критериям: увлажненность, эластичность, пигментация, се-

буметрия, пористость кожи. Всеми волонтерами было подписано информированное согласие на проведение подобных исследований и использование полученных результатов в научных целях. Результаты. Мы отмечаем высокую эффективность применения комбинированного протокола мультикислотного пилинга и микроигольчатой редермализации. Во всех случаях зарегистрирована разница в улучшении тонуса, текстуры и цвета кожи, а удовлетворенность пациента возросла. Через 8 недель от первой сессии: улучшение текстуры кожи на 52,3%, уменьшение пор на 49,4% и поствоспалительной пигментации на 38,65%, эластичность кожи повысилась на 19,7%, гидратация дермы усилилась на 29,6%.

Выводы. Использование сочетанного протокола позволяет повысить эффективность лечения за счет противовоспалительного, себорегулирующего и увлажняющего действия компонентов пилинга. Комплекс высокомолекулярной гиалуроновой кислоты и сукцинат натрия восстанавливает энергетический потенциал клеток кожи, оптимизирует процессы кератинизации, предотвращает формирование рубцов и пигментных пятен.

## **ГЕНОМИКА ЭЛАСТИЧНОСТИ И УПРУГОСТИ КОЖИ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В КОСМЕТОЛОГИИ**

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

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

Геномика относится к разделу медицинской генетики, занимающейся изучением генома и генов. При упоминании в косметологии индивидуальных особенностей пациента чаще всего мы говорим об уникальном генетическом коде, заложенном с рождения пациента. На механические свойства кожи, которые включают в себя понятия упругости и эластичности, в первую очередь оказывает влияние состояние внеклеточного матрикса дермы. Основными компонентами внеклеточного матрикса дермы являются коллагеновые и эластиновые волокна, а также гликозаминогликаны, главным образом – гиалуроновая кислота. Изменение механических свойств кожи может быть при изменении состава и/или качества внеклеточного матрикса.

Таким образом целью настоящей работы стал

анализ результатов исследований, отражающих геномику синтеза и деградации коллагеновых и эластиновых волокон и гиалуроновой кислоты.

**Материалы и методы.** Нами проведен поиск полнотекстовых публикаций на русском и английском языках в базах данных E-Library, PubMed, Springer, Clinicalkeys, GoogleScholar, используя ключевые слова и комбинированные поиски слов, относящихся к нашей теме, за последнее десятилетие. Кроме того, найденные гены были проанализированы в общей базе данных генов для оценки их экспрессии именно в коже. Несмотря на наш всесторонний поиск по этим часто используемым базам данных и поисковым терминам, нельзя исключить, что некоторые публикации могли быть пропущены.

**Результаты и обсуждения.** Коллагеновые волокна отвечают за прочность кожи, сопротивление ее растяжению. Для человека было выделено 28 типов коллагена, за строение которых отвечают 40 генов, из них для кожи характерны 9 типов коллагена. Коллагеновое волокно представляет собой спираль, состоящую из трех полипептидных цепочек, которые могут быть с одинаковой или разной аминокислотной последовательностью, соответственно за строение каждого типа коллагена может отвечать один или несколько генов, кодирующих полипептидную цепь. За строения фибриллярных коллагенов I, III и V типов отвечают гены COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, за строение сетеобразующего коллагена IV типа, расположенного в мембране, отвечают гены COL4A1, COL4A2, за остальные типы коллагенов в коже – COL6A1, COL6A2, COL6A3, COL6A4, COL6A5, COL6A6, COL7A1, COL14A1, COL17A1, COL19A1. В посттрансляционных изменениях коллагенового волокна наиболее важное значение имеют ферменты, кодируемые ADAMTS1, ADAMTS2, ADAMTS3, ADAMTS7, ADAMTS8, ADAMTS9, ADAMTS12, ADAMTS13, ADAMTS14, PLOD1, PLOD2, PLOD3. Эластиновые волокна обеспечивают коже свойство эластичности – способность принимать исходную форму после растяжения. Эластиновое волокно состоит из эластина и микрофибрилярного окружения. Наиболее значимыми генами, отвечающими за строение эластинового волокна в коже, являются: ген эластина – ELN, и гены микрофибрилярных протеинов: FBN1, FBN2, FBLN1, FBLN2, EFEMP1, EFEMP2, FBLN5, LTBP2, LTBP4, MFAP4. В посттрансляционных изменениях наибольшее значение имеют лизилоксидаза (кодируемая геном LOX), лизилоксидазоподобный фермент 1 (коди-

руемый геном LOX1) и гепарансульфаты (кодируемый геном HSPG2). При деградации коллагеновых и эластиновых волокон общими ферментами являются различные виды матриксных металлопротеаз (основные из которых кодируются генами MMP1, MMP2, MMP3, MMP7, MMP8, MMP9, MMP10, MMP11, MMP13), регулируемые ингибиторами матриксных металлопротеаз (основные из которых кодируются генами TIMP1, TIMP2, TIMP3). Также деградация эластина может обеспечиваться специфическими ферментами – эластазами, но большинство эластаз вырабатываются в поджелудочной железе и имеют значение при пищеварении. В коже в физиологических условиях отмечен очень низкий уровень эластаз, среди которых можно выделить лишь катепсины, кодируемые генами CTSL, CTSS. Гиалуроновая кислота обеспечивают тургор и «наполненность» кожи. В геномике ее важны гены, участвующие в синтезе (HAS1, HAS2, HAS3), деградации (HYAL1, HYAL2, HYAL3) и рецепции ее на фибробластах (CD44, HARE, RHAMM).

**Заключение.** Нарушение обмена внеклеточного матрикса относится к разделу дисплазий соединительной ткани, которые, по данным некоторых исследований, могут приводить к преждевременному старению кожи и требуют персонализированного подхода к ведению таких пациентов в косметологии.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШОНФЕЛЬДА (ASIA-СИНДРОМ) КАК ОТСРОЧЕННОЕ СИСТЕМНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ**

*Гладько В.В., Измайлова И.В.*

*Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВО*

**Ключевые слова:** интрадермальные филлеры, ASIA синдром, синдром Шонфельда, аутоиммунное воспаление, адъюванты. **Key words:** intradermal fillers, ASIA-syndrome, Shonfeld syndrome, autoimmune disorders, adjuvants. ASIA-синдром расшифровывается как аутоиммунный воспалительный синдром, индуцированный адъювантами, был впервые описан иммунологом Й. Шонфельдом (Израиль) в 2011 году. В настоящее время в качестве адъювантов, вызывающих ASIA-синдром,

выступают компоненты вакцины, обогащенный уран, соли тяжелых металлов, силикон, соли алюминия. В последнее время встречаются публикации о возможной роли кросс-линк высокомолекулярной гиалуроновой кислоты в качестве адъюванта, способного вызывать ASIA-синдром. Клиническими проявлениями ASIA-синдрома являются: макрофагальный миофасцит, силиконоз, поствакцинарный синдром, к последнему можно отнести Синдром Войны в Персидском Заливе. В пластической хирургии и эстетической медицине наиболее значимую роль играет силиконоз, развивающийся у пациенток после операции на молочной железе с установкой грудных силиконовых имплантов, и недифференцированный аутоиммунный синдром после введения интрадермальных филлеров, в том числе и на основе гиалуроновой кислоты, к клиническим симптомам которого можно отнести: синдром немотивированной хронической усталости, ксеродерму, длительную эритему, артралгию, миалгию, васкулит, субфебрилитет или лихорадку неясного генеза.

Нами описан клинический случай пациентки 36 лет, в анамнезе которой неоднократное введение интрадермальных филлеров на основе гиалуроновой кислоты. Через 6 месяцев после последней процедуры введения филлера у пациентки развились В-симптомы: усталость, артралгия суставов пальцев кистей рук, ксеродерма, локальная лимфаденопатия, короткий период субфебрилитета, индуративный отек лица по типу ангионевротического отека. Лабораторные исследования крови: Антинуклеарный фактор 1:160 (ядрышковый тип). Незначительное повышение уровня ТТГ. Остальные показатели клинического анализа крови в норме. Пациентка требует дальнейшего клинического обследования и наблюдения: мониторинг СОЭ, уровня лейкоцитов, фибриногена, обследование функции щитовидной железы. Рекомендовано УЗИ области введения интрадермальных филлеров с последующим гиалуронидазы для определения локализации и последующей элиминации остатков филлера. ASIA-синдром как отсроченное системное осложнение после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты требует дальнейшего изучения. Однако роль гиалуроновой кислоты как адъюванта, способного вызывать ASIA-синдром, указывается многими исследователями, что должно учитываться специалистами, работающими в эстетической медицине.

## ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРОГРАММАХ ЗАМЕДЛЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

*Князева И.А., Чухраев Н.В.*

*Арбатклиник ООО «Мединтех»*

Актуальность. Большинство специалистов, работающих в косметологии, убеждены в том, что в процессе возрастных изменений кожи и снижении качества жизни современного человека основную роль играют 5 факторов: генетические особенности организма, образ жизни и питание, соматическое и психологическое состояния, мотивация быть молодым и красивым. Все эти факторы – единое целое, где все между собой непосредственно взаимосвязано. Одним из самых эффективных показателей возрастных изменений является синтез коллагеновых волокон, которые прекращают вырабатывать ферменты в возрасте 20-35 лет. Начиная с этого возраста, кожа не может компенсировать в полном объеме возрастные изменения – начинается процесс старения. Однако современные технологии позволяют стимулировать процесс формирования коллагена и после этого возраста, за счет введения специализированных препаратов, в состав которых входят составляющие звенья коллагеновых волокон. Одним из вариантов стимулирования процесса формирования коллагеновых волокон является применение физических полей и электрических сигналов.

Цель работы. Разработать системный интегративный подход в программах замедления возрастных изменений в коже с эстетической целью.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 32 пациента косметологического центра в возрасте от 43 до 56 лет, имеющие возрастные изменения кожи лица и давшие добровольное согласие на участие в исследованиях. В исследовании принимали участие только женщины, которые были разделены случайным образом на 2 группы по 16 пациентов. Все участницы исследования дополнительно проходили перед началом и после проведения процедур тестирование по таблицам уровня депрессии – А.Бека и уровня тревоги – Спилбергера-Ханина. Оценка эффективности процедур замедления процесса возрастных изменений выполнялась на основе 10-бальной шкалы субъективной оценки состояния кожи (СОСК-10). В 1 группе проводились процедуры по компенсации возрастных изменений. Основ-

ной упор был сделан на стимулирование выработки коллагена. Для этого проводились процедуры, направленные на усиление фотохимических реакций (трансдермальное введение в артериальную систему аскорбиновой кислоты, пептидов и растительных экстрактов). Введение препаратов выполнялось с пассивного минусового электрода. Активный электрод – обеспечивал сочетанной воздействию оптическим потоком красного и синего спектра и моно полярными положительными импульсами в постоянном магнитном поле. Длительность процедуры составляла 45-50 минут. Процедуры проводились 3 раза в неделю. Суммарно было выполнено каждому клиенту 9 процедур. Во 2 группе дополнительно проводилась психологическая нейроакустическая коррекция с применением бинауральных ритмов. На правую сторону подавался звук с базовой частотой нормализации обмена веществ (465 Гц). На левую сторону подавался звук на частоте равной сумме базовой частоты и индивидуально подобранной частоте модуляции. Подбор частоты выполнялся на основе метода Самосюка-Чухраева, которая у большинства пациентов составляла  $9,2 \pm 1,4$  Гц. Время одной процедуры – 30 минут.

Результаты и обсуждение. У всех участниц исследования после проведения процедур отмечалось улучшение состояния кожи не менее чем на 4 пункта (по шкале СОСК-10), улучшение тургора и цвета кожи, настроения, снижался уровень депрессии и тревоги. Отрицательных эффектов после проведения процедур не зарегистрировано. Все участницы исследования с удовольствием принимали участие в тестировании и последующем обсуждении психологических проблем.

Выводы. По результатам исследований у пациентов 1 группы значения СОСК-10 составило до проведения исследований  $6,4 \pm 1,8$  после 9 процедур  $7,3 \pm 1,2$ , во 2 группе  $6,2 \pm 1,7$  и  $7,9 \pm 1,3$  соответственно.

Системный интегративный подход к уменьшению возрастных изменений кожи на основе применения трансдермального магнитофотоэлектрофореза коллагенстимулирующих препаратов и коррекции психологического состояния на основе индивидуально подобранных бинауральных ритмов оказался наиболее эффективным.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИЗКИХ ДОЗ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА В МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ НА КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

*Колодий А.А., Грязева Н.В.*

*Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва*

Цель: оценить влияние низких доз системного изотретиноина в монотерапии и комбинации на качественный и количественный состав микробиоты у пациентов с акне папуло-пустулезной формы средней степени тяжести.

Материал и методы: под наблюдением в амбулаторных условиях находилось 78 пациентов. 1 группа состояла из 38 пациентов. Данная группа подразделялась на 2 возрастные подгруппы: А: 12-24 года,  $n=18$ , В: 25-45 лет,  $n=20$ . Все пациенты 1 группы получали монотерапию в виде системного приема изотретиноина в дозе 0,5-0,7 мг на кг массы тела в сутки ежедневно в течение 6 месяцев. 2 группа состояла из 40 пациентов, которые также были разделены на 2 возрастные подгруппы: А: 12-24 года,  $n=21$ , В: 25-45 лет,  $n=19$ . Данная группа получала комбинированную терапию изотретиноином в дозе 0,1-0,3 мг на кг массы тела в сутки ежедневно в течение 6 месяцев в сочетании с фотолечением широкополосным некогерентным светом (длина волны 440-950 нм) 1 раз в две недели, курсом 4-6 процедур. Для изучения особенностей качественного и количественного состава микробиоты кожи больных акне у всех пациентов до и после терапии был проведен соскоб и мазок кожи стерильной ватной палочкой с последующим анализом по методу хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (*Actinomyces* spp, *Actinomyces viscosus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium hystolyticum*, *Corineform* CDC-group, *Nocardia asteroides*, *Pseudonocardia* spp, *Staphylococcus* spp, *Ruminococcus* spp, *Peptostrept anaerob* 17642, *Propionibacterium freundenreihii*, *Propionibacterium acnes*, *Candida* spp, *Aspergillus* spp, *Micromycetes* spp(кампестерол), *Micromycetes* spp(ситостерол) с помощью хромато-масс-спектрометра.

Результаты: при изучении состава микробиоты у пациентов с акне выявлено значимое увеличение по сравнению с другими маркерными микроорганизмами количества *Clostridium hystolicum*, *Staphylococcus* Spp., *Propionibacterium*

freundenreih, а также грибов рода *Candida Spp.* и *Micromycetes spp* (ситостерол). Эти изменения свидетельствуют о выраженных изменениях в составе микробиоты кожи лица при акне. Интересно, что у пациентов всех групп до лечения обнаружено относительно невысокое количество *Propionobacterium Acne*. На фоне проводимой монотерапии (прием изотретиноина в дозе 0,5-0,7 мг на кг массы тела в сутки в ежедневно в течение 6 месяцев) у пациентов разных возрастных групп присутствовала положительная динамика в отношении большинства показателей микробиоты, однако выраженность ее в подгруппе (12-24 лет) была статистически более значима ( $p < 0,05$ ). Наиболее выраженное снижение отмечалось среди микроорганизмов *Bacillus Cereus*, *Pseudonocardia spp*, *Clostridium Hystolicum*, *Staphylococcus Spp*, (микроскопических грибов рода *Candida Spp* и *Micromycetes spp* (ситостерол). Однако, несмотря на продемонстрированную положительную динамику, полной нормализации состава микробиоты кожи лица в обеих подгруппах не произошло. После терапии низкими дозами изотретиноина и широкополосным некогерентным светом отмечалась выраженная положительная динамика и нормализация большинства показателей микробиоты кожи лица, независимо от возраста. Но несмотря на положительную динамику и нормализацию большинства показателей микрофлоры, количество некоторых целевых микроорганизмов оказалось несколько выше нормы и после терапии (*Nocardia asteroides*, *Micromycetes spp* (ситостерол), *Bacillus Cereus*).

Выводы: использование монотерапии низкими дозами изотретиноина, а также комбинация его с широкополосным некогерентным светом не позволяет полностью нормализовать состав микробиоты у пациентов, страдающих акне (папуло-пустулезная форма) средней степени тяжести, что требует дальнейшего изучения и анализа.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ СФОКУСИРОВАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ

*Лукьянова Н.Ю., Ефимова Ю.В.*

*Филиал ЧУООВО Медицинского университета «Реавиз», ООО «Бьюти-Тек», Центр косметологии «Бьюти Сайнз», Саратов*

Воздействие высокочастотным фокусированным ультразвуком (HIFU) является клинически доказанным высокоэффективным методом коррекции, способствующим активному неоколлагеногенезу. При этом отсутствует реабилитационный период и пациент остается социально-активным. Эффект от однократной процедуры пролонгированный. Отмечается высокий профиль безопасности. Однако опыт использования данного воздействия на различных аппаратах разными специалистами в ряде случаев не показывает достаточной эффективности и зачастую не оправдывает ожидания пациентов. И не всегда это связано с отсутствием визуализации. Многие протоколы лечения, предлагаемые производителями аппаратов, носят скорее эмпирический характер и не соответствуют требованиям парадигмы современной медицины 5P. Недостаточная эффективность терапии также обусловлена недостаточной квалификацией специалистов, из-за низкого уровня обучения по данной методике; применением неадекватных протоколов из-за экономии, вследствие высокой себестоимости процедуры; отсутствием клинического мышления и персонифицированного подхода. Очевидно, что существующие параметры (уровень воздействия, мощность и направление движения датчика) при проведении HIFU-терапии не позволяют проводить процедуру с максимальной результативностью. Зачастую специалисты изменяют только один параметр – мощность импульса, повышая его до не физиологического уровня, что приводит к отказу пациента от процедуры из-за болевого синдрома или развитию осложнений.

Цель. Повышение эффективности HIFU-терапии на основе разработки оптимальных протоколов коррекции для достижения максимальной результативности и удовлетворения ожиданий пациентов от процедуры.

Задачи. Провести анализ протоколов коррекции у пациентов разных возрастов в разных клинических ситуациях. Выявить параметры воздействия для получения максимальной эффективности. Разработать оптимальные значения параметров.

Обеспечить высокий профиль безопасности. Материалы и методы. Процедуры проводились пациентам в возрасте от 34 до 73 лет, преобладали женщины (95,2%). Деформационный тип старения диагностирован у 36,2% пациентов, усталый – у 16,8%, деформационно-отечный – у 51,8%. Были разработаны и применены в работе следующие параметры: область воздействия (лицо, шея, подбородочная, подчелюстная); зона воздействия лица (центральная, медиальная, фронтальная, темпоральная); уровень воздействия (8,0 мм, 4,5 мм, 3,0 мм, 1,5 мм); направление линий (векторов) (вертикальное, горизонтальное, диагональное); направление движения датчика (вверх, по линиям натяжения, вниз, в движении); количество проходов (от 2 до 5), мощность импульса (Дж). Обработка проводилась на аппаратах HIFU-терапии без визуализации. Анестезия не проводилась. Контроль мощности проводился по уровню болевого синдрома. Значения и показатели параметров подбирались строго индивидуально в зависимости от диагноза, выраженности клинических проявлений, возрастных данных пациентов. Оценка эффективности терапии проводилась по объективным критериям локального статуса (динамика тургора, морщин,птоза) и данным фотопротокола (до и после процедуры сразу, через 3 мес., через 6 мес., через 11 мес.).

Результаты. Использование многоуровневой: 8,0 мм (по показаниям – выраженная подкожно-жировая клетчатка (ПЖК)), 4,5 мм – область щек, подбородочная; 3,0 и 1,5 мм – все зоны лица; многовекторной обработки всего лица и подчелюстной зоны; от 2 до 5 проходов (в зависимости от выраженности ПЖК и мощности импульса); в движении (по показаниям) даже при низких параметрах мощности (выраженный болевой синдром) показало 100% эффективность коррекции (уменьшение выраженности морщин, степени птоза, повышение тургора, удовлетворенность пациентов). Оптимальное количество линий от 800 до 1000 (в зависимости от выраженности ПЖК и степени возрастной инволюции). Побочных эффектов и нежелательных реакций – не зарегистрировано. По данным фотопротоколов, максимальный эффект от процедуры в среднем проявлялся с 3 по 11 месяц. Таким образом, мы добились высокой результативности даже при низком уровне мощности импульса, персонифицировано применив ряд параметров, значительно влияющих на эффективность HIFU-терапии.

Выводы. Для получения максимальной результативности применения HIFU-терапии целесообра-

зен строго персонифицированный подход. Протокол проведения процедуры должен учитывать ряд параметров, при изменении показателей которых, можно получить максимальную результативность терапии.

## **АВТОРСКАЯ ПРОЦЕДУРА КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗА СЧЕТ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА С ПОМОЩЬЮ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ И КЛАССИЧЕСКИХ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОКТЕЙЛЕЙ**

**Мороз О.Н.**

*Клиника эстетической медицины Ольги Мороз*

В данном исследовании описывается авторский метод безоперационной коррекции формы лица, позволяющий осуществить комплексную коррекцию объемов различных зон лица с помощью сочетанного применения инъекционных методик – инъекционной контурной пластики и мезотерапевтических техник. Инъекционная пластика лица позволяет восполнить потерянный объем во всех зонах, а использование мезотерапевтических препаратов осуществить лимфодренаж и липоредукцию в необходимых зонах лица. На данный метод получен патент N 2721460.

Метод позволяет омолодить лицо всего за одну процедуру. Он предназначен для возрастных пациентов, но также нередко используется у пациентов молодого возраста с целью осуществления так называемой «бьютификации» лица – изменения соотношений нижней и средней трети лица для создания контуров, имеющих большую популярность в настоящее время. На основании визуального осмотра и пальпации лица выбирают зоны, требующие объемной коррекции. Путем выявления нарушения содержания межтканевой жидкости и развития подкожно-жировой клетчатки определяют зоны мезотерапевтической коррекции. Мезотерапию и объемное моделирование проводят в течение 3 процедур. На первом этапе происходит введение филлеров гиалуроновой кислоты высокой и средней плотности. Далее, на основании результатов осмотра и пальпации, определяются зоны, требующие мезотерапевтической коррекции. В случае выявления в зоне чрезмерного накопления межтканевой жидкости и повышенного развития подкожно-жировой

клетчатки, всю область обрабатывают посредством внутривенного введения препарата, содержащего L-карнитин, кофеин, рутин, экстракт мелилота. Во вторую и третью процедуры повторяют осмотр и пальпацию проблемных зон и вводят мезотерапевтические препараты, обладающие лимфодренажным и липоредуцирующим эффектом. Интервалы между сеансами составляют 5-10 дней, индивидуально в зависимости от динамики изменений и желаемого результата. После каждой процедуры на области инъекционного воздействия накладывают компресс, состоящий из нестероидного противовоспалительного средства – производного фенилуксусной кислоты, раствора димексида и воды в соотношении 3:1:5. Завершают процедуру надеванием на лицо компрессирующего биндажа.

Результатом предлагаемой методики коррекции является достижение требуемой формы лица за 3 процедуры. При этом отмечается длительное сохранение полученного эстетического результата, за счет устранения пастозности мягких тканей лица, сниженного тургора кожи, а также сокращения длительности постинъекционных стандартных проявлений, таких как следы от инъекций, отечность.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕАБЛЯЦИОННЫХ ФРАКЦИОННЫХ ЛАЗЕРОВ В КОСМЕТОЛОГИИ**

*Потекаев Н.Н., Демина О.М., Карпова Е.И., Шульгина И.Г., Данищук О.И., Федосеева М.И.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, «Клиника Данищука», Москва*

Актуальность. Известно, что аблятивная лазерная шлифовка по-прежнему считается «золотым стандартом» для омоложения при фотостарении кожи. Однако травматичность СО<sub>2</sub>-шлифовки, эпителизация через образование корок, риск потенциальных нежелательных реакций, включая боль, эритему, отек, вторичное инфицирование, рубцевание и активацию герпесвирусной инфекции, а также длительный реабилитационный период значительно ограничивали широкое применение СО<sub>2</sub>-лазера. Сегодня неаблятивные фракционные лазеры широко применяются в кос-

метологии для коррекции эстетических дефектов и омоложения кожи. Установлено, что лазер с длиной волны 1927 нм поглощается на одном из пиков поглощения воды в средней инфракрасной области электромагнитного спектра. При этом отмечается более выраженная абсорбция лазерного излучения кожей, чем других длины волн (1410-1550 нм) при неаблятивной технологии и ниже длин волн (Er: YAG или СО<sub>2</sub>) при аблятивном режиме.

Цель: провести оценку клинической эффективности метода неабляционного фракционного лазерного воздействия с применением лазера с длиной волны 1940 нм при коррекции фотостарения кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 18 пациентов, все женщины в возрасте 47-68 лет (средний возраст 59,8 лет) с фотостарением кожи лица (II-III степени по Глогау). Для проведения применили метод неабляционного фракционного лазерного воздействия с применением лазера с длиной волны 1940 нм курсом 3 процедуры с интервалом 4-6 недель. Клиническую эффективность оценивали по регрессу интенсивности гиперпигментации, глубины морщин, восстановление эластичности и тургора кожи.

Результаты. Оценка результата курсового лечения проведена через 3 месяца после лазерной терапии. Были отмечены: уменьшение интенсивности гиперпигментации на 21,2%, глубины морщин – на 14,6%, восстановление эластичности на 21,9% и тургора – на 9,1%. Из нежелательных реакций были отмечены умеренная болезненность у 8 пациентов, образование везикул – у 3-х. Реабилитационный период составил 3-5 дней (в среднем 4,2 дня).

Выводы. Таким образом, метод неабляционного фракционного лазерного омоложения лазером с длиной волны 1940 нм приводит к положительному клиническому эффекту в коррекции фотостарения кожи, имеет хороший профиль безопасности и переносимости с коротким реабилитационным периодом.

## РАННЯЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ

*Ромашкина А.С.*

*ООО «Бьютерра», Москва*

Послеоперационные рубцы – проблема, с которой часто обращаются к врачу-косметологу. Формирование гипертрофических рубцов и контрактур, болезненность в области послеоперационной раны, длительно сохраняющаяся отечность – основные жалобы пациентов, которые могут сохраняться через 3-4 месяца и более после операции.

Цель: определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую и янтарную кислоты, с целью коррекции рубцов в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 25 до 40 лет, которым была выполнена маммопластика и/или абдоминопластика. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-й группе (10 человек) проводилась ранняя коррекция послеоперационных рубцов, 2-й группе (10 человек) обработка рубцов не проводилась. Пациентки 1 группы получили по 4 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего янтарную кислоту в виде 16 мг/мл сукцината натрия и 11 мг/мл гиалуроновой кислоты. Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Инъекции проводились вдоль рубца, с тщательной проработкой области формирования гипертрофических рубцов и контрактур. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур.

Результаты. У всех пациенток 1-й группы отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности и побледнения рубцов, отсутствия формирования гипертрофических рубцов и контрактур, отечности и дискомфорта в области послеоперационного рубца. У пациентов 2-й группы длительно сохранялся дискомфорт в области рубца, в 60% отмечалось формирование гипертрофических рубцов по всей длине рубца либо локально. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что пациенты 1-й группы были удовлетворены получен-

ным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла), 2-й группы – нет (средний балл по GAIS 0,4 балла). Также балльная шкала использовалась для оценки дискомфорта в области рубца (болезненности, чувства натяжения). Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. У пациентов 1 группы дискомфорт отсутствовал (0,4 балла), у 2-й группы был выражен (2,6 балла). Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были.

Выводы. Препарат, содержащий гиалуроновую и янтарную кислоты, имеет хорошую переносимость и способствует быстрому восстановлению пациентов после операций.

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТАКНЕ

*Симонова Н.В., Уфимцев М.А.*

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Цель: определить клинико-морфологические характеристики атрофических рубцов у пациентов с постакне с использованием визуальных оценочных шкал.

Задача работы: провести клинико-инструментальное обследование пациентов с атрофическими рубцами постакне.

Материалы и методы: проведено физикальное обследование 120 пациентов с атрофическими рубцами постакне, из них 83 женщины и 37 мужчин. Медиана среднего возраста для женщин составила 27 лет (25-33 года), для мужчин – 28 лет (26-31). Выраженность рубцов оценивалась по качественной и количественной шкалам оценки по G.J. Goodman et al. (2006), количественной шкале оценки рубцов ECCA (échelle d'évaluation clinique des cicatrices d'acné), разработанной B. Dreno et al. (2007). Морфологический тип рубца оценивался с использованием классификации C.I. Jacob et al. (2001) и шкалы ECCA.

Результаты: в результате обследования у большинства пациентов регистрировались рубцы III степени тяжести по качественной классификации рубцов постакне по G.J. Goodman et al. (2006), которые характеризовались, как хорошо заметные

на расстоянии 50 см и более высыпания, плохо маскируемые косметикой, тенью отрастающих после бритья волос. Рубцы III степени преобладали как у мужчин (59,5%), так и у женщин (59,0%). Рубцы II степени отмечены у 29 (24,2%) пациентов, встречались у каждого третьего мужчины и у каждой пятой женщины. Рубцы I степ. отмечены у 13 женщин (15,7%) и у 3 (8,1%) мужчин. Рубцы IV степ. присутствовали у 3 женщин (3,6%) и у 1 (2,7%) мужчины. Суммарный индекс выраженности рубцов по количественной шкале G.J. Goodman et al. (2006) варьировал от 2,0 до 16,0 баллов, медиана индекса составила 12,0 баллов (6,0-13,0 баллов); медиана индекса у женщин – 12,0 баллов (7,0-13,5 баллов), у мужчин – 8,0 баллов (5,0-13,0 баллов). Суммарный количественный индекс рубцов по шкале ЕССА варьировал от 60,0 до 160,0 баллов, медиана индекса составила 105,0 баллов (70,0-130,0 баллов); медиана индекса для женщин составила 110,0 баллов (87,5-130 баллов), для мужчин – 75,0 баллов (60,0-105,0 баллов). Отмечено, что у каждого второго пациента регистрировалось количественное преобладание U-образных рубцов – у 54 (45,0%) пациентов. Данный тип атрофического рубца характеризовался округлыми или овальными очертаниями с четкими границами и отвесными вертикальными краями, не имел сужения к основанию рубца («штампованный рубец»). V-образные рубцы преобладали у 23 (19,2%) пациентов, характеризовались узкими (диаметром менее 2 мм) и глубокими вертикальными дефектами кожи, края таких рубцов были округлые и четко очерченные. Поверхностное отверстие этого типа рубцов было уже, чем у U-образных и имело сужающуюся в виде воронки глубокую часть. М-образные рубцы определялись как волнистые западения визуалью неизменной кожи шириной более 5 миллиметров с пологими краями, такие рубцы наблюдались у 27 (22,5%) пациентов. Макулярные поверхностные рубцы наблюдались в 16 (13,3%) случаях и соответствовали поверхностному эластолизу по шкале ЕССА и I степени тяжести по качественной шкале G.J. Goodman et al. (2006). Выводы: по результатам кросс-секционного исследования установлено, что среди обследованных пациентов с атрофическими рубцами постакне преобладают пациенты со II и III степенью выраженности рубцов, заметных на расстоянии и плохо поддающихся косметическому камуфляжу. Преобладающим морфологическим типом рубца являлся U-образный, диаметр и глубина рубцов данного типа может варьировать, что клинически

проявляется выраженной рельефностью поверхности кожи.

## **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С АТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ**

*Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш.*

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе*

Введение. Акне (угри) является одним из наиболее распространенных заболеваний, частота встречаемости которого достигает 85%. В 15-30% наблюдений оно протекает в тяжелой форме, что требует обязательного лечения. В дальнейшем у 2-7% пациентов акне разрешается образованием рубцов постакне. Важно понимать, что эти рубцы формируется там, где длительно был выраженный воспалительный процесс.

Цель. Выявление частоты распределения генетических вариантов генов мутации G-174C гена интерлейкина – 6 (IL-6) и C3953T гена интерлейкина-1 (IL-1B) у пациентов с атрофическими рубцами.

Материал и методы. В ходе настоящей работы нами было обследовано 25 пациентов с атрофическими рубцами в возрасте от 18 до 36 лет. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Выделение ДНК из ядер лимфоцитов проводили в соответствии с методикой, приведенной в руководстве Сэмбрук и др. с некоторыми модификациями (Sambrook et al., 1989).

Результаты. У 25 больных и 20 условно здоровых доноров аллель G гена IL-6 (G-174C) был обнаружен в 85% и 96% случаях соответственно. Аллель C гена IL-6 (G-174C) был обнаружен соответственно в 15% и 4% случаев. При оценке особенностей распределения аллельных вариантов и генотипов полиморфизма IL-6 (G-174C) у больных атрофическими рубцами было выявлено, что различия в частоте встречаемости аллеля и генотипов между обследованными больными мужчинами и женщинами носили недостоверный характер. При сравнительном анализе частот генотипов полиморфизма IL-6 (G-174C) наиболее значимым в обследованных группах мужчин и женщин оказался гомозиготный генотип G/G (75% больных и 92% здоровых) и C/C (5%) только среди больных. Ге-

терозиготный генотип G/C гена IL-6 (G-174C) отмечался как в группе больных (20%), так и в контрольной группе (8%). Что касается особенностей распределения аллельных вариантов и генотипов полиморфизма C3953T гена IL-1B, аллель G гена среди пациентов и лиц контрольной группы был обнаружен 87,5% и 94% случаях соответственно. Аллель T гена IL-1B (C3953T) был обнаружен соответственно в 12,5% (среди пациентов) и 6% (среди лиц контрольной группы) случаев. При оценке особенностей распределения аллельных вариантов и генотипов полиморфизма IL-1B (C3953T) у больных келоидными рубцами было выявлено, что различия в частоте встречаемости аллели и генотипов между обследованными больными мужчинами и женщинами носили недостоверный характер. При сравнительном анализе частот генотипов полиморфизма IL-6 (G-174C) наиболее значимым в обследованных группах мужчин и женщин оказался гомозиготный генотип G/G (75% больных и 92% здоровых) и C/C (5%) только среди больных. Гетерозиготный генотип G/C гена IL-6 (G-174C) отмечался как в группе больных (20%), так и в контрольной группе (8%).

Выводы. Таким образом, выявлена ассоциация между полиморфными вариантами генов IL-1B и IL-6 и развитием патологического состояния, сопровождающегося ремоделированием коллагена в виде атрофических рубцов. По предварительным данным, эти маркеры являются маркерами повышенного риска развития заболевания, в особенности, это ярко выражено по гомозиготному генотипу полиморфизма G-174C гена IL-6.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ ПРИ АКНЕ**

*Потекаев Н.Н., Демина О.М., Косталевская А.В., Ильин Л.А., Рассохина О.И., Палуха В.В., Рустамов А.Н., Власова М.В.*

Актуальность. Акне - одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, встречающееся среди большинства этнических групп. Вульгарные угри могут негативно влиять на внешний вид и самооценку человека, вызывать тревогу, депрессию, а также снижать качество жизни. Химический пилинг - это процедура управляемого повреждения кожи, которое приводит к последующей регенерации эпидермального слоя и дермальных тканей. Глубина повреждения определяется концентрацией используемой кислоты,

типом транспортного средства, буферизацией и продолжительностью контакта с кожей. По глубине воздействия химический пилинг подразделяется на поверхностный (разрушающий эпидермис), срединный (разрушающий сосочковый слой дермы и верхний ретикулярный слой дермы) или глубокий (разрушающий часть или всю среднюю ретикулярную дерму). В настоящее время наиболее часто используемыми поверхностными пилингами являются а-гидроксильные кислоты, салициловая кислота, пировиноградная кислота, молочная кислота и др. Цель: провести сравнительную оценку эффективности химического пилинга 50% пировиноградной и 30% салициловой кислоты при акне. Материалы и методы: под наблюдением находилось 16 пациентов с легкой степенью тяжести акне, из них 10 (62,5%) - женщин и 6 (37,5%) - мужчин в возрасте 18-37 лет (медиана - 21,4). Всем пациентам была назначена традиционная топическая терапия препаратом азелаиновой кислоты 1 раз в сутки. Дополнительно рекомендовали применение фотозащитных средств (spf не менее 30). Для сравнительной оценки эффективности химических пилингов все пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе (7 больных) применяли 50% пировиноградную кислоту, во 2 группе (9 больных) - 30% салициловую кислоту курсом 1 раз в 2 недели в течение 8 недель. Результаты. Анализ клинической эффективности показал, что количество комедонов как в 1-й, так и во 2-й группе значительно регрессировало уже после первого сеанса (на 44% и 46% соответственно), тогда как уменьшение папул было на 10,4% и 11,5%, пустул - на 2,2% и 1,6% соответственно. Анализ высыпаний после завершения курса показал, что количество комедонов уменьшилось на 70,6% и 44,4%, папул - на 95,7 и 94,5%, пустул - 98,6% и 98,3% соответственно. При оценке побочных эффектов были отмечены постпилинговая эритема, жжение, зуд в равном проценте случаев в обеих группах (по 4 пациента). Таким образом, химические пилинги одинаково эффективны при вульгарных угрях легкой степени тяжести, что обусловлено их антибактериальным, противовоспалительным, кератолитическим и комедолитическим действием, а также снижением секреции себума. Химический пилинг может широко применяться для лечения вульгарных угрей в качестве дополнительной или поддерживающей терапии. Однако, в настоящее время нет единого мнения относительно стандартизированного протокола химического пилинга, т.к. оптимальная концентрация, интервал лечения и продолжительность

для различных химических пилингов остаются неясными, что требует проведения дальнейших исследований для сравнения различных режимов одного и того же химического пилинга с целью определения оптимального протокола.

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ**

*Карпова Е.И., Данищук О.И., Демина О.М.*

Актуальность. Контурная инъекционная пластика (КИП) является методом эстетической коррекции инволюционных изменений кожи, а также применяется для восстановления объема при дефектах мягких тканей. В последние десятилетия для коррекции признаков старения лица были созданы различные филлеры, такие как бычий и человеческий коллаген, препараты на основе гиалуроновой кислоты (ГК), гидроксилатапата кальция, поли-L-молочной кислоты, силикона, а также ряд других. При правильном выборе препаратов, показаний и соблюдении техники проведения процедур, результат коррекции эстетически значим с коротким периодом реабилитации и пролонгированным эффектом. Однако, наряду с постоянно расширяющимся арсеналом филлеров и ростом спроса на КИП, частота осложнений, связанных с этими процедурами постоянно увеличивается. Цель: оценка патогенетической роли микроорганизмов в развитии осложнений КИП. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 23 пациентки, все женщины в возрасте 25-55 лет (средний возраст 34 года) с клиническими признаками воспаления после процедур КИП с применением как перманентных, так и биодеградируемых филлеров. Согласно преобладающим в клинической картине симптомам 25% были с гранулематозным воспалением, 45% - с асептическим и 30% - с гнойным. Всем пациенткам были проведены клинический, иммунологический и микробиологический анализы крови. Стандартное исследование иммунного статуса включало определение численности основных субпопуляций лимфоцитов крови, определение количества активированных лимфоцитов в крови и содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови. Комплексное микробиологическое исследование пробы периферической крови состояло из микроскопии и посева крови. Материалом служил лейкоцитарный слой пробы периферической крови, полученный при венопунк-

ции. Мазки крови были окрашены по Граму для просмотра в световом микроскопе. Прямой посев крови был проведен на высокопитательный 7% кровяной агар с инкубацией в аэробных условиях (Патент № 2098486 от 21.06.95.: «Способ диагностики бактериемии», Патент №2016101596 «Способ экспресс-диагностики инфекции кровотока» от 20.01.2016). Результаты. Данные клинико-лабораторного исследования были в пределах возрастной нормы. При микроскопическом исследовании мазка периферической крови у 80% обнаружена грибковая флора двух видов, с дрожжеподобными клетками и мицелием в значительном количестве, грамположительные кокки в небольшом количестве. Выявленная бактеремия в крови чаще всего характеризовалась моноинфекцией – до 70 % пациентов. Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования установили наличие эндоинфекции, обусловленной циркуляцией микроорганизмов в системном кровотоке. При этом патогенные микроорганизмы способствуют созданию биопленки на поверхности введенного филлера и, находясь внутри этой структуры, становятся недоступны для антибактериальных препаратов. Эти данные свидетельствуют о патогенетической роли микроорганизмов в развитии осложнений КИП. Оценка показаний и противопоказаний с учетом наличия очагов хронической инфекции, дифференцированный выбор вида филлера, его объема и области введения, а также соблюдение комплекса профилактических мероприятий и тактики эстетической коррекции позволит минимизировать риск возникновения осложнений КИП, что обеспечить сохранение безопасности и высокого комплаенса препаратов при проведении КИП.