



ОРГАНИЗАТОР

НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
дерматологов и косметологов
nadc.ru



IFDC 2020

Москва, «Крокус Экспо»
11–13 марта 2020 года

XIII Международный форум дерматовенерологов и косметологов

XIII International Forum
of Dermatovenereologists
and Cosmetologists

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИ УЧАСТИИ И ПОДДЕРЖКЕ



ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, кафедра дерматовенерологии, г. Душанбе

Актуальность. В последние годы во многих странах мира наметилась тенденция увеличения числа случаев витилиго, особенно у детей. Высказываются предположения, что в основе клинических проявлений различных форм витилиго лежат иммунные механизмы их развития, связанные с дисфункцией симпатической нервной системы.

Цель исследования. Изучить анамнестическо-клинические особенности различных форм (сегментарное – СВ и несегментарное – НСВ) витилиго в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 34 пациента (24 мальчика и 10 девочек) с различными клиническими формами витилиго в возрасте от 5 до 16 лет. У всех больных был тщательно собран анамнез жизни и заболевания и проведены общеклинические обследования больных. Также изучалась локализация и симметричность очагов депигментации и наличие поседения волос.

Результаты собственных исследований. Среди обследованных у 10 (29,4%) больных отмечалась сегментарная форма и у 24 (70,6%) – несегментарная форма витилиго. Большинство больных СВ (72,5%) имели дебют заболевания в возрастной группе до 10 лет, в то время как у больных НСВ отмечается возникновение пятен в любом возрасте. У больных НСВ в 67,9% – отмечалась вульгарная форма, в 18,2% – акрофациальная, в 9,2% – фокальная, в 4,7% – универсальная форма с площадью депигментации около 90%. Средняя продолжительность заболевания у больных СВ составила – 3 года, НСВ – 8 лет. У 13 больных НСВ (54,1%) первые симптомы заболевания появились на кожных покровах в виде гиперемированных пятен. 29,2% (7 больных) отмечали субъективные ощущения в виде зуда и чувства жжения, лишь у 4 пациентов СВ (16,7%) – первые проявления заболевания были в виде поседения волос. У больных СВ (73%) заболевание прогрессировало (появление и распространение новых пятен) в течение короткого времени. У 69% больных НСВ отмечался дальнейший рост белых пятен. Таким образом, для СВ характерно быстрое начало с последующей стабилизацией процесса, а НСВ отличается постепенным прогрессированием процесса: увеличением площади очагов поражения и появлением новых элементов. Дифференциально-диагностические критерии различных форм витилиго могут способствовать правильной постановке диагноза и соответствующей терапии с учетом выявленной патологии.

ТЕРБИНАФИН В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП

Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С., Хомидов М.Ф.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе

Актуальность. Грибковые поражения кожи относятся к самым распространенным заболеваниям человека. В общей структуре дерматологической заболеваемости микозы занимают второе место после пиодермий. Микотическое поражение ногтей отмечают у 26% взрослого населения, причем заболеваемость повышается с возрастом в 2,5 раза через каждые 10 лет, что связано со снижением естественной иммунной защиты организма человека за счет ухудшения экологии, применения иммуносупрессантов, кортикостероидов, антибиотиков. Заражению ногтей способствуют: микротравмы ногтевого ложа, ногтевых валиков, повышенная потливость ног, мацерация, сдвиг pH в щелочную сторону, патология сосудов, ожирение, остеоартропатии стоп, а также сахарный диабет. Появление в арсенале врачей новых, высокоэффективных системных антимикотиков и разработка рациональных схем терапии, позволило полностью изменить тактику лечения грибковых заболеваний ногтей. Учитывая появление новых противогрибковых препаратов, изучение эффективности последних является одной из важных задач практической дерматомикологии. Целью исследования явилось изучение клинической и микологической эффективности препарата тербинафин в терапии онихомикозов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 больных с онихомикозом ногтей стоп (28 мужчин и 10 женщин). В возрасте до 20 лет было 4 больных (3 мужчин и 1 женщина), от 30 до 40 лет – 9 больных (8 мужчин и 1 женщина), от 50 до 60 лет – 18 больных (12 мужчин и 6 женщин), от 60 лет и выше – 7 больных (5 мужчин и 2 женщины). Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15 лет. Тербинафин обладает широким спектром противогрибкового действия. Все больные до назначения данного препарата применяли различные наружные противогрибковые средства с переменным успехом. Клинический диагноз онихомикоза подтверждался результатами микологического исследования. У всех больных были поражены ногтевые пластины, отрубевидное шелушение на коже подошв, гиперкератоз различной степени выраженности. Больным проводилось комплексное лечение с включением противогрибкового препарата системного действия, гепатопротекторов, ангиопротекторов, антигистаминных препаратов, иммуномодуляторов. Больных осматривали в 1-й месяц лечения, затем через 3 и 4 месяца, а также проводилась контрольная микроскопия и культуральные исследования на грибы.

Результаты и их обсуждение. Для полной клинической картины с учетом измененных ногтевых пластин все больные были разделены на две группы. В первую группу включены больные (8), у которых поражены пластины I и V пальцев (16 ногтей), остальные ногтевые пластины стоп гладкие, бесцветные, прозрачные, слегка выпуклые. Вторую группу составили больные (30) с поражением всех пластин (294

ногтя) причем у 3 – наблюдались явления онихогрифоза первых пальцев обеих стоп (6 ногтей). По характеру поражения ногтей проксимально подногтевая форма отмечена у 17 (44, 8%), латерально-дистальная – у 11 (28,9%), поверхностная белая форма – у 7 (18,5%), тотально-дистрофическая – у 3 (7,8%) больных. Из сопутствующих заболеваний у 10 (7 мужчин и 3 женщин) в анамнезе гипертоническая болезнь, у 6 (4 мужчин и 2 женщин) – сахарный диабет, у 5 женщин – варикозное расширение вен, у 1 женщины – тромбоз левого бедра. Все больные параллельно с противогрибковой терапией получали необходимое лечение у специалистов. Тербинафин назначался по 250 мг (1 таблетка) 1 раз в день в течение 16–18 недель. Клинико-микологическое излечение отмечалось у 94,7% больных через 3 месяца терапии, у остальных больных отмечалось клиническое улучшение – отрастание здоровых ногтевых пластинок. Переносимость препарата была хорошей. У 7 больных отмечался побочный эффект в виде тошноты, незначительной головной боли, не требовавший его отмены. Отсутствие серьезных побочных явлений и токсических эффектов при лечении больных онихомикозами тербинафином свидетельствует о безопасной терапии этим препаратом. Таким образом, онихомикозом стоп чаще болеют лица в возрасте от 50 до 70 лет с выраженной сосудистой патологией и хроническими заболеваниями. Получен высокий терапевтический эффект и микологическое излечение в 94,7%. Препарат тербинафин в терапии онихомикозов может быть широко использован в практическом здравоохранении.

ЗУД ПРИ ПСОРИАЗЕ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ

Артемяева С.И.

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

Актуальность. Субъективные ощущения на коже, ассоциированные с хроническими дерматозами, достаточно разнообразны и вызывают существенные трудности при выборе тактики ведения и подборе соответствующего эффективного лечения. Псориаз – это хроническое системное воспалительное заболевание, оказывающее выраженное негативное влияние на различные аспекты жизни пациентов. Бремя псориазической болезни включает и социальную стигматизацию, и снижение эмоционального, а также физического благополучия. Долгое время псориаз считался незудящим дерматозом, однако, клинические данные указывают обратное и пациенты достаточно часто предъявляют жалобы на зуд. По данным зарубежной литературы симптом зуда сопровождает псориаз в 60–80% случаев. Зуд при псориазе может носить интермиттирующий или непрерывный характер, зачастую усиливается ночью и нарушает сон больного. Большинство пациентов с псориазом считают зуд наиболее тягостным симптомом своего заболевания, в связи с чем остро стоит вопрос изучения патогенетических механизмов возникновения зуда при данном заболевании, что позволит определить эффективные методы терапии, направленной на облегчение данного симптома. Целью нашего исследования является изучение клинико-эпидемиологических аспектов, частоты и интенсивности зуда при псориазе, корреляции с клиническими формами псориаза. Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 57 па-

циентов (20 мужчин, 37 женщин), в возрасте от 19 до 83 лет (средний возраст составил 44 года), с различными клиническими формами псориаза, находящихся на лечении в суточном стационаре МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». В выборку вошли 36 больных с диагнозом вульгарный псориаз, 15 – с экссудативной формой псориаза, 4 пациента с диагнозом генерализованный пустулезный псориаз, 1 – акродерматит Аллопо, 1 – пустуллез ладонный и подошвенный. Интенсивность зуда измерена при помощи визуальной аналоговой шкалы (VAS). VAS – субъективный метод оценки зуда самим больным при помощи 10 бальной шкалы, при анализе принята следующая градация степеней тяжести зуда: слабая степень – 1–4 балла, умеренная – 5–6; сильная – 7–10 баллов.

Результаты. По результатам исследования частота зуда при псориазе составила 54,4% (31 и 26 случаев с зудом и без соответственно), при этом в большинстве случаев зуд сопровождал вульгарную форму псориаза (24 и 12 с зудом и без соответственно), пациентами зуд был оценен по VAS на 3 балла в среднем (максимально до 8 баллов); при экссудативной форме псориаза зуд отмечали 5 из 10 пациентов и оценивали его по VAS на 4 балла в среднем (максимально 5 баллов); генерализованный пустулезный псориаз сопровождался симптомом незначительного зуда в половине случаев и оценивался пациентами по VAS от 2 до 4 баллов; акродерматит Аллопо и пустуллез ладонный и подошвенный симптомом зуда не сопровождался. Следует отметить, что большинство пациентов указывали на локализацию зуда непосредственно в местах высыпаний, что преимущественно коррелировало с выраженностью обострения, тогда как 6 пациентов указывали на локализацию зуда и в области с отсутствием псориазических высыпаний.

Выводы. Анализ частоты встречаемости симптома зуда при псориазе указывает на достаточно высокую распространенность данного симптома, зуд присутствовал более чем в половине случаев у пациентов с псориазом, что говорит об актуальности оценки данного субъективного ощущения. С учетом существенного влияния зуда на качество жизни пациентов, а также отсутствия специализированной строгонправленной противозудной терапии при псориазе необходимо дальнейшее изучение патогенетических аспектов данного симптома с целью подбора соответствующей эффективной и безопасной терапии.

РУБЦОВАЯ АЛОПЕЦИЯ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ

Бабушкина М.В., Загртдинова Р.М., Молоземова О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск

Рубцовая алопеция – необратимая потеря волос вследствие замещения волосяных фолликулов фиброзной тканью. Выпадение волос может быть первичным, когда фолликул является основной целью поражения, и вторичным, когда воспаление нефолликулярного характера приводит к гибели волосяных луковиц (Корнишева В.Г., Ежков Г.А., 2012). Одним из заболеваний, которые приводят к появлению очагов рубцовой алопеции, является склеродермия. Изолированное поражение скальпа, особенно при обращении пациента в стадии рубцовой атрофии, может затруднить диагностику дерматоза. Заболевание, как правило, имеет

доброкачественное течение, но локальное воспаление с последующим развитием склероза и/или атрофии кожи приводит к формированию очагов необратимой потери волос. При распространении патологического процесса в подлежащие ткани, могут развиваться неврологические и офтальмологические проявления (Волнухин В.А., 2015). Целью исследования явилась оценка клинических и дерматоскопических особенностей рубцовой алопеции при локализованной склеродермии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 5 пациенток со вторичной рубцовой алопецией в исходе линейной формы склеродермии. Средний возраст больных составлял 45,3 лет. Только у одной женщины дерматоз дебютировал в детском возрасте (около 12 лет), средний возраст начала заболевания у остальных пациенток – 37,8 лет. Одна больная прогрессирование заболевания связывает с травмой, другие женщины начало и развитие болезни ни с чем не связывают. У 4 пациенток процесс носил ограниченный характер и локализовался только на коже волосистой части головы, у одной больной имелись очаги склеродермии на коже живота. У одной женщины распространение патологического процесса вглубь привело к развитию вторичной сосудистой энцефалопатии с эпилептическим синдромом, нейропатии зрительных нервов, а также вторичной глаукоме, по поводу которой была проведена эвисцерация глазного яблока. Системный характер болезни был исключен ревматологом у всех женщин. Пациентки неоднократно получали амбулаторное и стационарное лечение: курсы пенициллина, D-пенициллина, гиалуронидазы, одна женщина – системные кортикостероиды и метотрексат. Наружно использовались 30% раствор Димексид, топические глюкокортикостероиды. Всем больным был выполнен осмотр кожи в области очагов поражения с использованием цифровой видеокамеры Aramo SG (Aram Human Vision System, Корея) и компьютерной программы TrichoscienceV.1.4.Rus.

Результаты и обсуждение. У всех больных на скальпе имелся очаг линейной формы в теменной области, у 2 человек процесс переходил на лоб и имел вид плотного тяжа склерозированной кожи (по типу «удара саблей»), у 2 имелись более мелкие параллельные очаги линейной формы в височных областях. Кожа в этих участках была гладкая, блестящая, цвета слоновой кости, не собиралась в складку, пото-, салоотделение, волосы отсутствовали. Ближе к краю очагов имелись одиночные волосы. У одной пациентки определялось западение глазного яблока и крыла носа справа. По периферии очагов у 3 больных отмечался узкий воспалительный венчик светло-лилового цвета, беспокоило небольшое чувство стягивания кожи. У остальных субъективные жалобы и визуальные признаки активности процесса отсутствовали. При дерматоскопии кожа в очагах поражения выглядела гладкой, белесоватого цвета, с отсутствием устьев волосяных фолликулов, по периферии очагов у 3 человек определялись короткие толстые линейные и ветвящиеся извилистые сосуды. Кроме того, у всех пациенток визуализировались перекрученные волосы (pili torti). Появление их коррелирует с наличием перифолликулярного фиброза, когда стержень волоса деформируется, прорастая через склеротически измененные ткани. Черные точки и сломанные волосы, имеющие этот же патогенез и также описанные при склеродермии волосистой части головы, не были выявлены ни у одной пациентки.

Выводы. У наблюдаемых больных имелось от 1 до 3 очагов рубцовой алопеции линейной формы на теменной и височной областях скальпа, у двоих – по типу «удара саблей». Кожа в этих участках была гладкая, блестящая, цвета сло-

новой кости, не собиралась в складку, ближе к периферии имелись одиночные волосы. Об активности процесса свидетельствовал узкий воспалительный венчик светло-лилового цвета и субъективные жалобы. Дерматоскопическая картина характеризовалась отсутствием устьев волосяных фолликулов, наличием перекрученных волос, коротких толстых линейных и ветвящихся извилистых сосудов по периферии очагов.

СПЕЦИАЛИСТ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Бабушкина Е.С., Ускова К.А., Шлишко И.Л., Гаранина О.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Введение. За последнее время произошла интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в неинвазивные методы диагностики рака кожи и меланомы. На основе анализа базы клинических и дерматоскопических изображений ИИ с высокой чувствительностью и специфичностью устанавливает диагноз, что может оказывать помощь в работе начинающим онкологам, дерматологам и врачам неонкологических специальностей. Для ИИ, встроенного в оборудование FotoFinder, сформирована и постоянно пополняется база изображений для глубокого обучения нейросети. В 2018 году программа на основе нейронных сетей смогла диагностировать злокачественные новообразования кожи эффективнее, чем 58 дерматологов, со всего мира, в разной степени владеющих дерматоскопией, с опытом работы от двух до пятнадцати лет. На данный момент показатели точности постановки диагноза у ИИ выше, чем у специалистов, 95% против 88,9%. [ESMO, 2019]. В реальной практике ежедневно встречаются ситуации, в которых ИИ нуждается в помощи специалиста.

Клинический случай. Пациент К., 33 года. Жалобы на наличие множественных новообразований кожи. Элементы существуют с детства, субъективно не беспокоят. Status localis: На коже головы, шеи, туловища и конечностях множественные пограничные и дермальные новообразования коричневого цвета, размером 5–15 мм в диаметре. На коже переднего декольте слева, разгибательной поверхности правого плеча, внутренней поверхности правого предплечья, разгибательной поверхности левого плеча множественные искусственные пятна коричневого, желтого, зеленого, синего, черного, фиолетового, красного цвета, образованные за счет введения пигмента (татуировки). После выполнения полного картирования тела с дерматоскопическим исследованием, все элементы были проанализированы с помощью программы Moleanalyser pro. В случае с меланоцитарным новообразованием, которое находилось внутри татуировки, система ИИ оценила его как злокачественное, в диапазоне высокого риска – 0,83. Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что в нейросеть заложены определенные дерматоскопические структуры с неизменной кожей вокруг. При наличии искусственного пигмента чувствительность и специфичность в постановке диагноза уменьшается, в отличие от специалиста, которому данные изменения на коже не мешают в постановке диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО ФОЛЛИКУЛИТА И ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Большева А.А., Петунина В.В.

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

Абсцедирующий подрывающий перифолликулит и перифолликулит Гоффмана – относится к редким дерматозам, является хроническим воспалительным заболеванием неизвестной этиологии, при котором поражаются волосяные фолликулы кожи головы, паховой, перианальной и подмышечной областей, с последующей рубцовой атрофией. Считается одной из форм инверсного акне. E. Hoffman описал клиническое наблюдение этого заболевания в 1907 году, однако лишь в 1950-х годах было доказано, что фолликулит Гоффмана является одной из форм акне. Заболеванию подвержены оба пола, в возрасте от 18 до 40 лет, но преимущественно болеют мужчины. Дифференциальную диагностику проводят с глубокими микозами, инфильтративно-нагноительной трихофитией, стероидными, йодистыми и бромистыми угрями, декарвирующим фолликулитом, эрозивным пустулезным дерматозом, некротическими акне. Трудности дифференциальной диагностики нередко приводят к сложностям в постановке верного диагноза вовремя и как следствие к необратимой рубцовой атрофии. Согласно проанализированным источникам ресурса Medline, наиболее распространенными методами терапии фолликулита Гоффмана являются: низкие дозы цинка перорально, изотретиноин перорально, миноциклин, сульфаниламиды, тетрациклин, преднизолон, дапсон, абляционные CO₂-лазеры, также описывают применение блокаторов фактора некроза опухоли (TNF α), хинолонов, макролидов. Эффективность приема изотретиноина перорально описывается как наиболее эффективный вариант терапии. Данный клинический случай приводится с целью демонстрация редкого клинического наблюдения из собственной практики. Проанализирована история болезни и проведено динамическое наблюдение в течение 6 месяцев за пациентом.

На амбулаторный прием обратился мужчина 28 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы в теменной области, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больным в течение 1 года, когда впервые, обратил внимание на гнойно-воспалительные очаги на волосистой части кожи головы. Дерматовенеролог в частой клинике диагностировал «микоз волосистой части головы» и назначил системную терапию тербинафином в течение 4 месяцев, без эффекта. Также на фоне терапии проводилось хирургическое вскрытие очагов. В ЦОСМП пациенту был поставлен диагноз «Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана». После консультации зав. отделения к.м.н. О.Н. Карымова и к.м.н. доцента кафедры В.В. Петуниной назначена системная терапия изотретиноином 0,4 мг/кг/сут перорально, с последующим снижением суточной дозы до достижения кумулятивной дозы в 100 мг/кг. В течение 1 месяца пациент отмечал сухость кожных покровов. Спустя 12 недель терапии отмечалась положительная динамика кожного патологического процесса в виде разрешения отдельных очагов, уменьшения интенсивности окраски, снижение инфильтрации с тенденцией к разрешению. Через 24 недели

наблюдается регресс высыпаний до пятен поствоспалительной гиперпигментации и рубцовых изменений кожи. Дифференциальная диагностика абсцедирующего фолликулита и перифолликулита Гоффмана требует особого внимания. Своевременно установленный диагноз и выбор наиболее эффективного, из существующих методов терапии, обеспечивает снижение частоты необратимой рубцовой атрофии.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ПОПУЛЯЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: НОВЫЕ ДАННЫЕ

**Вахитова И.И., Миченко А.В., Львов А.Н.,
Потекаев Н.Н.**

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

Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Центральный», Москва

Введение. Злокачественные новообразования кожи занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости на территории Российской Федерации и составляют 12,6% (с меланомой 14,4%). Одним из путей снижения смертности от меланомы является ранняя диагностика, осуществляемая путем проведения скрининговых обследований всего кожного покрова с дерматоскопией пациентов с факторами риска развития опухолей кожи. Отдельные группы дерматологических пациентов могут иметь специфические факторы риска развития злокачественных новообразований кожи, ввиду получаемой ими патогенетической терапии (например, ПУВА-терапии). В то же время исследования по оценке распространенности факторов риска в популяции дерматологических пациентов не проводились. Цель: изучить распространенность факторов риска развития меланомы кожи в популяции дерматологических пациентов в сравнении с испытуемыми без заболеваний кожи.

Материалы и методы. Для оценки распространенности факторов риска развития меланомы всем последовательным амбулаторным и стационарным пациентам, и здоровым испытуемым без дерматологического заболевания проводилось анкетирование с последующим клиническим дерматологическим обследованием с оценкой факторов риска развития меланомы кожи. Анализ результатов включал два вида статистического подхода: анализ перемешанных «случай-контроль», который проводился в отношении факторов риска развития меланомы, и сравнительный анализ групп при помощи проверки традиционных статистических гипотез. В качестве демонстрации силы влияния фактора на исход применяли расчет отношения шансов (ОШ), а статистическую значимость указанной связи рассчитывали на основании 95% доверительного интервала ОШ (95% ДИ). Статистически значимыми считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Основную группу составили 413 человек с дерматологическими заболеваниями в том числе 145 мужчин (35,1%), контрольную группу – 249 человек, (из них 52 мужчин (20,9%). Возраст в основной и контрольной группах ($M \pm SD$) составил $46,59 \pm 16,75$ и $39,66 \pm 13,68$, соответственно. В основной группе в структуре дерма-

тологических диагнозов преобладали: псориаз ($n=197$, 47,7%); доброкачественные новообразования кожи ($n=53$, 12,9%); дерматиты ($n=34$, 8,1%, включая простой раздражительный контактный дерматит; неуточненный дерматит; высыпания, вызванные лекарственными средствами и медикаментами); атопический дерматит ($n=17$, 4,1%). Так, частота встречаемости фактора риска «мужчины старше 50 лет» выше в 3,4 раза в основной группе по сравнению с контрольной (14,5%; ОШ 3,36; $p<0,0001$). У пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в 22,5 раза выше распространенность такого фактора риска как фототерапия в анамнезе (26,8%; ОШ 22,51; $p<0,0000$). Более 50 невусов на теле и более 20 невусов на коже рук диаметром более 2 мм – в 1,7 раза (21,5%; ОШ 1,68; $p<0,0160$); врожденные меланоцитарные невусы – в 6,4 раза (менее 1,9 см) (15,5%; ОШ 6,36; $p<0,0000$); врожденные меланоцитарные невусы – в 6,3 раза, (от 2–19 см в диаметре) (4,8%; ОШ 6,30; $p<0,0040$); I фототип кожи – в 2 раза (11,6%; ОШ 2,07; $p<0,0160$); II фототип кожи – в 6 раз (46,7%; ОШ 6,17; $p<0,0000$); признаки фотоповреждения кожи – в 2,3 раза (11,3%; ОШ 2,33; $p<0,0070$). И напротив в контрольной группе чаще выявлялись такие факторы риска, как атипичные невусы (ОШ 0,07–0,42; $p<0,0000$), факт посещения солярия (как минимум однократно) (ОШ 0,4–0,9; $p<0,0070$).

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют более высокую распространенность ряда факторов риска развития меланомы кожи у дерматологических пациентов по сравнению со здоровыми испытуемыми и свидетельствует о значимой роли дерматологической службы в проведении скрининговых обследований групп риска по развитию злокачественных новообразований кожи.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ФОРМ МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Ващенко М.О., Майоров Р.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

В России кожные формы мастоцитоза (КМ) составляют по разным данным от 0,1 до 0,8% от всех дерматологических диагнозов. КМ диагностируется преимущественно у детей и включает три основные формы: пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ППКМ или пигментная крапивница) (60–70%), солитарная мастоцитомы (10–35%) и диффузный кожный мастоцитоз, называемый также телеангиэктатическим типом мастоцитоза. Проявления КМ дебютируют у большинства детей в возрасте до 2 лет и склонны к спонтанному регрессу. Считается, что благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. Целью настоящего исследования явился анализ факторов, влияющих на течение кожного мастоцитоза у детей.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 28 детей, находившихся на амбулаторном лечении в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Диагноз был выставлен на основании типичных проявлений мастоцитоза на коже

в сочетании с положительным симптомом Унны. Оценке подлежали жалобы, течение беременности у матери, сопутствующая патология, дебют и продолжительность болезни, наличие приступов анафилаксии и тяжесть симптомов, опосредованных высвобождением медиаторов тучных клеток. При изучении симптомов учитывались выраженность зуда, выраженность флашинг-реакции, симптомы, связанные с вовлечением желудочно-кишечного тракта (диарея, боли в эпигастрии, рвота); неврологические симптомы (головные боли, утомляемость, раздражительность, нарушение концентрации внимания). Клинические особенности были сопоставлены с длительностью течения процесса, тяжестью кожных и системных симптомов, уровнем триптазы в сыворотке крови. Для оценки степени риска утяжеления кожного процесса при действии того или иного фактора, нами был проведен расчет величины относительного риска (ОР) по методике, описанной В.П. Стоногиной (1980).

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 28 детей, больных мастоцитозом (12 мальчиков и 16 девочек), в возрасте от 3 месяцев до 12 лет. У 8 (28,6%) детей отмечались высыпания по типу монотипного варианта ППКМ. У 20 (71,4%) пациентов была диагностирована солитарная мастоцитомы. В ходе изучения клинической картины ППКМ выявлена корреляция между возрастом дебюта (ОР=3,53, $p<0,001$), диаметром очагов, распространенностью, а также плотностью высыпаний и регрессом заболевания (ОР=2,33, $p<0,05$). Следует отметить, что при длительном течении мастоцитоза и отсутствии адекватного лечения наблюдалось увеличение плотности сыпи, что говорит о постепенном прогрессировании заболевания (ОР=1,81, $p>0,01$). Большое количество крупных папулезных очагов коррелировало с выявлением переходящей гепатомегалии, а также с неврологическими симптомами (ОР=2,45, $p<0,05$). При необычной локализации мастоцитомы (на коже стопы, ладони) у 3 (10,7%) детей, до установления правильного диагноза, неоднократно подвергались криодеструкции элементов, что привело к ухудшению течения заболевания (увеличению размеров очагов, увеличение числа элементов, появление стойкого зуда) и к снижению скорости ответа на проводимое лечение. При обследовании детей с ППКМ уровень триптазы во всех случаях не превышал 5,59 мкг/л (при норме <11 мкг/л). Флашинг-реакции отмечались у 4 детей (3 девочки и 1 мальчик) с ППКМ и сочетались с множественными высыпаниями, сопровождающимися стойким кожным зудом, резко выраженным симптомом Унны, гепатомегалией, сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта и неврологическими симптомами. Лекарственная непереносимость и анафилактические реакции у наблюдаемых нами детьми не отмечались.

Выводы. Основными факторами риска, влияющими на тяжесть течения процесса, явились поздний дебют (старше 2-х лет), поздняя диагностика заболевания, неадекватная терапия. На отсроченный регресс высыпаний достоверно влияли локализация на местах, подвергающихся травматизации, распространенный процесс, сопутствующая патология. Необходимо проводить контроль уровня триптазы, консультацию гематолога для контроля за агрессивностью течения мастоцитоза.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

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

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Актуальность. Младенческие гемангиомы являются самыми распространенными доброкачественными новообразованиями у детей. По данным различных авторов частота встречаемости данной нозологии составляет от 2 до 20% новорожденных. Девочки болеют в 3 раза чаще мальчиков. По данным мировой литературы самой частой локализацией младенческих гемангиом является область головы и шеи (от 65 до 80%). По локализации относительно кожи Международное общество по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) выделяет младенческие гемангиомы: поверхностные – опухоль локализуется в пределах эпидермиса и дермы, глубокие – поражается подкожно-жировая клетчатка и дерма без поверхностных элементов, и комбинированные гемангиомы. Грозным и часто встречающимся осложнением младенческой гемангиомы является ее изъязвление, сопровождающееся инфицированием, длительными кровотечениями, образованием грубых обезображивающих рубцов. Учитывая высокую частоту встречаемости, риск возникновения серьезных осложнений, малый возраст пациентов, выбор рационального эффективного малоинвазивного метода лечения остается актуальным.

Цель: совершенствование методов лечения младенческих гемангиом головы и шеи

Материалы и методы. В КЦЧЛПХ и стоматологии МГМСУ в период времени с 2018 по 2019 год проведено лечение 19 пациентов с диагнозом: младенческая гемангиома. Возраст детей варьировал от 2 до 15 месяцев. По половому признаку пациенты разделились следующим образом: 13 девочек и 6 мальчиков. Всем пациентам была назначена медикаментозная терапия препаратом Атенолол. Данный препарат относится к группе селективных В-адреноблокаторов. Суточная доза препарата рассчитывалась индивидуально в зависимости от массы тела, возраста ребенка, объема гемангиомы, локальных гемодинамических нарушений. Суточная дозировка разделялась на 2 приема с разницей в 12 часов. Время госпитализации составляло 3 дня, в течение которых проводился мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровня глюкозы крови. Перед началом терапии и на третьи сутки проводили ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием. Пациенты выписывались через 3 дня на амбулаторное лечение под контролем педиатра и врача-кардиолога с регулярным контролем ЭКГ 1 раз в 30 дней. Контрольный осмотр проводили через 3 месяца для контроля лечения и коррекции дозировки. Срок лечения от 4 до 12 месяцев.

Полученные результаты. Результат проводимого лечения оценивали следующим образом: полное отсутствие клинических признаков опухоли, отсутствие патологической васкуляризации по данным ЦДК – хороший, уменьшение объема опухоли на 50% от первоначального объема, оставшиеся единичные сосуды с линейной скоростью кровото-

ка не более 20 см/сек – удовлетворительный, уменьшение объема опухоли менее чем на 50%, сохранение патологической васкуляризации – неудовлетворительный. Из 19 детей хороший результат был достигнут у 13 пациентов, хороший – у 5 пациентов, неудовлетворительный – 1 пациент. Системных и местных осложнений не было выявлено ни у одного пациента.

Вывод. Медикаментозное лечение селективным В-адреноблокатором Атенолол является высокоэффективным, безопасным и перспективным методом лечения младенческих гемангиом у детей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ СПОРТСМЕНОВ С КОЖНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К СПОРТУ: ОЦЕНКА ТЕКУЩЕГО ПРОЕКТА

Волкова О.С., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., Гвинианидзе М.В., Резепов А.С., Дьячкова А.А.

ООО «УК ПРОФИ Клиник», г. Владивосток; Государственное автономное учреждение здравоохранения Московский научно-практический Центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Владивосток, Москва

Известно, что в настоящее время количество лиц, занимающихся спортом составляет 1/4–1/3 населения мегаполисов. Количество профессиональных спортсменов, для которых спорт является основным средством существования, несколько меньше. Однако именно этот контингент составляет гордость и славу государства, является политически важным и зачастую определяет уважение к стране в международном сообществе, способствует пропаганде, здорового образа жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ проекта под названием «Клинические рекомендации по критериям допуска лиц к занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в соответствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом, полом при болезнях кожи и покровов организма», размещенных на сайте «расмирби» в 2019 году в качестве проекта, и присланного нам для обсуждения.

Обсуждение. Известно, что та или иная кожная патология у спортсменов, имеется, по нашим данным, в отдельных видах спорта (контактные, единоборства, командные и др.) у 2/3 человек. Особая роль принадлежит кожным инфекциям, наиболее распространенным у представителей контактных спортивных дисциплин. Действительно, ведущую роль здесь играют: 1) контакт. как непосредственный, так и опосредованный; 2) постнагрузочный иммунодефицит, или, по образному выражению Суздальницкого Р.С. и Левандо В.А., кратковременный «паралич иммунитета». Очень часто встречаются неспецифические инфекционные поражения кожных покровов, такие как фолликулит, фурункулы, фурункулез, непрерывно сопровождающие жизнедеятельность спортсмена, хотя и не являющиеся нормальными процессами, в чистом виде. Не так редко встречаются инфекции кожи спортсменов, вызванные вирусом простого герпеса – по нашим наблюдениям, от 2,5% до 10% у спортсменов, практикующих единоборства и другие контактные виды спорта. Отдельное наименование получили «herpes gladiatorum» и «herpes footballers», в

силу специфичности контингента, частоты возникновения, особенностей течения, лечения и профилактики у спортсменов данных видов спорта (единоборства, футбол). Следует отметить также особую распространенность ряда процессов у отдельных групп спортсменов. Так, существует так называемая «стопа спортсмена», относящаяся к дерматофитным инфекциям и требующая особого подхода и средств профилактики. Наблюдается также нарастание такой дерматофитной инфекции, как *tinea corporis gladiatorum*, вызванной, как правило, *trichophyton tonsurans*, распространенной в популяции спортсменов, занимающихся боевыми искусствами. В предлагаемых на данный момент рекомендациях наблюдается упрощенный подход по допуску спортсмена к соревнованиям: код МКБ, наименование патологии, четко обозначенный вердикт и сроки ограничения физической активности. Так, под кодом МКБ L00-L08, соответствующим инфекциям кожи и подкожной клетчатки, рассматривается такая патология как фолликулит, которая предполагает отвод спортсмена от спорта на 7 дней, фурункул – на 10–14 дней, фурункулез – также на 10–14 дней. В водных и контактных видах спорта этот период увеличивается до 3-х недель. С одной стороны, такой подход может показаться простым и хорошим, если не брать в расчет тонкий анализ специфичности отдельных патологических процессов в связи с определенными видами спорта. Однако важно отметить, что современный профессиональный спорт приносит спортсмену высокого класса очень высокие дивиденды, которые атлет способен зарабатывать в течение очень ограниченного промежутка времени, ограниченного законами физиологии, лимитирующими пиковую работоспособность определенным возрастным периодом. Поэтому, основным принципом допуска является исключение и устранение высокого риска фатальных последствий в связи с выявленным патологическим состоянием, которые маловероятны в отношении вышеперечисленных в качестве примера состояний.

Заключение. • Основной положительной чертой предлагаемых рекомендаций является краткость, четкость и привязанность к Международной Классификации Болезней (МКБ-10)

- С позиций патофизиологии, недостатком является отсутствие в текущем проекте рекомендаций указаний на специфичность ряда кожных заболеваний для определенных видов спорта.

- Основным недостатком текущих рекомендаций у спортсменов с кожной патологией, является отсутствие учета социального аспекта, что позволяет отводить от занятий спортом атлетов по недостаточно веским мотивам, с потерей ими заработка, социальных ориентиров и снижением качества жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Волнухин В.А.

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

Актуальность. Методы ультрафиолетовой фототерапии занимают важное место в лечении заболеваний кожи. Основными показаниями к их применению являются псориаз, атопический дерматит, витилиго, красный плоский лишай, экзема и локализованная склеродермия. Эффек-

тивность фототерапии других заболеваний кожи изучена недостаточно.

Цель исследования. Оценить эффективность применения методов фототерапии в лечении грибовидного микоза, парапсориаза, диссеминированной кольцевидной гранулемы, пигментной крапивницы, липоидного некробиоза, вульгарного ихтиоза, эозинофильного пустулезного фолликулита Офуджи.

Материалы и методы. Проведен анализ собственных наблюдений лечения больных методами ПУВА-терапии и узкополосной УФВ-терапии с длиной волны 311 нм.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал высокую эффективность применения как ПУВА-терапии, так и узкополосной УФВ-терапии 311 нм в лечении ранних стадий грибовидного микоза (IA, IB, IIA стадии), а также бляшечного парапсориаза. При диссеминированной кольцевидной гранулеме фототерапия в ряде случаев способствовала частичному регрессу высыпаний, при пигментной крапивнице – уменьшению интенсивности зуда. У больных лихеноидным парапсориазом, липоидным некробиозом, вульгарным ихтиозом, эозинофильным пустулезным фолликулитом Офуджи эффект от лечения был незначительным или отсутствовал.

Выводы. Необходимо проведение дальнейших исследований с целью уточнения и расширения показаний к применению методов ультрафиолетовой фототерапии в лечении заболеваний кожи.

ДЕРМАТИТ ГОЛЕНИ ПУСТУЛЕЗНЫЙ И АТРОФИЧЕСКИЙ

Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д.

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

Дерматит голени пустулезный – редкое заболевание с фолликулярными пустулами с участками атрофии и алопеции очагового характера. Обнаружены также пустулы не связанные с волосными фолликулами, что указывает на возможную его манифестации на безволосых участках кожи. Заболевание резистентно к проводимой терапии. Представляем пациента с этим дерматозом. Больной Ф., 19 лет, поступил в ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» с жалобами на множественные гнойничковые высыпания, сопровождающиеся зудом на коже нижних и верхних конечностей. Болеет около двух месяцев, когда впервые появились зудящие экзантемы на конечностях и лице. Лечился в частной клинике, где были выставлены диагнозы: ветряная оспа, а через некоторое время вульгарная пузырчатка. Назначен цефотаксим по 1.0 грамму 2 раза в день внутримышечно (10 дней), супракс по 400 мг. 1 раз в сутки (7 дней), зодак по 1 таблетке (10 мг) 1 раз в сутки (10 дней); наружно 1% водный раствор метиленового синего. Отмечал временное улучшение, через неделю высыпания рецидивировали. Повторно получал внутримышечно дексаметазон 12 мг однократно, затем по 4 мг (5 дней), клацид по 500 мг два раза в день (5 дней), линекс 1 капсула 3 раза в день до еды (5 дней), супрастин по 1 таблетке утром и в обед, а вечером зодак одну таблетку на ночь; наружно – 1% водный раствор метиленового синего 2 раза в день. Однако наблюдалось лишь временное улучшение, которое через неделю сменилось манифестацией гнойничковых высыпаний.

После этого обратился в клинику ГБУ РД «РКВД». Больной рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Туберкулез и венерические заболевания в анамнезе отрицает. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, вредных для здоровья привычек не имеет. Процесс носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже передних и задних поверхностях обеих голеней, тыле стоп, а так же на своде подошвы, т.е. участки кожи без волосяных фолликулов. Эффоресценции представлены единичными пустулезными, папуло-пустулезными воспалительными элементами на разных стадиях развития и остеофолликулитами, распространенными участками гиперпигментированной субатрофии и инфильтративными папулезными элементами. В процесс вовлечена также кожа бедер и предплечья. В очагах поражения беспокоит зуд. Клиническая картина соответствует III стадии заболевания. В посеве отделяемого пустул выделен золотистый стафилококк. Лабораторные данные. Общий анализ крови: СОЭ – 5 мм/ч, Нb–149 г/л, эр. – 4,6.10¹²/л, л. – 6,0.10⁹/л, п. – 1%, с. – 67%, э. – 3%, б. – 0%, лимфоциты – 28%, моноциты – 3%. Общий анализ мочи в пределах нормы. Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,17 ммоль/л, Аланинаминотрансфераза – 20 е/л, аспаратаминотрансфераза – 24 е/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, билирубин (общий) – 12,0 мкмоль/л, креатин – 74 мкмоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л. Патогистологическое исследование биоптата с очага поражения: отмечается атрофия эпидермиса и волосяных фолликулов, сохранены единичные пустулы в эпителии волосяных фолликулов, вокруг которых явления воспаления с полиморфным инфильтратом из нейтрофилов, гистиоцитов, эозинофилов и плазматических клеток. В дерме явления фиброза. Местами сосуды дермы имеют гиперплазию стенок и периваскулярный инфильтрат из плазматических клеток. На основании клинической и патоморфологической картины, результатов бактериологического обследования выставлен диагноз – ДСРА. Лечение. Диазолин по 100 мг 2 раза в день (10 дней), димедрол 1% 1 мл внутримышечно на ночь (10 дней), кальция глюконат 10% по 5 мл внутримышечно 1 раз в день (10 дней), доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки (10 дней), нистатин по 250 000 ЕД 2 раза в сутки (10 дней); наружно получал раствор фукоцин 2 раза в сутки на очаги поражения. На фоне проведенного лечения не отмечается появление новых пустулезных и папулезных элементов. Периодический зуд в очагах поражений сохраняется. Однако через неделю пациент повторно обратился в поликлиническое отделение ГБУ РД «РКВД» в связи с рецидивом клинической картины в форме пустуло-папулезных элементов на коже нижних (голеней, бедер) и верхних (предплечья, запястья) конечностей. Представленный нами случай ДСРА имеет ряд клинических особенностей: эффоресценции локализуются помимо голени на коже бедра, предплечья, запястья и на своде стопы (последняя не имеет пушковых волос и собственно волосяных фолликул).

КОЛЛИКВАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ

Газиев М.Г., Султанова Н.Н.

Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканский кожно-венерический диспансер, Махачкала

Введение. Колликативный туберкулез (КТ) (Скрофулодерма) – инфекционное заболевание, вызванное Микобактериями туберкулеза. Является редкой локальной формой туберкулеза кожи (ТК), которая протекает вяло. Среди ТК удельный вес данной формы составляет 4,69% – 5,3%. Мно-

гие врачи разных специальностей, как на начальных стадиях болезни, так и в ее распространенной форме не могут своевременно (порой десятки лет) идентифицировать заболевание. Выделяют две формы КТ: Первичная (гематогенный) и Вторичная из близлежащих лимфатических узлов, желез, костей и других внелегочных форм туберкулеза.

Цель. Ознакомить специалистов с клиническими особенностями редкого дерматоза для его своевременной идентификации.

Материалы и методы исследования. Больной Т., 35 лет, обратился в Областной кожно-венерологический диспансер г. Андижан (Республика Узбекистан) с жалобами на экзантемы в области волосистой части головы, лица, шеи, верхних и нижних конечностей, которые ухудшают качество жизни пациента. Из анамнеза: Пациент считает себя больным с 2001 года, когда впервые появились свищевые папулезно-бугорковые элементы в подмышечной области. По причине чего обратился в Областной кожнодиспансер г. Андижан, где ему был выставлен диагноз Абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана. Гидраденит. Длительное время находился на диспансерном учете. Неоднократно и без эффекта получал антибиотики. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, обращает на себя внимание депрессивное состояние пациента. Кожный процесс носит распространенный характер с вовлечением в процесс верхней половины туловища, подмышечных впадин, лица, волосистой части головы. Элементы представлены спаянными с окружающими тканями дермо-гиподермальными узлами, язвенными элементами с регулярным гнойным отделяемым, перемежающимися с рубцовыми участками мостообразных перекидных мостиков, которые образуются в результате регресса первичных элементов. Отмечается увеличение лимфатических узлов. **Результат.** Данные лабораторных исследований: В общем анализе крови – Нb – 116 и СОЭ – 28 мм/ч., а в биохимическом анализе крови обращаем внимание на Железо 8,5 (норма для мужчин 12–31 мкмоль/л). Анализ показателей крови (Нb и железо) позволяет сделать вывод о наличии у пациента анемии, хронического воспаления, терапия которого направлена на лечение основного заболевания. Общий анализ мочи – в пределах нормы. В бактериальном посеве свищевого отделяемого обнаружен золотистый стафилококк. При витропрессии выявлен слабый симптом «яблочного желе», а проба Манту – резко положительная. На рентгенограмме легких – признаки одиночных очагов уплотнения в верхних долях легких. Легочный рисунок усилен. Результат при посеве как мокроты, так и содержимого язв отрицателен. Проведено ПЦР исследование на наличие маркеров ДНК МБТ в мокроте и биоптатах кожи с бугоркового элемента, расположенного в области грудной клетки. Получены положительные результаты молекулярно-генетического исследования биоптата кожи. Гистологически в центре инфильтрата казеозный. **Диагноз.** Очаговый туберкулез верхних долей легких, фаза инфильтрации, МБТ (-), распространенная вторичная скрофулодерма. Пациент госпитализирован в туберкулезный диспансер, где проведена соответствующая терапия. **Обсуждение.** Описанный случай должен напомнить специалистам особенности клинической картины КТ для своевременной диагностики и лечения. Учитывая существенные и необратимые косметические дефекты КТ, важно своевременно применять новые методы диагностики (молекулярно-генетических, иммуногистохимии, МСКТ органов грудной клетки) и современные подходы к противотуберкулезной терапии с учетом лекарственной чувствительности возбудителя заболевания.

СЕБОРЕЙНАЯ ПУЗЫРЧАТКА: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Гошгарова Н.Н., Лебедева Е.В.

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

Себорейная пузырчатка (лат. – Pemphigus erythematosus; Пузырчатка эритематозная; синдром Сенира–Ашера) – опасное для жизни аутоиммунное заболевание, локализующееся преимущественно на коже лица, волосистой части головы, центральной части груди и спины. Заболевание ассоциировано с носительством лейкоцитарных антигенов HLA-DR4, HLA-DQ8. Аутоантигеном является десмоглеин 1 (ДСГ-1). Установлено, что доминирующим классом аутоантител при пузырчатке являются антитела IgG: при прямой РИФ в 100% случаев обнаруживаются отложения IgG на поверхности кератиноцитов, в 83% – одновременно в области зоны базальной мембраны. В литературе имеются указания о развитии себорейной пузырчатки у больных раком легкого, молочной железы, и аденомой паращитовидной железы. Был проведен анализ ресурсов PUBMED (10 источников) и электронной библиотеки Elsevier (5 источников) с 1992 по 2019 год. Критериями включения были статьи, названия которых соответствовали теме работы. Критериями исключения были работы, которые не соответствовали заданной теме.

Проведен анализ истории болезни и динамическое наблюдение за пациенткой с направительным диагнозом “Распространенный псориаз, экссудативная форма, прогрессирующая стадия”. Из анамнеза заболевания известно, что считает себя больной с января 2019 года, когда впервые, на фоне стресса и боли в левой молочной железе, отметила появление высыпаний на коже молочных желез и туловища, в связи с чем пациентка была неоднократно госпитализирована в многопрофильные медицинские учреждения с диагнозами «Псориаз?», «Киста левой молочной железы, свищевая форма, новообразование», где дообследована и проведена секторальная резекция левой молочной железы, иссечение новообразования, в объеме проводимой терапии получала системный ГКС препарат (преднизолон в дозе 15 мг, с дальнейшей самостоятельной отменой). В декабре 2019 г., в связи с распространением высыпаний на кожу лица и туловища направлена на стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». На момент поступления патологический процесс на коже носил распространенный воспалительный характер. На коже волосистой части головы, заушных областей, ушных раковин, лица (веки, периоральная область, крылья носа), туловища, верхних и нижних конечностей отмечались симметричные высыпания в виде округлых папулезных элементов ярко-розового цвета, сливающихся в инфильтрированные бляшки с четкими границами, преимущественно округлых очертаний, размером до и более «более ладони взрослого человека», преимущественно на коже волосистой части головы, спины, на поверхности которых мелкопластинчатое шелушение серебристо-белого цвета, корко-чешуйки пропитанные серозным экссудатом, множественные экскориации, местами эрозивные дефекты, с обрывками эпидермиса. Псориатическая триада сомнительная. Симптом Никольского отрицательный. Края век отечны, гиперемированы, с корочками на поверхности. В диагностических целях проведены цитологическое (акантолитические клетки не обнаружены), гистологиче-

ское и ПИФ-исследования, иммуноферментный анализ (антитела ДСГ-1 и ДСГ-3 – положительные; антитела к anti-VP180, anti-VP-230, anti-Envoplakin – отрицательные), консультирована д.м.н., проф. А.Н. Львовым с диагнозом «Себорейная пузырчатка. Возможно, паранеопластического генеза?», главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ и ДЗ г. Москвы, д.м.н., проф. Н.Н. Потекаевым с диагнозом «Вульгарная пузырчатка. Паранеопластическая пузырчатка». Рекомендована консультация онколога по месту жительства с целью проведения онкопоиска.

Исходя из приведенного клинического случая следует сделать вывод, что диагностика себорейной пузырчатки отличается сложностью, так как этот дерматоз сочетает в себе клинические проявления многих заболеваний (таких как псориаз, себорейный дерматит, дискоидная красная волчанка, буллезный пемфигоид и т.д.). Вероятно, паранеопластический процесс у пациентки привел к сложности в диагностике данного дерматоза. Для точной постановки диагноза необходимо проводить полный комплекс диагностических исследований, включающих в себя не только оценку клинических проявлений, но и проведение цитологического, гистологического, иммунофлюоресцентного, иммуноферментного методов исследования, консультации смежных специалистов с целью онконастороженности.

ОТНОШЕНИЕ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА К ЛИМФОМАТОИДНОМУ ПАПУЛЕЗУ

Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Уварова А.А.

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

Парапсориаз и лимфоматоидный папулез прежде всего сближает их редкая встречаемость среди населения, в связи с чем дерматологи мало знакомы с этими заболеваниями. Если частота встречаемости для парапсориаза составляет несколько десятых процента, то для лимфоматоидного папулеза этот параметр укладывается примерно в 1,5 пациента на 1 миллион населения, т.е. прослеживается орфанность патологии. Оба дерматоза имеют аналогичную патологическую сущность, которая заключается в лимфопролиферативном процессе CD4+ и/или CD8+ клеток с Т-клеточной клональностью. В исследовательском мире в последние 50 лет пристальное внимание дерматологов привлекает лимфоматоидный папулез, который был описан W. Mascauly в 1968 г. До настоящего времени его нозологическая принадлежность не установлена. Известно несколько гипотез, согласно которым лимфоматоидный папулез расценивают как разновидность лихеноидного парапсориаза, как самостоятельное заболевание, как Т-клеточную псевдолимфому и как злокачественную лимфому. Оснований для таких рассмотрений имеется достаточно: клиническое и гистологическое сходство с лихеноидным парапсориазом, результат длительного наблюдения больных, сравнительная характеристика клинико-лабораторных критериев. При сравнении лихеноидного парапсориаза и лимфоматоидного папулеза обнаруживается, что между ними больше общего, чем различия. Так, клинически оба дерматоза являются хронически рецидивирующими, имеющими склонность к саморазрешению после нескольких недель существования, цикл развития отдельных

элементов укладывается в период от 2 до 6 недель. Обнаруживается сходство их клинической картины: высыпания преимущественно эритематосквамозные пятна, папулы, геморрагически-некротические компоненты; локализация их – туловище и конечности; отсутствие зуда и нарушений общего состояния, а также резистентность к проводимой терапии. Риск развития злокачественного процесса связан с наличием в клинической картине лимфоматоидного папулеза крупных персистирующих узлов. При лихеноидном парапсориазе подобный риск минимален. Сторонники теории доброкачественной природы лимфоматоидного папулеза в некоторых случаях не отвергают возможности трансформации его в лимфому кожи. В целом отношение между лихеноидным парапсориазом и лимфоматоидным папулезом можно назвать близкими по генезу и клинической картине.

К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ

Гринева Е.М., Корнишева В.Г., Раводин Р.А., Гулордава М.Д.

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

Склероатрофический лихен – это хроническое аутоиммунное заболевание слизистой оболочки гениталий и кожи, характеризующееся гипопигментацией и атрофией кожи. Склероатрофический лихен считается аутоиммунным заболеванием, однако его этиология остается неясной. Склероатрофический лихен не редко сочетается с очаговой склеродермией, которой чаще болеют лица женского пола. Женщины в возрасте 40–55 лет составляют 75% больных склеродермией (Kreuter A. et al, 2012). Проследивается связь склеродермии с менопаузой. Особое патогенетическое значение при склеродермии придают изменениям микроциркуляции, которые наиболее выражены в период менопаузы, протекающей на фоне снижения функции щитовидной железы.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости патологии щитовидной железы у женщин с очаговой склеродермией, сочетающейся со склероатрофическим лихеном. Материалы и методы. Обследована 41 женщина в возрасте от 40 до 63 лет (средний возраст – 54 года). В зависимости от диагноза больные были разделены на 3 группы. Первую, основную группу, составили 19 пациентов с очаговой склеродермией, сочетавшейся со склероатрофическим лихеном (генитальный – у 19, экстрагенитальный – у 12). Вторая группа включала 7 женщин с генитальным склероатрофическим лихеном. В третью группу вошли 15 больных с очаговой склеродермией. Для оценки функции щитовидной железы были проведены следующие исследования: определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе (ТПО) и антител к тиреоглобулину (ТГ). Всем больным проведена ультразвуковая диагностика щитовидной железы с последующей консультацией врача-эндокринолога. Серологическое обследование включало исследование уровня антител к двуспиральной ДНК, экстрагируемым ядерным антигенам и антинуклеарный фактор.

Результаты и обсуждения. При обследовании 19 больных первой группы, страдавших очаговой склеродермией и

склероатрофическим лихеном, выявлена патология щитовидной железы у всех (100%) пациенток. У 17 (89,5%) диагностирован аутоиммунный тиреодит (АИТ), из которых у 10 (58,8%) был гипотиреоз, у двух пациенток – узловой зоб. При серологическом обследовании антитела к двуспиральной ДНК (26–62,2 Е/мл) обнаружены у 12 (70,6%) больных, антинуклеарный фактор более 1:160 определялся у 14 (82,4%) женщин. При обследовании 7 больных второй группы, страдавших склероатрофическим лихеном, патология щитовидной железы (диффузный токсический зоб) выявлена только у одной (14,3%) пациентки, серологические показатели были в пределах нормы. У 15 больных третьей группы с локализованной склеродермией патология щитовидной железы выявлена у 8 (53%) пациенток, из которых у 2 (25%) был диффузный токсический зоб, у 2 (25%) – узловой зоб, у 4 (50%) выявлен аутоиммунный тиреодит, из которых у двух (50%) АИТ сочетался с гипотиреозом. При серологическом обследовании антитела к двуспиральной ДНК (27 Е/мл) обнаружены у одной (25%) больной с аутоиммунным тиреодитом. Антитела к экстрагируемым ядерным антигенам, характерные для системной склеродермии, не выявлены ни у одной пациентки.

Выводы. 1. Патология щитовидной железы выявлена у всех больных (100%) основной группы, имевших сочетание локализованной склеродермии со склероатрофическим лихеном, и была представлена в 89,5% случаев аутоиммунным тиреодитом, который у 58,8% пациенток привел к развитию гипотиреоза.

2. У больных третьей группы, имевших локализованную склеродермию, патология щитовидной железы выявлена у 53% обследованных, которая была представлена у половины (50%) пациенток аутоиммунным тиреодитом, что достоверно меньше, чем у первой группы ($p < 0,05$).

3. У больных второй группы, имевших склероатрофический лихен, аутоиммунный тиреодит не диагностирован.

4. Аутоиммунный тиреодит с гипотиреозом в 58,8% сочетался с очаговой склеродермией и со склероатрофическим лихеном и способствовал утяжелению течения очаговой склеродермии, что подтверждено данными серологического обследования (антитела к двуспиральной ДНК обнаружены у 70,6% больных, антинуклеарный фактор более 1:160 определялся у 82,4% женщин).

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Гурьянова Н.Е.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва

Актуальность. Нарушения функции органов пищеварения естественным образом отражаются на состоянии кожных покровов, впервые была сформулирована в медицинской литературе в 1759 г. William Hillary и развита в 1932 г. A. Whitfield, который ввел понятие dermatitis colonica, а один из первых подробных обзоров о влиянии на состояние кожи нарушенного кишечного всасывания был опубликован G. C. Wells только в 1962 г. Проследивается четкая взаимосвязь между заболеваниями кожи и болезнями желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь требует

оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями кожи. Для улучшения качества оказания медицинской помощи населению очевидна необходимость внесения изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 924н, согласно которому рекомендуемые штатные нормативы консультативно-диагностического отделения не имеют в своем штате гастроэнтеролога.

Цель. Установить взаимосвязь патологии желудочно-кишечного тракта и заболеваемости кожи и разработать предложения по оптимизации организации медицинской помощи пациентам.

Материалы и методы. Проведен контент-анализ отечественной и зарубежной литературы (более 65 источников), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 924н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология».

Результаты. При анализе отечественной и зарубежной литературы было выявлено, что у пациентов с заболеваниями кожи определяется прямая связь с патологией желудочно-кишечного тракта. Научно доказано, что при патологии желудочно-кишечного тракта чаще развиваются аллергические заболевания кожи [Павлова Т.М. и др., 2010]. При этом установлено, что в рекомендованных Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» штатных нормативах отсутствует должность врача-гастроэнтеролога, которая необходима для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями кожи на фоне патологии желудочно-кишечного тракта.

Заключение. Таким образом, анализ источников литературы, а также нормативно-правовой документации (Приказа от 15 ноября 2012 г. N 924н), показал необходимость оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с дерматозами, протекающими на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАБОТЕ ВРАЧА

Дубовая Е.Г.

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

Нормативно-правовая база по организации качественного оказания медицинской помощи в России (РФ) включает Конституцию РФ, Федеральные Законы, Законы субъектов РФ, Приказы Минздрава РФ (МЗ РФ) – несколько десятков действующих документов. Мы должны реализовывать значительное количество правил, более или менее обязательных для исполнения, и можно думать, что система контроля качества медицинской помощи создана. Экспертиза качества медицинской помощи сегодня – это вид медицинской деятельности, подлежащий лицензированию, и занятие его реализацией сотрудники медицинских организаций сообщают о существенных затруднениях. Сейчас идет речь о новой, процессной модели организации

системы обеспечения качества медицинской помощи, под которой понимают контроль с целью улучшения. В литературе обсуждается ряд заимствованных из зарубежных источников характеристик качества медицинской помощи, таких как: результативность, эффективность, оптимальность, адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожидания и потребности. Из официальных источников давно звучит предложение определить основным критерий оценки качества медицинской помощи, как удовлетворенность пациента. Организована система рейтингов медицинских организаций страны (как государственных, так и частных), а также страховых компаний, с учетом отзывов пациентов. Есть уверенность, что удовлетворенность пациентов не может служить основным показателем качества медицинской помощи, так как складывается под влиянием множества субъективных факторов: квалификации медицинского персонала, эффективности лечения, отношения персонала к пациентам, условий оказания помощи, личных предпочтений и ожиданий, наличия современного медицинского оборудования и лекарственного обеспечения т.д. Наблюдаются противоречия между объективными потребностями пациента, которые зачастую ему не до конца понятны, возможностями современной медицины и конкретной медицинской организации с одной стороны; и субъективными ожиданиями и последующей оценкой качества проведенного лечения – с другой. Тем не менее, ориентация на потребителя является ключевым принципом пациент-центрированного здравоохранения и современной системы управления качеством. Современная конфликтология показывает, что истинной причиной конфликтов пациентов с медицинскими организациями является впечатление пациентов, что к ним были невнимательны, то есть в отношении к ним нарушены этические или деонтологические нормы (правила). Очевидно, что в процессе проведения медицинских вмешательств есть риск неблагоприятных событий: осложнений или побочных эффектов. Внимательный и предусмотрительный подход минимизирует риски, но не исключает их. Конфликтно настроенные пациенты склонны заявлять претензии о причинении вреда вследствие некачественного оказания медицинской помощи. Врачам и медицинским организациям нужны навыки корректных и деликатных действий в конфликтных ситуациях. Фиксация реальных либо потенциальных недостатков качества медицинской помощи, их анализ дают возможность улучшать качество лечения и осуществлять профилактику юридических конфликтов. В настоящее время мы реализуем требования Приказа МЗ РФ от 07.06.2019 N 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Непростая задача. Особенно в условиях действия Приказа Росздравнадзора от 08.07.2019 N 5070 «Об утверждении Ведомственной программы профилактики нарушений обязательных требований при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности...». Правовое регулирование в здравоохранении обязывает нас, и мы вынуждены работать с огромным количеством документов. Т.о., сегодня в РФ действует большое количество правил по вопросам качества медицинской помощи. Каждая клиника выбирает оптимальное для себя соотношение внешнего и внутреннего аудита, и это сложно. Для профилактики конфликтов с пациентами существенным достоинством клиники является доступная и наглядная информация о системе управления качеством медицинской помощи.

ПАНИКУЛИТЫ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Егорова О.Н., Белов Б.С., Маслова Н.А.

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

Проблемы в диагностике панникулитов (Пн) связаны с многообразием клинических и патоморфологических форм и отсутствием специфических маркеров заболевания.

Цель: разработать алгоритм обследования пациентов с Пн, направленных в ревматологический центр.

Методы. Обследовано 428 пациентов (м – 46, ж – 382) в возрасте от 16 до 75 лет с направительными диагнозами «узловатая эритема» (УЭ) или «панникулит» в 2012–2019 гг. Все больные обследованы по единому алгоритму: детальный опрос, тщательное физикальное обследование, лабораторные (включая определение уровней амилазы, липазы, α -1-антитрипсина, креатинфосфокиназы, С-РБ, анти-ДНК, антител к вирусам гепатитов В/С, иерсиниям, АСЛ-О и т.д.), инструментальные (КТ органов грудной клетки, УЗДГ сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов), патоморфологические исследования и внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты. По данным проведенного обследования, в 303 (71%) случаях верифицирован септальный Пн, представленный УЭ (296 больных, в т.ч. 103 – с синдромом Лефгрена), болезнью Бехчета (6) и кожным узелковым полиартериитом (1). Лобулярный Пн диагностирован у 120 больных, включая подкожный саркоидоз (саркоид Дарье-Русси) (37), болезнь Вебера-Крисчена (32), липодерматосклероз (26), постинфекционный Пн (8), онко-гематопатологию (6), кальцификацию, люпус-Пн, дерматомиозит, индуративную эритему Базена – по 2 случая каждый, холодовой, панкреатический, травматический Пн – по 1 случаю каждый. Диагноз Пн исключен у 5 больных. Эффективность предложенного алгоритма составила 93,4%. В 6,6% случаев потребовались дополнительные обследования (иммуногистохимическое и др.).

Заключение. Разработанный алгоритм способствует своевременной диагностике и назначению адекватной терапии при Пн. Для оценки чувствительности и специфичности данного алгоритма необходимы дальнейшие клинические исследования.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПСОНА ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЕ

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Зачастую в клинической практике мы сталкиваемся с категорией больных, отягощенных соматически. В таких ситуациях необходимо оценивать все риски от проводимой терапии. В 1989 г. было описано, что кольцевидная гранулема в 21% случаев ассоциируется с сахарным диабетом.

Под нашим наблюдением Больной К. 61 г., с 2015 года сахарный диабет, на протяжении 2-х лет отмечает высыпания на коже. При обращении к дерматологу был установлен диагноз: «Красный плоский лишай». Получал лечение дезинтоксикационными, ангиопротекторными препаратами, ТГКС – отмечался незначительный эффект на фоне проводимого лечения. Пациент был госпитализирован в ф-л «Клиника им. В.Г. Короленко», проводилось гистологическое исследование, согласно заключению которого: Гистологические изменения более всего соответствуют кольцевидной гранулеме. Пациенту установлен диагноз «Кольцевидная гранулема», определена тактика лечения: системные ГКС: преднизолон 35 мг/сут per os с последующим титрованием дозы, препарат из группы производных 4-аминохинолина: плаквенил 200 мг 1 р/д ежедневно – 5 дней с 2-дневным перерывом, наружное лечение – отмечался незначительный эффект. На амбулаторном этапе было проведено 3 инъекции р-ра дипроспана 1,0 в/м 1 р/10 дней, плаквенил 200 мг 1 р/д – месяц, атаракс 1 т н/н – месяц, ТГКС. На фоне проводимой терапии выраженной динамики не отметил. Пациент отмечал появление новых высыпаний, сопровождающихся зудом, в связи с чем при повторном обращении к дерматологу по месту жительства, был направлен на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»

Во время госпитализации проводилось дообследование пациента, выполнено УЗИ ОМТ, согласно заключению – не исключен неопластический процесс в простате (при поступлении ПСА общ. – 10,4 нг/мл). Учитывая сопутствующее заболевание пациента (СД), неэффективность от ранее проводимой терапии, торпидное течение кожного процесса, а также учитывая международный опыт, принято решение о назначении препарата Дапсон в суточной дозе 100 мг под контролем ОАК.

На фоне проводимой терапии отмечался выраженный положительный эффект, высыпания на коже уплостились, приобрели застойный оттенок, часть регрессировала до пятен вторичной гиперпигментации. Пациент выписан с целью дообследования у уролога, с рекомендациями по продолжению применения препарата Дапсон. Анамнестические данные, так и патоморфологическую картину.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Платонова Д.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Ограниченная склеродермия (ОС I 94.) является хроническим заболеванием соединительной ткани неизвестной этиологии, которое характеризуется развитием на различных участках тела очагов локального воспаления (индурации) с последующим формированием в них склероза или атрофии кожи и подлежащих тканей. Выделяют несколько форм ОС, имеющих различные клинические проявления и глубину поражения соединительной ткани. Врач-дерматолог на приеме чаще всего встречается с самой распространенной формой, очаговой склеродермией – бляшечной, где патологический процесс локализован на коже туловища и/или конечностей и представлен одним или несколькими пятнами округлой или овальной формы с четкими границами розового цвета, по периферии пятна отмечает-

ся ободок сиреневого цвета. Если же пациент обратился не своевременно, в центральной части пятна можно заметить очаг «цвета слоновой кости» более плотный, что говорит о развитии атрофии, отмечается выпадение волос, кожный рисунок сглаживается, ослабевает чувствительность. Далее поверхность очага блестит, кожа истончается и постепенно приобретает коричневатый оттенок. Несмотря на то, что постановка диагноза в подавляющем большинстве случаев не вызывает сложностей, целесообразно проведение диагностической биопсии при обращении пациента, что позволяет установить наиболее достоверный диагноз, так как не редко присутствуют ошибки. В качестве примера приводим наиболее характерные случаи.

Пациент 20.06.1961 г.р. (57 лет) считает себя больным с 2002 года, когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметил появление высыпаний на коже голени. Обратился к дерматологу по месту жительства, диагностирована «Склеродермия». Неоднократно получал курсы комбинированной терапии. В июле 2018 году системность патологического процесса исключена врачом – ревматологом. Со слов пациента известно, что в 2011 году под вопросом был диагноз «Липоидный некробиоз». С октября 2018 г. отмечает появление свежих очагов, в связи с чем обратился к дерматологу по месту жительства, направлен на стационарное лечение. При поступлении на стационарное лечение проведена диагностическая биопсия кожи, по результатам которой выставлен диагноз: Липоидный некробиоз.

Пациентка 19.01.1950 г.р. (70 лет) считает себя больной с июля 2016 года, когда впервые, на фоне перенесенных чрезмерных психоэмоциональных нагрузок, отметила появление высыпаний на коже нижней трети живота, под молочными железами, обратилась к дерматологу по месту жительства, которым диагностирована «ограниченная склеродермия». В дальнейшем проведены 5 курсов комбинированной терапии (ангиопротекторные и антибактериальные препараты, наружно топические ГКС препараты, общая узкополосная UVB-311 нм фототерапия) в стационарных условиях с диагнозом «Ограниченная склеродермия, бляшечная форма». Дерматологом по месту жительства направлена на стационарное лечение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с целью проведения 6-го курса комбинированной терапии. При поступлении на стационарное лечение проведена диагностическая биопсия кожи. Заключение: Гистологические изменения могут наблюдаться при кольцевидной гранулеме, интерстициальном гранулематозном дерматите, ассоциированном с системным заболеванием. Пациентка выписана с рекомендациями о дообследовании у ревматолога, эндокринолога, онколога.

Пациент 01.08.1964 г.р. (55 лет). Считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые появились высыпания на коже спины, появление высыпаний ни с чем не связывает. Со слов пациента, отмечает улучшение течения кожного процесса в летний период. Лечился самостоятельно ТГКС, с временным положительным эффектом. В 2016 году обратился к дерматологу по месту жительства, был установлен диагноз «Красный плоский лишай», назначено амбулаторное лечение ТГКС с незначительным положительным эффектом. В дальнейшем отмечает распространение высыпаний без видимых провоцирующих факторов. Дерматологом по месту жительства направлен на стационарное лечение с диагнозом «Склеродермия». При поступлении на стационарное лечение проведена диагностическая биопсия кожи, по результатам которой выставлен диагноз: Фолликулярный кератоз.

Таким образом, приведенные нами случаи говорят о необходимости проведения диагностической биопсии кожи всем пациентам с первично выставленным диагнозом

«Склеродермия». Это позволяет дифференцировать данное заболевание с другими поражениями кожи для своевременного подбора адекватной терапии.

КОНТРОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Жукова О.В., Маларенко Е.Н., Денисов Е.В., Чистова О.Ю., Корсунская И.М., Каткова К.В.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Наиболее частой причиной тромбоцитопении является повышенное разрушение тромбоцитов, обусловленное наличием аутоиммунных заболеваний, а также связанное с приемом цитостатических препаратов. В список препаратов, способствующих развитию тромбоцитопений, входят некоторые антибактериальные, цитостатические, антиреодидные препараты, антидепрессанты.

Ретроспективно проанализированы стационарные карты больных ф-ла «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозами: Обыкновенный псориаз, Псориатический артрит, Псориатическая эритродермия, Коллагенозы (68 клинических случаев), – имеющих сниженные показатели тромбоцитов. При анализе гематологических показателей использовались реагенты фирмы Boule, гематологический анализатор Медоник М-20, для измерений использовались фотометрический бесциановый метод и импедансный метод.

В 6% случаев выявлено наличие тромбоцитопении у больных с вышеуказанными диагнозами, в комплексной терапии которых нередко используется цитостатический препарат – метотрексат (далее Мтс.).

Адекватное применение данного препарата требует знания механизмов действия, оценки потенциальной токсичности и понимания необходимости контроля гематологических показателей. Мтс. химически близок к естественным метаболитам, с которыми он конкурирует за участие в синтезе и репарации ДНК. Основной механизм действия Мтс. определяется его антифолатными свойствами. Цитотоксический эффект обеспечивается угнетением фермента дигидрофолатредуктазы, что лежит в основе антипролиферативного действия. Известно, что длительно неконтролируемое применение Мтс. способно приводить к токсическому повреждению гепатоцитов, подавлению функции костного мозга, индукции тератогенеза и пр.

Рассмотрим случай ведения больного с тромбоцитопенией. Больной К., 67 лет, находился на стационарном лечении в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» с 17.01.20 по 30.01.20. с диагнозом: Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия. Псориатический артрит L40.8. Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий, Артериальная гипертензия 3 ст., ХОБЛ, Хронический панкреатит, Ишемическая болезнь головного мозга 2 ст. По данным предоставленных выписок неоднократно находился на стационарном лечении в г. Нальчик; с 2013 г. получал Мтс. в дозировке 15 мг 1 раз/нед., последний прием препарата – 15.01.20г. Полноценный контроль гематологических показателей не проводился. При поступлении в стационар ф. «Клиника им. В.Г. Короленко» 21.01.20 г. В клиническом анализе крови: Гемоглобин – 132г/л, эритроциты – 4.15×10^9 /л, лейкоциты – $3,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 57×10^9 /л. Для лечения основного заболевания проводилась дезинтоксикационная, антигистаминная, десенсибилизирующая, гепатопротекторная терапия; адеметионин 400 мг 3 р/сут, фолиевая кислота 1 мг 3 р/д – в связи с выраженным угнетением функции кост-

ного мозга. На протяжении всего периода лечения больному проводился мониторинг гематологических показателей. По УЗИ ОБП – гепатоспленомегалия. В результате показатели тромбоцитов у больного повысились до $67 \times 10^9/\text{л}$, также появилась тенденция к повышению количества лейкоцитов с $3,5 \times 10^9/\text{л}$ до $4,3 \times 10^9/\text{л}$. Больному при выписке рекомендовано дообследование у гематолога, продолжение лечения по месту жительства с обязательным контролем гематологических показателей.

Выводы:

1. До начала терапии первоначальные лабораторные исследования должны включать общий развернутый анализ крови с указанием количества гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, а также показатели биохимического анализа крови (печеночные трансаминазы, ур.общ.белка)
2. После начала лечения контролировать показатели крови следует проводить еженедельно. Учитывая длительный прием препарата (для достижения эффекта может понадобиться несколько месяцев лечения и поддерживающая терапия), мониторинг клинического анализа крови не реже 2 раз в месяц.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Киселева А.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Гидраденит гнойный (син.: Hidradenitis suppurativa, акне инверса, синдром фолликулярной окклюзии) – хроническое воспалительное заболевание сально-волосяного аппарата, поражающее преимущественно участки расположения апокриновых желез и характеризующееся наличием рецидивирующих узлов, кист, абсцессов с образованием свищевых ходов и рубцов. Очаги поражения обычно локализуются в подмышечных, пахово-бедренных, ягодичных областях, в области молочных желез и аногенитальной зоне.

Гидраденит гнойный (ГГ) – многофакториальное заболевание, при котором генетические, иммунные, эндокринные факторы играют ключевую роль.

В патогенезе заболевания принимают участие провоспалительный цитокин фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), установлена положительная корреляция уровня ФНО- α с тяжестью заболевания. Методы терапии заболевания включают в себя местные и системные антибактериальные препараты, антиандрогены, отмечена эффективность биологической терапии. Единственным на сегодняшний день генно-инженерным биологическим препаратом, одобренным для лечения среднетяжелых и тяжелых форм ГГ в России является препарат Адалимуаб. Длительное, рецидивирующее течение ГГ значительно снижает работоспособность, качество жизни пациентов, способствуя развитию депрессии и, как следствие, социальной изоляции больных.

Цель: оценить эффективность длительного применения препарата клиндамицин в терапии ГГ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился пациент Б., 29 лет, который считает себя больным с 2011 года, когда впервые отметил появление пустулезных высыпаний на коже лица, подмышечных впадин и паховых складок. Дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз: хроническая пиодермия, по поводу чего пациент неоднократно получал 10-дневные курсы анти-

бактериальной терапии и наружную терапию с незначительным клиническим эффектом.

По данным анамнеза с 2011 г. по 2014 г., по поводу сопутствующего заболевания (болезнь Крона) пациент получал препарат Адалимуаб. На фоне приема Адалимуаба отмечалась положительная динамика в течении кожного процесса в виде разрешения узлов и абсцессов и формированием свищевых ходов и гипертрофических рубцов.

На протяжении последних двух лет по назначению врача-гастроэнтеролога пациент получал препарат преднизолон текущей дозе 17,5 мг в сутки. Жалоб со стороны органов желудочно-кишечного тракта не предъявляет. Локальный статус на момент осмотра: патологический процесс на коже носит распространенный хронический воспалительный характер. Локализован на коже лица, задней поверхности шеи, подмышечных впадин, в складках под грудными железами, паховых складках, в лобковой области, на внутренней поверхности бедер, представлен единичными мелкими пустулезными высыпаниями, множественными атрофическими и гипертрофическими рубцами, свищами с серозно-гнойным отделяемым (в подмышечных, паховых складках, в складках под грудными железами, в лобковой области).

Результаты лабораторных исследований: в общем анализе крови лейкоциты – $15,1 \times 10^9\%$, СОЭ – 31 мм/час, другие показатели в пределах нормы. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

Методы лечения: клиндамицин 150 мг 3 раза в сутки в течение 2 месяцев, пиридоксина гидрохлорид раствор 2,0 мл внутримышечно через день № 10,

цианкобаламина раствор 1,0 мл внутримышечно через день № 10, наружное лечение заключалось в промывании свищей раствором хлоргексидина 0,05% 2 раза в день, обработка раствором «Клиндамицин» 2 раза в день.

Результаты. При динамическом наблюдении через 1 месяц проводимой терапии отмечается значительное улучшение со стороны кожного процесса. На момент осмотра свежие пустулезные элементы отсутствуют, серозно-гнойное отделяемое не определяется. Сохранились множественные атрофические и гипертрофические рубцы. Побочных эффектов в процессе терапии не отмечалось, переносимость препарата была удовлетворительная. Пациент направлен на консультацию к хирургу для иссечения свищевых ходов и пластики кожного дефекта.

Обсуждение. Лечение ГГ представляет собой достаточно трудную задачу, так как существующие методы терапии не всегда эффективны и сопровождаются быстрым рецидивом заболевания. Использование схемы пролонгированной антибактериальной терапии с применением препарата Клиндамицин показало высокую эффективность и удовлетворительный профиль безопасности, что позволяет рекомендовать данную схему для лечения больных ГГ.

БОЛЕЗНЬ МОРБИГАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Максимова М.В., Сакания Л.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Актуальность. Болезнь Морбигана (morbus Morbihan, солидный персистирующий отек лица, хроническая персистирующая эритема и отек лица) – крайне редкая форма розацеа. В мировой практике описываются лишь единич-

ные случаи данного заболевания. В нашем филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» за последние 10 лет это второй случай данного заболевания. Для болезни Морбигана характерен отек, расположенный главным образом на верхних частях лица: на лбу, переносице, веках, щеках. При этом наблюдаются и традиционные для розацеа симптомы, такие как гиперемией лица, отечные папулы, пустулами, телеангиэктазиями, гиперплазией сальных желез и соединительной ткани. Также часто розацеа сопутствует *Demodex folliculorum*, вызывающий воспаление кожи и как следствие ухудшение клинической картины заболевания. Цель: ознакомить врачей-дерматовенерологов с редкой формой розацеа.

В нашу клинику поступила пациентка 38 лет с выраженным отеком, уплотнением и гиперемией лица, также отмечались папуло-пустулезные высыпания. Болела около 5 лет. Лечилась наружными гормональными мазями, азелаиновой кислотой без эффекта. Пациентке был назначен изотретиноин в дозе 40 мг/сут. Доза препарата была разделена на 2 приема в течение 5 мес; в течение 6-го месяца со снижением дозы до 30 мг/сут – в первую неделю; до 20 мг/сут – во вторую неделю; до 10 мг/сут – в третью неделю вплоть до полной отмены. При снижении дозировок отмечалось незначительное нарастание отека, которое проходило через несколько дней. Местная терапия включала нанесение увлажняющего бальзама для губ; нанесение увлажняющего крема для лица с SPF +50. Проводился контроль биохимического анализа крови (1 раз в 3 нед); контроль общих анализов крови и мочи – ежемесячно.

В процессе терапии отмечалось выраженное улучшение в клинической картине заболевания. Через 3 месяца от начала приема изотретиноина и наружного лечения исчезла эритема и полностью разрешились папуло-пустулезные высыпания, однако отек лица сохранялся. К концу 6-го месяца постепенно уменьшился отек век, щек, верхней губы. Представленное наблюдение демонстрирует успешный опыт терапии редкой формы розацеа.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

**Жукова О.В., Маляренко Е.Н, Радионова Е.Е.,
Деньдоброва Ф.Н.**

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

Актинический кератоз представляет собой распространенные кератотические очаги, которые рассматриваются как интраэпидермальные предшественники или ранние формы плоскоклеточного рака. Доказано, что у больных с множественными очагами актинического кератоза риск развития плоскоклеточного рака со временем повышается. Концепцию предракового кератоза впервые предложил Дюбрей в конце 1800-х гг. Актинический кератоз был идентифицирован под термином сенильная кератома Фрейденталем в 1926 году. В 1958 году Пинкус предложил термин актинический кератоз. Такие очаги называют также солнечными кератомами и сенильными кератомами. Заболевание развивается у лиц со светлой кожей в ответ на длительное постоянное воздействие ультрафиолетовых лучей спектра В (Пальцев М.А, Потеева Н.Н. с соавторами).

Пациентка Н., 80 лет, поступила в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, со-

провождающиеся периодическим умеренным зудом. Считает себя больной в течение 20 лет, когда впервые, на фоне перенесенного психоэмоционального стресса, отметила появление высыпаний на коже верхних и нижних конечностей, лечилась самостоятельно (название препаратов уточнить затрудняется), с кратковременным положительным эффектом. В дальнейшем, в связи с тенденцией к распространению высыпаний на кожу туловища, обратилась к дерматологу по месту жительства, которым был диагностирован «псориаз». Многократно проводилась терапия в амбулаторных условиях (антигистаминные препараты, в объеме наружной терапии топические ГКС средства, кератолитические средства), с временным положительным эффектом. В течение последних 3 лет, без выраженной мотивации, высыпания распространились на кожу лица, туловища, верхних и нижних конечностей, в связи с чем в декабре 2018 года обратилась к дерматологу по месту жительства, которым даны рекомендации по терапии амбулаторно (наружно: топические ГКС средства, карталин крем), с незначительным положительным эффектом. Настоящее обострение с марта 2019 г., когда вновь без видимой мотивации отметила распространение высыпаний на кожу лица, туловища, верхних и нижних конечностей, лечилась самостоятельно (эмоленты наружно), без эффекта, в связи с чем при повторном обращении к дерматологу, была направлена на стационарное лечение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Из сопутствующих заболеваний у пациентки ИБС. Артериальная гипертензия II ст., риск ССОЗ. Остаточные изменения после перенесенного Тбс исходом в туберкулому справа. Состояние после оперативного лечения по поводу базалиомы левого плеча в марте 2018 г., правого предплечья в мае 2018 г. На момент поступления патологический процесс носит распространенный хронический характер. Локализуется на коже в области лица, декольте, верхней трети спины, верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными папулами диаметром от 0,5 см, местами сливающимися в слабоинфильтрированные бляшки диаметром до 3,0 см с четкими границами и округлыми очертаниями, застойно-розовой окраски, на поверхности которых скудное белесоватое мелкопластинчатое шелушение, отдельные элементы покрыты острыми толстыми желтыми чешуйками, плотно прилегающими в основании, а также множественными очагами рубцовой атрофии белесоватого цвета. Псориатическая триада не воспроизводится. Дермографизм смешанный. Видимые слизистые, ногтевые пластины не изменены. Клинически был диагностирован: Распространенный псориаз. Экссудативная форма. Прогрессирующая стадия? Учитывая жалобы, анамнез заболевания, неэффективность предшествующей терапии, а также нетипичную клиническую картину для псориаза с целью верификации диагноза была взята диагностическая биопсия кожи, в центре образования – гиперкератоз, подлежащий эпидермис с выраженным акантозом, очаговым утолщением мальпигиева слоя, в котором имеются признаки умеренной клеточной атипии, гистологические изменения более соответствуют пролиферативному актиническому кератозу с участками трансформации в микроинвазивный плоскоклеточный рак. В дерме выраженная иммуновоспалительная инфильтрация, явления солнечного эластоза. Пациентка была выписана с диагнозом актинический кератоз к онкологу с рекомендациями углубленного дообследования и лечения по месту жительства, а также адекватной защитой от солнца, с ношением защитной одежды и применением солнцезащитных препаратов, наблюдением дерматолога, терапевта, фтизиатра. Таким образом, с целью верификации диагноза в повседневной практике

необходим комплексный подход – стоит учитывать как клинико-anamnestические данные, так и патоморфологическую картину.

АКТУАЛЬНОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОФИТИЙ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Rogozin E.B.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва, кафедра кожных болезней и косметологии Факультета дополнительного профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Наиболее частыми возбудителями дерматофитий являются патогенные грибы *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*. Реже эти заболевания вызываются *Epidermophyton floccosum*. В настоящее время микоз стоп, вызванный *Trichophyton rubrum*, является наиболее распространенным грибковым заболеванием у взрослых лиц. Онихомикоз стоп при руброфитии преимущественно проявляется поражением всех ногтей. Выделяют нормотрофический, гипертрофический и атрофический типы онихомикоза. Для нормотрофического типа характерно появление в толще ногтя полос желтоватого и белого цвета, при этом ногтевая пластинка не изменяет своей формы, подногтевой гиперкератоз не выражен. При гипертрофическом типе ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, приобретает желтоватую окраску, крошится, края становятся зазубренными. Атрофический тип онихомикоза характеризуется значительным истончением, отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа с образованием пустот или частичным ее разрушением. Также различают дистальный, дистально-латеральный, белый поверхностный, проксимальный подногтевой, тотальный дистрофический онихомикоз. Онихомикоз стоп, обусловленный *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, характеризуется поражением ногтевых пластин I и V пальцев стоп, при этом могут наблюдаться дистальный, дистально-латеральный и проксимальный тип измененных ногтей. Чаще выявляются поверхностные формы онихомикоза, однако могут встречаться комбинированные формы ониходистрофий у одного больного.

Цель представления: продемонстрировать актуальность культурального метода диагностики онихомикозов.

В филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» обратилась пациентка Т. 62 лет с изменениями ногтевых пластин стоп в течение многих лет. В анамнезе многократное микроскопическое исследование ногтевых пластин стоп на патогенные грибы в условиях ряда КВД Московской области и коммерческих лабораторий. По результатам всех этих исследований патогенные грибы в ногтевых пластинах стоп обнаружены не были. Объективно: ногтевые пластины стоп поражены по гипертрофическому типу, деформированы, утолщены, имеют матово-желтый цвет, явления подногтевого гиперкератоза.

В условиях бактериологической лаборатории МНПЦДК ДЗМ было проведено культуральное исследование ногтевых пластин стоп на патогенные грибы после необходимой

подготовки. В результате данного исследования выделен *Trichophyton rubrum*, поставлен диагноз: Дерматофития ногтевых пластин стоп, обусловленная *Trichophyton rubrum*. Пациентка находится на этапе системной терапии тербинафином с положительной динамикой.

Представленное наблюдение демонстрирует актуальность использования культурального метода исследования в диагностике дерматофитий.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО – ХЕЙЛИ – ХЕЙЛИ У РЕБЕНКА ТРЕХ ЛЕТ

Заторская Н.Ф., Касихина Е.И., Проскурина М.И., Сергеева Е.К.

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

Болезнь Хейли–Хейли, или семейная доброкачественная хроническая пузырчатка, – редкое наследственное кожное заболевание (популяционная частота составляет 1:50 000). Тип наследования аутосомно-доминантный. Описано около 81 мутаций в гене *ATP2C1*, расположенном на хромосоме 3q21, которые могут приводить к аномальной внутриклеточной передаче сигналов Ca^{2+} и нарушению гомеостаза кальция в кератиноцитах, который регулирует множественные клеточные функции, в том числе сборку десмосом. Результирующее нарушение клеточной адгезии приводит к акантолизу и развитию болезни Хейли–Хейли. Заболевание может развиваться в любом возрасте, но чаще возникает в возрасте 20–40 лет. Оба пола болеют в равной степени. Для клинической картины характерны везикулы, внутриэпидермальные пузыри, эрозии и трещины с локализацией в области крупных складок (шея, аксиллярные впадины, пахово-бедренные, промежность). Для болезни Хейли–Хейли свойственно рецидивирующее течение со спонтанным регрессом высыпаний без рубцевания, с образованием вторичной гиперпигментации. Провоцирующими факторами являются травматизация, трение, жара, потоотделение. Гистологическое исследование необходимо для дифференциальной диагностики с другими аутоиммунными буллезными заболеваниями. В терапии семейной пузырчатки применяют топические глюкокортикостероиды, противомикробные препараты и ингибиторы кальциневрина, которые способствуют уменьшению боли и временному заживлению эрозированных участков. Для системной терапии используют кортикостероиды, ретиноиды, метотрексат, циклоспорин и физиотерапевтические методы (узкополосную УФ-В терапию, СО₂-лазер), описано экспериментальное лечение низкими дозами налтрексона. Мы наблюдали доброкачественную семейную пузырчатку Гужеро – Хейли – Хейли у девочки 3-х лет, с отягощенным семейным анамнезом по материнской линии. Со слов мамы, пузыри на кистях рук появились с первых дней жизни ребенка. После проведенной наружной терапии высыпания регрессировали. В возрасте 6 месяцев было отмечено появление эритематозных высыпаний в подмышечной области, на шее, в области нижних конечностей. Появление высыпаний не было связано с пищевым режимом, сезонностью. Появляющиеся периодически экссуда-

тивные элементы на коже у ребенка трактовались врачами как явления стрептодермии. Следует отметить, что высыпания имели тенденцию к локализации на левой половине туловища. В связи с данным обстоятельством, девочка получала стационарное лечение во втором педиатрическом отделении ДКМЦМО, где был выставлен диагноз «Унилатеральный дерматоз по типу лихеноидно-буллезного». Терапия урсодезоксихолевой кислотой, хлоропирамином дала кратковременный положительный результат. В сентябре 2019 г. девочка была госпитализирована в филиал «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ. При поступлении высыпания локализовались на коже лица, шеи, туловища, левой подмышечной впадины, верхних и нижних конечностей (преимущественно на левой половине туловища). Представлены мелкоузелковыми элементами розового цвета, и отечными эритематозно-сквамозными очагами, покрытыми серозно-геморрагическими корками, единичными поверхностными трещинами. На момент осмотра пузырных элементов не было. Ногтевые пластины кистей дистрофичны. Ребенку была проведена диагностическая биопсия. Гистологическое заключение: акантоз эпидермиса с неравномерным удлинением эпидермальных отростков, надбазальный акантолиз с формированием внутриэпидермальных пузырей, в полость которых выступают удлиненные дермальные сосочки, выстланные базальными кератиноцитами, также в полости пузырей присутствуют акантолитические клетки. Данная гистологическая картина соответствует диагнозу семейная доброкачественная хроническая пузырчатка Гужеро–Хейли–Хейли. Таким образом, дерматологам важно знать особенности течения буллезных дерматозов у детей, которым в подавляющем большинстве случаев ошибочно выставлялся диагноз пиодермии. Для установления точного диагноза (особенно из группы наследственных буллезных дерматозов) обязательно подтверждение с помощью патоморфологического исследования биоптата кожи.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕЛКОБЛЯШЕЧНОГО ПАРАПСОРИАЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

**Заторская Н.Ф., Пилявская С.О., Бассе Ф.Б.,
Корнят М.С., Урпин М.В., Уварова А.А.,
Гребенюк В.Н.**

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

L. Brocq в 1902 г. термином «парапсориаз» объединил гетерогенную группу малоизвестных дерматозов, проявляющихся каплевидной, лихеноидной и бляшечной клиническими формами. В настоящее время парапсориаз, отмечаясь многообразием манифестации, таит много неясного в этиологии и патогенезе. Из-за редкой встречаемости этого заболевания в дерматологической практике существуют определенные трудности его диагностики. Цель работы – показать особенности клинических вариантов парапсориаза у детей пубертатного возраста в процессе амбулаторного и стационарного лечения в филиале «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ.

Первая пациентка Т., 12 лет, была госпитализирована в дневной стационар (ДС) филиала «Коломенский» с жалобами на распространенные высыпания без субъективных ощущений. Патологический кожный процесс носил распространенный островоспалительный характер, локализовался на коже туловища, верхних, нижних конечностей и подмышечных впадин. Был представлен округлыми бляшками, диаметром до 5 см, розовато-синюшного цвета, с четкими границами, местами отмечалось мелкоцветистчатое шелушение. Псориатические феномены не определялись, дермографизм был смешанный, зуд отсутствовал. Первые элементы кожной сыпи у пациентки появились около 2-х лет назад на коже нижних конечностей, а затем постепенно распространились на кожу туловища и верхних конечностей. К дерматологу больная обратилась только спустя полгода. Предполагали диагнозы: псориаз, атопический дерматит, васкулит. Проводившееся лечение (локоидом, траумелем) было неэффективным. При обращении в ДС филиала «Коломенский» в марте 2017 г. с направлятельными диагнозами: парапсориаз (?) и токсикодермия (?) пациентке была проведена диагностическая биопсия кожи. Гистологический диагноз – бляшечный парапсориаз. Проводилась терапия: реамберин (200 мл в/в капельно, N6), 10% раствор глюконата кальция (7 мл в/м, N10), кестин, полиметилсилоксана полигидрат, наружная терапия, УФБ 311 N8. После проведенного лечения остро-воспалительные явления на коже были купированы, часть высыпаний разрешились в пятна гиперпигментации, больная выписана с улучшением.

Второй пациент М., 11 лет, был госпитализирован в ДС филиала «Коломенский» с диагнозом: хронический лихеноидный парапсориаз, тяжелое течение. Длительность заболевания составляла около 6 месяцев. Амбулаторно дерматологами по месту жительства предполагались диагнозы: краснуха (?), псориаз (?). При поступлении воспалительный процесс носил распространенный характер, располагался на коже лица, туловища и конечностей, был представлен множественными округлыми папулами застойно-розового цвета, диаметром до 2 мм, с легким шелушением на поверхности. На местах разрешившихся элементов – единичные оспенopodobные рубцы и множественные поствоспалительные гипо- и гиперпигментные пятна. Определялись феномены скрытого шелушения, облатки, Ауспитца. Дермографизм был смешанный. Ногтевые пластинки без признаков поражения. Гистологически подтвержден диагноз лихеноидного парапсориаза. Больному в условиях стационара было проведено комплексное лечение, включающее метилпреднизолон (по 24 мг/сут) с постепенным снижением суточной дозы до поддерживающей, 10% раствор глюконата кальция (6 мл-в/м, N10), аспаркам, кларитромицин (по 250 мг 2 раза в сутки – 10 дней), клемастин, аскорутин, метотрексат (в/м 10 мг/неделю, N7); наружно- 4% крем с мочевиной, паста нафталановая, 1% раствор метиленового синего, локоид; узкополосная светотерапия УФБ 311 Ед. по схеме N10. Выписан с улучшением под диспансерное наблюдение дерматолога и педиатра по месту жительства. Представленные случаи отражают многообразие клинической картины, а также особенности течения парапсориаза у детей. Малая частота встречаемости заболевания может вызывать трудности при постановке диагноза, что нередко требует проведения диагностической биопсии кожи. Особенности терапии парапсориаза в детском возрасте подразумевают длительное динамическое наблюдение, а также проведение инициальной терапии под ежедневным присмотром врача в условиях дерматологического стационара

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО МУЦИНОЗА

*Заторская Н.Ф., Попов И.В., Незгашева Е.С.,
Валитова И.В., Блинова Д.А.*

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

Представлено клиническое наблюдение случая фолликулярного муциноза у девочки 12 лет. У ребенка впервые высыпания появились в 11 лет на коже лица. Дерматологом высыпания были расценены как кольцевидная гранулема, Угри обыкновенные. Проведено лечение, ингибиторы кальциневрина, азелаиновая кислота, без эффекта. При распространении высыпаний на кожу верхних конечностей, консультирована аллергологом-иммунологом, которым был установлен диагноз «Аллергический дерматит. Нумулярная экзема?». Назначено лечение: внутрь антигистаминные препараты, цинксодержащий крем наружно, с неполным положительным эффектом. При повторном обращении через год проводилась диагностическая биопсия кожи, в результате которой гистологически диагностирован фолликулярный муциноз. Однако назначенная терапия (изотретиноин 0,5 мг/кг/сут) не соответствовала диагнозу, что привело к ухудшению патологического кожного процесса, что вынудило пациента обратиться за помощью повторно. При последнем обращении в возрасте 12 лет, у подростка визуально отмечался распространенный патологический кожный процесс воспалительного характера. Локализуется на коже лица, шеи, верхних конечностей (преимущественно плечи). Высыпания представлены в виде множественных лихеноидных фолликулярных гиперкератотических папул, розового цвета, сливающиеся в бляшки округлой формы до 3 см в диаметре, границы четкие, на поверхности элементов легкое шелушение. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Дермографизм красный, нестойкий. Повторное рассмотрение гистологического препарата, подтвердило и уточнило диагноз: фолликулярный гиперкератоз с aberrантным фенотипом. Это позволило назначить и провести адекватную терапию, хлорохином и топическими глюкокортикостероидами, с положительным эффектом. Описанный случай представляет интерес в связи с тем, что встречается редко в общей популяции и еще реже среди детей. В связи с этим представляет проблему диагностики и/или назначения адекватной терапии. Сложность диагностики усугубляется еще тем, что на начальных этапах кожные высыпания «маскируются» под другие, более распространенные в практике кожные заболевания, что вынуждает пациентов обращаться к смежным специалистам. Поэтому о таком редком заболевании должны быть информированы не только дерматологи, но и такие специалисты, как аллергологи, гинекологи, эндокринологи, педиатры. Единственным достоверным способом диагностики фолликулярного муциноза можно считать биопсию кожи с последующим гистологическим исследованием материала.

ПСОРИАЗ И ПАРАПСОРИАЗ У ДЕТЕЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

*Заторская Н.Ф., Проскурина М.И., Уварова А.А.,
Гребенюк В.Н.*

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

Псориаз, являющийся одним из самых распространенных дерматозов, известен с глубокой древности. Парапсориаз описан более ста лет назад Л. Брокром в 1902 г. Псориаз наблюдается примерно у 4% населения, парапсориаз встречается более чем на порядок реже, как у взрослых, так и у детей. Термин парапсориаз предложил Л. Брок из-за большого сходства дерматоза с псориазом. У обоих заболеваний клиническая картина, в основном, представлена эритематозно-сквамозными, пятнисто-папулезными и корковыми поражениями. Локализоваться высыпания при псориазе могут на любом участке кожного покрова, но чаще они наблюдаются на скальпе, в области кожи локтей, коленей, пояснично-крестцовой области, при этом занимая довольно обширную поверхность кожи, изредка принимая тотальный характер при эритродермической форме. Очаги поражения, бляшки при псориазе обычно размером от 3 см до размера средней ладони и более, имеют склонность к периферическому росту. При парапсориазе морфологические элементы в большинстве случаев имеют размер 1–2 мм и располагаются на туловище и конечностях, нередко группируясь. Кожа лица, ладоней, подошв всегда свободна от высыпаний. При псориазе обычно определяются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения и изоморфная реакция. Для парапсориаза характерны симптомы: облатки, пурпуры, скрытого шелушения, симптомом коллоидной пленки, симптомом Кебнера. Палитра клинической манифестации при псориазе несравненно богаче и многообразнее. Клинические проявления дерматоза насчитывают более 15 вариантов. Известны, в частности, клинические формы: каплевидная, бляшечная, бородавчатая, асбестовидная, ладонно-подошвенная, эритродермическая, экссудативная, фигурная, себорейная, инверсная, волосистой части головы, пустулезная, артропатическая, фолликулярная. Клинически парапсориаз выражается заметно меньшим масштабом клинических форм. Наиболее часто выделяют 4 клинические разновидности парапсориаза: лихеноидную вариолиформную острую (болезнь Муха-Габермана), лихеноидную хроническую (болезнь Юлиусберга). Касаясь эфлюоресценций при различных формах парапсориаза, следует отметить их внезапное начало, и в части случаев возникновению заболевания предшествует продромальный период (субфебрилитет, недомогание). Интенсивность клинических проявлений парапсориаза в целом менее выражена, чем при псориазе. Парапсориаз отличается также тем, что иногда существует тенденция к излечению, к регрессированию поражений как на фоне лечения, так и спонтанно. В отличие от псориаза, при парапсориазе после разрешения высыпаний чаще остаются гипер- и гипопигментные пятна. Этиология и патогенез обоих дерматозов таят в себе много неясностей. Их терапия остается недостаточно эффективной, что требует ее оптимизации и совершенствования.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ, ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И СЛИЗИСТЫХ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ГЕНИТАЛИЙ

Кабушка Я.С., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Дудко В.Ю., Медецкая О.М., Хостикоева К.К., Парыгина О.В.

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

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический неинфекционный дерматоз, который может поражать кожу и ногтевые пластинки, а также слизистые оболочки полости рта (СОПР) и гениталий. КПЛ гениталий представляет собой редкий вариант заболевания и может быть представлен типичной, гипертрофической и эрозивной формами. Считают, что СОПР поражаются у 40% пациентов с вовлечением кожи. В тоже время данные о сочетанном поражении кожи и СОПР у пациентов с КПЛ гениталий единичны. Предполагается, что КПЛ вульвы у женщин чаще сочетается с поражением СОПР, а не кожи (75% и 20% из 44 пациенток, соответственно, 29%) (Kirtschig G, Wakelin SH, Wojnarowska F 2005). Целью исследования была оценка частоты и клинических проявлений КПЛ на коже и СОПР у пациентов с КПЛ гениталий.

Материал и методы. Под наблюдением в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской КВД» находилось 47 пациентов (10 мужчин и 37 женщин) с КПЛ гениталий. Типичная форма заболевания была диагностирована у 14 (29%), гипертрофическая – у 7 (14%) и эрозивная у 26 (55%) пациентов. Типичная форма КПЛ гениталий наблюдалась одинаково часто у мужчин и женщин, гипертрофическая и эрозивная формы были характерны для женщин (72% и 92% пациентов, соответственно). Диагноз устанавливали на основании клинической картины заболевания, гистологическое исследование проводили во всех случаях эрозивного КПЛ гениталий, при поражении кожи и волосистой части головы (ВЧГ) – по показаниям (подтверждение диагноза). Для диагностики эрозивной формы КПЛ гениталий использовали критерии R.C. Simpson, 2013. Изолированное поражение гениталий было диагностировано у 42% пациентов с типичной и эрозивной и у 72% пациентов с гипертрофической формой заболевания. Отличительной чертой последней было поражение перианальной области (у 3х пациентов), не наблюдавшееся при других формах дерматоза, и наоборот, отсутствие высыпаний на СОПР. Вовлечение СОПР было наиболее характерно для пациентов с эрозивным КПЛ гениталий, оно наблюдалось у 14 (51,5%) пациентов. При этом вульвовагинально-гингивальный синдром, характеризующийся десквамацией десен, вульвы и влажной области, был диагностирован у 7 из них и пено-гингивальный синдром у 1 пациента. Вовлечение СОПР при типичной форме заболевания на гениталиях наблюдалось более чем в 2 раза реже – у 21% пациентов. Поражение кожи туловища и конечностей было диагностировано у 35% пациентов с типичной, 28% – с гипертрофической и 31% – с эрозивной формами заболевания. При этом у половины пациентов с эрозивной формой заболевания имело место сочетанное поражение СОПР, кожи туловища и конечностей. Помимо этого, еще у 15% пациентов с эрозивным КПЛ был диагностирован лишай плоский фолликулярный – типичная форма (4 пациентки) и сочетание типичной формы и

фронтальной фиброзирующей алопеции (1 пациентка). Из них у 4 женщин был выставлен диагноз вульвовагинально-гингивального синдрома.

Заключение. Поражение кожи и СОПР наблюдается более чем у половины пациентов с типичной и эрозивной формой заболевания на гениталиях. При этом поражение СОПР характерно для 21%, а кожи для 35% пациентов. Гипертрофическая форма КПЛ гениталий характеризуется преимущественно изолированным поражением гениталий (72%), вовлечение кожи наблюдается у 28% пациентов. Особенностью этой формы заболевания является вовлечение перианальной области и отсутствие высыпаний на СОПР. Эрозивная форма КПЛ наблюдается более, чем у половины (55%) пациентов с заболеванием гениталий, преимущественно женщин. Характеризуется более варибельным и разнообразным, в том числе сочетанным, поражением кожи и СОПР. Это единственная форма заболевания, при которой было диагностировано поражение ВЧГ. Необходимо большее число наблюдений для более полной характеристики клинической картины КПЛ гениталий.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карпенко А.А., Щукина Д.А., Петрова К.С.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Трофическая язва – дефект кожи или слизистых оболочек, развивающийся при отторжении некротизированных тканей и длительно сохраняющийся за счет слабо выраженной регенерации (без склонности к спонтанному заживлению). Этиологическими факторами: гемодинамические расстройства (ХАН 10% и ХВН 76–85%), артериовенозные свищи, травмы, нейротрофические расстройства. Объективная оценка активности грануляционной ткани необходима для определения прогноза регенерации и выбора оптимальной тактики лечения. Для получения оптимального результата необходимо наличие субстрата, способного обеспечить трофику пересаженного участка ткани, в противном случае заживление дефекта может не произойти, а оценка активности грануляционной ткани, производимая на основании визуальных параметров может оказаться ошибочной. Оптическая когерентная томография – неинвазивный высокоразрешающий метод прижизненной диагностики и визуализации биотканей, позволяющий получить информацию о морфологическом строении кожи и ее придатков в реальном времени. В основе принципа лежит регистрация отраженной назад части зондирующего излучения ближнего инфракрасного диапазона от внутриклеточных элементов, отличающихся по показателям преломления и параметрам обратного рассеяния. Получают 2D изображения представленные в псевдоцветной коричневой палитре с автоматической реконструкцией 3D-модели изучаемого участка размером 5*5*2 мм.

Цели и задачи. Исследование возможности ОКТ для оценки степени активности грануляционной ткани.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов в возрасте от 56 до 87 лет (9 мужчин, 16 женщин). Среди них 10 пациентов с хронической артериальной недостаточностью, 15 – с хронической венозной недостаточностью. Также было обследовано 5 ожоговых пациентов мужского пола в возрасте от 29 до 45 лет, относительно здоровых с небольшой поверхностью ожогов, визуально благопри-

ятым состоянием ожоговой поверхности и заведомо благоприятным исходом, которым частично уже произведена кожная пластика или произведена подготовка. Визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека ОКТ-1300 ВОК. Производилась визуальная оценка активности грануляционной ткани в трофических язвенных дефектах кожи голени и параллельное ОКТ-исследование этих участков с последующим сопоставлением полученных данных. Результаты. У пациентов с ХВН до начала лечения визуально отмечалось наличие грануляционной ткани с цианотичными оттенками, при механическом воздействии на которую появлялась венозная кровоточивость, отсутствие гнойного отделяемого с большим количеством экссудата, незначительным количеством фибрина, что свидетельствовало о незначительной активности грануляционной ткани. На ОКТ – изображениях грануляционная ткань визуализировалась в виде однородной зоны среднеинтенсивного сигнала, теряющего интенсивность по направлению к нижней части изображения. Венозные сосуды визуализировались в виде круглых и овальных зон низкой интенсивности с четкими границами (признаки отека и венозной вазодилатации). Фибрин визуализировался как узкая светлая полоска высокоинтенсивного сигнала на поверхности грануляционной ткани. У пациентов с ХАН визуально грануляционная ткань характеризовалась светлыми оттенками розового цвета в сочетании с незначительной кровоточивостью при механическом воздействии, отсутствием гнойного отделяемого и экссудации, вследствие длительной ишемии тканей. При этом на полученных ОКТ-изображениях грануляционная ткань визуализировалась в виде относительно однородной зоны низкоинтенсивного сигнала в сочетании с незначительной глубиной полезного сигнала, отсутствием оптических эквивалентов сосудов. У пациентов с язвенным дефектом, полученным в результате травмы без предшествующего нарушения гемодинамики на ОКТ-изображениях грануляционная ткань отмечалась средней и высокой интенсивностью сигнала, в сочетании со значительной глубиной полезного сигнала, с округлыми и овальными зонами низкоинтенсивного сигнала с контуром и без контура, соответствующие артериальным и венозным сосудам, без выраженных признаков отека, что свидетельствовало о высокой метаболической активности в пределах язвенного дефекта. Выводы. Таким образом, данные ОКТ-исследования в сочетании с визуальным осмотром позволяют более точно оценить состояние грануляционной ткани в язвенном дефекте. Метод является достаточно перспективным и требует более глубокого изучения с целью разработки специализированной методики.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Карпова О.А.

Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. Наиболее важной отраслью экономики РФ является железнодорожный транспорт. В ОАО «РЖД» работает немногим менее 800 тыс. человек. Первоочередной

задача «РЖД-Медицина» – это профилактика, раннее выявление и эффективное лечение различных заболеваний у работников компании.

Цель исследования – изучить эффективность профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки у работников железнодорожного транспорта, на примере Алтайского региона Западно-Сибирской железной дороги ОАО «РЖД».

Материал и методы. По статистическим отчетным формам № 12, статистическим учетным формам № 030/у и годовым отчетам за 2017–2019 гг. Частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаул» (ЧУЗ) был проведен ретроспективный анализ общей и первичной заболеваемости, эффективности диспансеризации по классу болезни кожи и подкожной клетчатки больных, состоящих под наблюдением более 1 года.

Результаты. Для обеспечения медицинской составляющей безопасности движения железнодорожного транспорта, раннего выявления и профилактики заболеваний кожи и подкожной клетчатки, сохранения высококвалифицированного кадрового потенциала ОАО «РЖД» на базе ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул», ежегодно проводятся очередные, предварительные для приема на работу профилактические медицинские осмотры работников, контактирующих с профессиональными вредностями и обеспечивающих движение поездов. Эти осмотры регламентированы Приказами: – МПС РФ N 6Ц «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте»; – Минздравсоцразвития РФ N 796 «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой»; – Минздравсоцразвития России N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» Доля посещений с профилактической целью к врачам-дерматовенерологам в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул» держится на высоком уровне от 71,7% до 75,5%. Это отразилось на снижении за анализируемый период общей заболеваемости по классу болезни кожи и подкожной клетчатки с 46,2 до 45,7 на 1000 прикрепленного населения, за счет снижения первичной заболеваемости с 29,9 до 28,4 на 1 000 соответствующего населения. Охват диспансерным наблюдением больных с заболеваниями, подлежащих диспансерному наблюдению за трехлетний период составил – 100%. В 2019 году с выздоровлением с диспансерного учета были сняты 49 человек. Общее число диспансерных больных увеличилось до 12,5 на 1000 населения. Относительный показатель на 1000 работающих в 2019 году соответствовал – 31,8. Эффективность диспансеризации лиц состоящих на учете более 1 года, имеет стойкую тенденцию к росту с 94,6% в 2017 г. до 95,5% в 2018 г. и 2019 г. Такие высокие показатели достигнуты в результате выхода на производства, улучшения качества проведения профилактических осмотров, высокой доступности медицинской помощи по профилю дерматовенерология. В 2019 году продолжилась стойкая тенденция перевыполнения фактической функции врачебной должности до 110,23% к плановой. У

врачей-дерматовенерологов ЧУЗ «КБ г. Барнаул» хороший уровень профессиональной подготовки: работают врачи только 1 и высшей категорий, 1 кандидат медицинских наук. Профилактика заболеваний кожи включает в себя применение проактивной, Step-down терапии с использованием топических кортикостероидов, ингибиторов кальциневрина и эмоленгов, СКЛ в ведомственных санаториях, профилакториях и реабилитационных центрах ОАО «РЖД». На базе ЧУЗ «КБ г. Барнаул» работают школа «Атопика», школа больных Псориазом.

Выводы. Проведенное исследование показало, что система мер, проводимых в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул», для профилактики заболеваний кожи и подкожной клетчатки, является эффективной и может использоваться в других учреждениях дерматологического профиля.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Касихина Е.И., Кочетков М.А.

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

Согласно современным данным, мастоцитоз является клональным гемопозитическим заболеванием, опосредуемым мутацией мембранного рецептора тучных клеток C-KIT (рецептор фактора роста маст/стволовых клеток – CD117 или тирозин-протеинкиназа KIT). Мастоцитоз может возникнуть в любом возрасте, но более чем в 50% случаев заболевание дебютирует в первые 2 года жизни. У большинства детей отмечается изолированное поражение кожи (кожный мастоцитоз). Критерии определения поражения кожи при мастоцитозе были опубликованы консенсусной группой ВОЗ в 2016 г. В кожной форме мастоцитоза были выделены пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ППКМ или пигментная крапивница), диффузный кожный мастоцитоз (ДКМ) и локализованная (солитарная) мастоцитома. Актуальность использования дерматоскопии в диагностике кожного мастоцитоза связана с ростом числа детей, страдающих ППКМ и солитарной мастоцитомой (СМ), полиморфизмом клинических проявлений, а также низкой осведомленностью врачей о данной патологии. По нашим данным, каждому пятому ребенку с мастоцитозом была предложена и/или проведена необоснованная деструкция элементов. Нами проанализирована дерматоскопическая картина высыпаний у 27 детей с кожным мастоцитозом: у 20 детей – с солитарной мастоцитомой и у 7 детей – с ППКМ. Кожные проявления ППКМ были представлены множественными изолированными узелками диаметром до 0,5 см, реже – до 1,0 см, овальными очертаний, с резкими границами, плотной консистенцией, гладкой поверхностью, светло-желтого цвета. Множественные папулы полушаровидной формы желтоватого цвета при кожно-папулезной форме мастоцитоза трактуются врачами как высыпания контагиозного моллюска, реже – как ювенильная ксантогранулема. СМ была представлена чаще всего одиночным опухолевидным образованием желтовато-коричневого цвета с розовым оттенком, округлыми или овальными очертаниями, четкими границами, диаметром от 0,7 до 2 см, реже – буллезным образованием. При дерматоскопии СМ в поляризованном режиме выделяется несколько зон. В центральной зоне может визуализироваться белесоватая бесструктурная область с участками гиперемии, окруженными по периферии сетчатыми коричневатыми пигментными сетками на

желтоватом фоне. Центральная бесцветная или беловатая бесструктурная область может быть объяснена накоплением серозной жидкости, образующейся из-за отслоения эпидермиса в центре мастоцитомы. Периферическая зона может быть образована сетчатой гиперпигментированной каймой. У нескольких детей центральная зона представляла собой сосудистую структуру (линейные сосуды) или пятно розового цвета с точечными сосудами, окруженными периферической зоной желтого или желто-оранжевого оттенка (симптом «радуги»). Желто-оранжевые пятна обусловлены плотным папиллярным и ретикулярным инфильтратом тучных клеток дермы. Для ППКМ характерны четыре дерматоскопических паттерна, а именно: светло-коричневые и желто-оранжевые пятна, пигментная сеть и сосудистая сеть. Пигментная сеть обусловлена гипермеланизацией тучных клеток дермы и базального слоя. Ретикулярный сосудистый паттерн характерен преимущественно для макулопапулезной формы мастоцитоза. Наличие выраженной сосудистой сети в очагах мастоцитоза, как правило, определяет необходимость назначения ежедневной антимицитарной терапии. Данный дерматоскопический признак вместе с уровнем триптазы в сыворотке и высыпаниями на коже в виде бляшек представляют комбинацию независимых факторов для прогнозирования течения заболевания и необходимости назначения пролонгированной антимицитарной терапии. Дифференциальный диагноз кожного мастоцитоза детей проводится с ювенильной ксантогранулемой. При дерматоскопии ксантогранулемы также определяются желто-оранжевые пятна, однако цветовые контрасты напоминают вид «заходящего солнца». Дополнительные признаки включают тонкие прерывистые коричневатые линии и линейные периферические сосуды. Следовательно, дерматоскопия является полезным инструментом не только для подтверждения клинического диагноза кожного мастоцитоза, но и для проведения дифференциального диагноза с другими гистиоцитозами у детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Касихина Е.И., Кочетков М.А., Валитова И.В.

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

Мастоцитоз – клинически и патоморфологически гетерогенная группа заболеваний, обусловленная чрезмерным ростом и накоплением клональных (неопластических) тучных клеток в одном или нескольких органах. Кожный мастоцитоз – форма, которая чаще других форм заболевания регистрируется в клинической практике. Две трети всех случаев кожного мастоцитоза дебютируют в детском возрасте, в том числе, примерно у 15% детей проявления мастоцитоза отмечаются с рождения. Как правило, в периоде новорожденности и грудном возрасте дерматологи диагностируют локализованную форму заболевания (солитарная мастоцитома). Цель исследования – провести катamnестический анализ современного клинического течения солитарной мастоцитомы (СМ) у детей. Одной из основных задач исследования явилось определение сроков регресса высыпаний у детей, находившихся под

динамическим наблюдением специалиста – дерматолога, и у детей, которым диагноз СМ не был выставлен, или ошибочно ставились другие диагнозы и проводилось неадекватное лечение. Нами проведен анализ динамики кожных проявлений у 20 детей с СМ, находившихся на амбулаторном лечении в консультативных отделениях ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2016–2019 гг. Диагноз был выставлен на основании типичных проявлений мастоцитоза на коже в сочетании с положительным симптомом Дарье–Унны. Во время сбора анамнеза были проанализированы жалобы, течение беременности у матери, сопутствующая патология, дебют и продолжительность болезни. Мальчиков было 9 (45,0%) человек, девочек – 11 (55,0%). Только 5 матерей указали на благополучное течение беременности, остальные принимали препараты прогестерона по поводу угрозы прерывания на ранних сроках или ЭКО. Сопутствующая патология отмечалась у 7 детей (синдром гиперактивности, сосудистая мальформация, множественные меланокитарные невусы (у 10,0%), анемия (у 15,0%)). На дебют СМ с рождения указывали родители у 2 (10,0%) детей, с возраста 1 месяца – у 2 (10,0%), в интервале с 3 до 6 месяцев – у 5 (25,0%), после 6 месяцев – у 11 (55,0%) детей. Указание на наличие мастоцитоза в семье было у 1 ребенка. Жалобы на зуд, жжение при купании в горячей воде отмечали родители у 6 (30,0%) детей, образование пузыря или волдыря при трении, раздражении одеждой у всех детей, на укусы насекомых – у 1 ребенка, но ощущение зуда при этом возникало только у одной трети пациентов. Необходимо отметить разнообразие локализации солитарных мастоцитом: волосистая часть головы, височная область, живот, ягодицы, тыл кистей и стоп, надключичная область, пяточная область. Именно локализация определяет тактику ведения пациентов: от рекомендаций по уходу за кожей до курсового назначения топических глюкокортикостероидов и/или ингибиторов кальциневрина в зависимости от возраста ребенка. Спонтанное разрешение СМ в возрасте 3–4 года характерно только для локализаций, не подвергающихся внешнему раздражению, нами было отмечено у 3 (15,0%) детей. У 2 (10,0%) пациентов, подвергнувшихся неоднократной ошибочной деструкции образований, регресс мастоцитом на фоне адекватной терапии затягивался до возраста 8 лет. При локализации СМ на участках, подвергающихся трению одеждой (в том числе, чепцов, шапок), обуви, памперсами также отмечается тенденция к увеличению периода полного регресса высыпаний до 5–6 лет. Вне раздражения очаги были представлены пятнами желто-розового цвета на уровне кожи с пигментированным ободком или однородно розово-коричневого цвета. Феномен Унны–Дарье у таких пациентов без адекватного наружного лечения и ухода был стабильно резко положительный. К формированию волдыря у детей этой группы приводили также контакт с горячей водой, пребывание на солнце, прием жаропонижающих средств.

Вывод. Дети с кожной формой мастоцитоза нуждаются в наблюдении специалистов-дерматологов, практикующих в области детской дерматологии. С учетом роста случаев этой ранее считавшейся редкой патологии, требуется разработка российских клинических рекомендаций на основе рекомендаций ВОЗ по диагностике и лечению мастоцитоза.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

Кашеваров Д.Ф.

*Кафедра кожных болезней и косметологии
Факультет дополнительного профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»*

Микробная экзема является одной из наиболее трудно поддающихся лечению видов экзем. Заболевание характеризуется торпидным течением, резко снижает качество жизни пациентов, приводит к их социальной дезадаптации. Иммунные, нейроэндокринные, вегетососудистые нарушения предопределяют необходимость комплексного подхода к терапии [1–3].

Целью настоящего исследования было установление эффективности и переносимости терапии с использованием цетиризина («Вертекс») и 4-компонентного наружного препарата, содержащего глюкокортикоид, антибиотик, антимикотик и регенерирующее средство («Тетрадерм», «Вертекс»)

Критериями включения в исследование служил:

- резистентность микробной экземы к ранее применяемым антигистаминным и наружным средствам
 - отсутствие какой-либо медикаментозной терапии в течение 2 недель, предшествующих нашему исследованию
- Критериями исключения из исследования служили:
- беременность
 - лактация
 - заболевания почек.

Под нашим наблюдением находился 21 пациент. Страдавший микробной экземой, в том числе 12 женщин, 9 мужчин в возрасте от 18 до 54 лет. У всех пациентов имелись клинические признаки экзацербации кожного процесса, индекс EASI составлял $29,0 \pm 0,5$.

Курс лечения составлял 14 дней. Всем пациентам цетиризин назначали во второй половине дня, не разжевывая, в независимости от употребления пищи, запивая большим количеством жидкости по 10 мг 1 раз в день. Местная терапия заключалась в нанесении «Тетрадерма» тонким слоем, не втирая, 2 раза в сутки.

Все пациенты хорошо переносили лечение, без побочных реакций и нежелательных эффектов.

Во всех случаях было достигнуто улучшение состояния, индекс EASI составлял $7,0 \pm 0,5$.

Полученные нами результаты позволяют рекомендовать терапию с использованием отечественных препаратов цетиризина («Вертекс») и («Тетрадерм», «Вертекс»).

МИКОЗЫ СТОП, СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ

Ключарева С.В., Раводин Р.А., Алхилова С.М.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Моздокская центральная районная больница», Моздок
Кафедра дерматовенерологии «Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург*

Микозы стоп являются распространенной патологией кожи и ногтей, так как это заболевание встречается у четверти населения России. В структуре заболеваемости кож-

ными болезнями в России отмечается рост численности случаев с осложненными и распространенными формами микозов стоп. Это обстоятельство ставит микозы стоп в ряд наиболее актуальных проблем современной дерматологии. В последние десятилетия отмечено изменение этиологической структуры микозов стоп. До 40-х годов 20-го столетия во многих странах мира преобладали микозы стоп, вызванные *Tr. interdigitale*. В настоящее время наблюдается рост *Tr. rubrum* (до 75–85%), особенно среди военнослужащих, рабочих некоторых производств (достигает до 80–95%). Увеличивается доля недерматофитных возбудителей (24,1%) и их сочетаний с дерматофитами (45–99%) в этиологии микозов стоп.

Цель исследования. Определить спектр возбудителей микозов стоп у жителей сельской местности.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 24 амбулаторных больных сельской местности (14 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет (из них 11 пациентов с интертригинозной формой микозов стоп, 7 пациентов со сквамозной формой и 5 пациентов с онихомикозом). У 11 пациентов с интертригинозной формой микозов стоп диагностировано впервые. При изучении данных анамнеза больных провоцирующим фактором в развитии МС было ношение резиновой обуви. Диагноз микоз стоп установлен на основании клинической картины и данных культурального исследования. У всех пациентов заболевание начиналось внезапно без субъективных ощущений в виде шелушения и трещин. Объективно: отмечается утолщение кожи, трещины, выраженный кожный рисунок с муковидным шелушением.

Результаты и обсуждения. В Республике Северная Осетия результаты проведенного анализа, 24 посева с гладкой кожи и ногтевых пластин стоп показали, что среди посевов с гладкой кожи стоп в 7 случаях (29,1%) был получен рост *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale* – у 14 (58,3%) пациентов. При анализе посевов с ногтевых пластин стоп, *Trichophyton rubrum* высевали у 4 пациентов (16,6%), *Trichophyton interdigitale* – у 1-го (4,1%). Таким образом, прослеживается высокий спектр *Trichophyton interdigitale* в сельской местности Республики Северная Осетия. Анализируя полученные данные, необходимо комплексно подходить к пациентам с МС: определять спектр возбудителей и корректировать терапию.

ГЕНЕРАЛЬЗОВАННАЯ ПСОРИАЗИФОРМНАЯ СЫПЬ, ВЫЗВАННАЯ ПРИЕМОМ ИНГИБИТОРА PD-L1 АТЕЗОЛИЗУМАБОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коваленко Ю.А., Шатохина Е.А., Гриднева Я.В., Круглова Л.С.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Введение. Одним из самых частых побочных эффектов ингибиторов PD-1 и PD-L1 (рецептора запрограммированной смерти и его лиганда), относительно нового класса таргетных противоопухолевых препаратов, является кожная токсичность. В ответ на терапию ингибиторами контрольных точек иммунитета нередко развиваются лихеноидные реакции, генерализованный зуд и макулопапулярная сыпь [1]. В литературе описаны случаи возникновения псориа-

зиформной сыпи в ответ на терапию ингибиторами PD-1, однако отсутствуют существенные данные о возможности развития данной кожной реакции при терапии ингибиторами PD-L1. Своевременное выявление и терапия кожных токсических реакций, возникающих в ответ на иммунотерапию опухолей, являются важными аспектами ведения онкологических пациентов, что обосновывает актуальность изучения данной области медицины.

Цель. Представить клинический случай возникновения генерализованной псориазиформной сыпи в ответ на терапию ингибитором PD-L1 атезолизумабом.

Материалы и методы. Пациентке 71 лет без сопутствующей дерматологической патологии был поставлен диагноз метастатического уротелиального рака мочевого пузыря. Пациентка прошла курс из 15 доз атезолизумаба по 1200 мг внутривенно. В процессе терапии появились жалобы на прогрессирующую генерализованную сыпь и кожный зуд. При физикальном обследовании определялись эритематозные гиперкератотические элементы с десквамацией, что соответствовало картине псориазиформной сыпи.

Результаты. Пациентке была назначена системная терапия преднизолоном и топическая терапия кремами, содержащими мочевины, с положительным эффектом.

Обсуждение. Описанный клинический случай представляет собой уникальную специфическую реакцию кожи, развившуюся в ответ на лечение ингибитором PD-L1 атезолизумабом – возникновение псориазиформной сыпи и генерализованного зуда, чувствительных к терапии системными глюкокортикостероидами. Дальнейшее изучение кожных токсических реакций при терапии заранее заданным ингибитором контрольных точек позволит разработать оптимальные методы лечения данных побочных явлений. Продолжение курса эффективной противоопухолевой терапии без редукции дозы и отмены основного препарата является ключевым моментом в лечении онкологических пациентов.

ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА И ОТЕК КВИНКЕ, ВЫЗВАННЫЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ИНГИБИТОРОМ PD-1 НИВОЛУМАБОМ И ИНГИБИТОРОМ BRAF ВЕМУРАФЕНИБОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коваленко Ю.А., Шатохина Е.А., Красильникова Б.Б., Круглова Л.С.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Введение. Одним из самых частых побочных эффектов ингибиторов контрольных точек иммунитета и ингибиторов BRAF является кожная токсичность. При терапии ингибитором BRAF вемурафенибом повышаются риски развития плоскоклеточного рака кожи, полиморфных сыпей и повышенной фоточувствительности [1]. Ингибиторы PD-1 (рецептора запрограммированной смерти) нередко ассоциируются с возникновением лихеноидных реакций, генерализованного зуда и макулопапулярной сыпи [2]. Особый интерес представляют кожные токсические реакции, возникающие в ответ на смену терапии ингибиторами контрольных точек иммунитета на терапию ингибиторами BRAF. По данным литературы, подобные иммунологические явления могут быть связаны с активацией Т-клеток и

повышенной иммунной реактивностью [3]. Своевременное выявление и оптимальная терапия кожных токсических реакций, возникающих в ответ на иммунотерапию опухолей, являются важными аспектами ведения онкологических пациентов, что обосновывает актуальность изучения данной области медицины.

Цель. Представить клинический случай возникновения острой крапивницы и отека Квинке, вызванные последовательной терапией ингибитором PD-1 ниволумабом и ингибитором BRAF вемурафенибом.

Материалы и методы. Пациентке 63 лет без сопутствующей дерматологической патологии и аллергического анамнеза был поставлен диагноз меланомы поясничной области. Пациентка прошла курс терапии адолизумабом: 11 доз препарата по 3 мг на кг внутривенно. В связи с прогрессированием заболевания пациентке был назначен вемурафениб в дозировке 1920 мг в день per os. В процессе терапии вемурафенибом появились жалобы на возникновение сыпи, генерализованного зуда, субфебрильной температуры и отека лица и шейной области. При физикальном осмотре клиническая картина соответствовала острой крапивнице, осложненной отеком Квинке.

Результаты. Пациентке была назначена инфузионная терапия и системная терапия преднизолоном и антигистаминным средством с положительным эффектом.

Обсуждение. Данный клинический случай представляет собой уникальную специфическую иммунологическую реакцию, возникающую при смене терапии ингибиторами контрольных точек на терапию ингибиторами BRAF – острая крапивница и отек Квинке. Понимание патогенеза идиосинкратических реакций, развивающихся в ответ на таргетную иммунотерапию опухолей, способствует их своевременному выявлению и эффективной терапии. Дальнейшее изучение подобных иммунологических явлений является ключевым методом разработки оптимального лечения кожной токсичности для продолжения курса эффективной противоопухолевой терапии без изменения режима дозирования и отмены основного препарата.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д3 У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Карякина Л.А.,
Беттихер О.В.**

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

Гнездная алопеция – аутоиммунное заболевание с поражением волосяных фолликулов. Заболевание характеризуется различными клиническими проявлениями, при этом тяжесть болезни варьирует от обратимого очагового выпадения волос до абсолютного локального или тотального облысения. Заболевание имеет многофакторный характер, что предполагает комплексное взаимодействие генетических особенностей организма и экзогенных триггеров, провоцирующих развитие гнездной алопеции. Этиология гнездной алопеции до конца не изучена. В последнее время большое внимание уделяется роли витамина D в развитии аутоиммунных заболеваний. Активная форма витамина – 1,25-дигидроксивитамин D – реализует свой эффект через связывание со специфическими рецепторами, лока-

лизующимися в ядре определенных клеток. Рецепторы к витамину D активно экспрессируются в ключевых структурах волосяных фолликулов человека.

Цель исследования. Определение уровня концентрации витамина 25 (ОН) D в зависимости от клинической формы гнездной алопеции.

Материалы и методы. Обследовано 43 больных (33 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $38 \pm 1,5$ лет) с прогрессирующей стадией гнездной алопеции. Из 43 пациентов у 27 (62,8%) больных имелась очаговая форма заболевания, у 16 (37,2%) – тяжелая форма гнездной алопеции (у 3 пациентов – краевая форма, у 9 – субтотальная, у 3 – тотальная, у 1 – универсальная). Концентрация активной формы витамина D (25 (ОН) D) определялась с помощью метода хемилюминисцентного иммуноанализа на микрочистотах. В контрольную группу были включены 25 здоровых лиц (15 женщин и 10 мужчин), средний возраст $32 \pm 1,5$ года. Ранее пациенты не принимали витамин D3. У 27 больных с очаговой формой гнездной алопеции заболевание диагностировано впервые. При изучении данных анамнеза у 90% больных провоцирующим фактором в развитии гнездной алопеции был стресс. У всех пациентов заболевание началось внезапно в виде очага (очагов) облысения спустя месяц после воздействия провоцирующего фактора. При осмотре кожа очагов облысения без воспалительных явлений. В краевой зоне очагов поражения волосы легко удалялись при потягивании. При трихоскопии с помощью программы Trichoscience с использованием камеры Aramo-SG выявлены обломанные волосы по типу восклицательных знаков и на месте волосяных фолликулов – желтые точки. У 5 пациентов гнездная алопеция сочеталась с ониходистрофией.

Результаты и обсуждение. Уровни 25 (ОН) D у больных с гнездной алопецией варьировали от 7,5 до 23,2 нг / мл со средним значением $18,3 \pm 2,5$ нг / мл, что достоверно ниже данных контрольной группы – $31,5 \pm 0,5$ нг / мл ($p < 0,05$), у которых концентрация кальцидола была от 30,0 до 45,6 нг / мл. У пациентов с очаговой формой средний уровень витамина D составил $17,5 \pm 1,5$ нг / мл при этом достоверного различия между показателями больных, имеющих от одного до трех очагов алопеции, и больными с многоочаговой формой заболевания не выявлено. У пациентов с офиазисом (3), субтотальной (9), тотальной (3) и универсальной (1) формами заболевания достоверного различия уровня витамина D в сыворотке крови также не выявлено, поэтому больные были объединены в одну группу. У 16 пациентов с тяжелой формой гнездной алопеции среднее содержание кальцидола было $11,9 \pm 1,5$ нг/мл, что достоверно ниже показателей больных с очаговой формой дерматоза ($p < 0,05$). Таким образом, при прогрессировании с нарастанием тяжести гнездной алопеции увеличивался дефицит витамина D.

Выводы. 1. Содержание витамина D у больных с гнездной алопецией в прогрессирующую стадию заболевания было достоверно ниже ($18,3 \pm 2,5$ нг / мл) показателей здоровых лиц контрольной группы ($31,5 \pm 0,5$ нг / мл, $p < 0,05$).

2. У пациентов с очаговой и многоочаговой формами заболевания средний уровень витамина D составил $17,5 \pm 1,5$ нг / мл при этом достоверного различия между средним уровнем витамина D больных, имеющих от одного до трех очагов алопеции, и больными с многоочаговой формой дерматоза не выявлено.

3. У больных с офиазисом, субтотальной, тотальной, и универсальной формами заболевания средний уровень кальцидола составил $11,9 \pm 1,5$ нг/мл, что было достоверно ниже показателей больных с очаговой и многоочаговой формами дерматоза ($p < 0,05$).

ХРОНОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

Красовская А.С., Садретдинов Р.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань

Практически все известные процессы в организме человека имеют определенную ритмичность с колоссальным спектром проявлений от молекулярно-биохимических до сложнейших форм психической деятельности. По структуре биоритмов можно прогнозировать течение болезни и эффективность терапевтических воздействий на организм лекарственных препаратов. При благоприятном течении заболевания нормализуются суточные колебания функций организма, наблюдается совпадение точек максимума и минимума биоритмов на протяжении нескольких дней обследования, при неблагоприятном колебании положения точек максимума и минимума на суточных кривых разбросаны. Если десинхронозы единичны, организм через определенное время полностью восстанавливает свои функции, при частых десинхронозах состояние здоровья человека значительно ухудшается. На этом фоне гораздо легче могут возникнуть различные заболевания. Психопатологические расстройства у больных хроническими дерматозами преимущественно относятся к невротическому регистру и представлены такими симптомами, как раздражительность, повышенная утомляемость, аффективные нарушения с тенденцией к понижению настроения, расстройства сна и другие. Следует помнить, что наличие скрытых, глубинных патогенетических процессов свойственно в первую очередь именно хроническим дерматозам, а те проявления, которые может увидеть врач (например, нарушения сна) составляют лишь небольшую часть общего комплекса присущих той или иной болезни расстройств. Вегетативные и психические расстройства при псориазе имеют тесные взаимосвязи и являются разными проявлениями единого патогенетического процесса. Обследовано 40 больных псориазом в прогрессирующую стадию (22 женщины и 18 мужчин) в возрасте от 32 до 65 лет, у которых были выявлены нарушения цикла «сон-бодрствование». Терапия не включала препараты, оказывающие влияние на сон. Контрольную группу составили 10 пациентов с псориазом, не предъявлявших жалобы на нарушения сна. Оценка биоритмологического типа (хронотипа) проводилась с помощью методики Хорна–Остберга. Замедленный циркадианный ритм (хронотип «сова») встречался в 27% случаев. Медленность индивидуальных биологических часов приводила к трудности пробуждения, сложности начала активной деятельности утром, повышенной утомляемости в утренние часы при достаточной работоспособности в вечернее время суток. Ускоренный циркадианный ритм (хронотип «жаворонок») – встречался у 18% пациентов и проявлялся бессонницей в виде раннего пробуждения, последующим ощущением нехватки энергии во второй половине дня. Особенности гормонального фона при ускоренном циркадианном ритме приводят к преждевременной утрате энергичности до завершения дневного или 24-часового периода, укорачивают период сна. В 40% случаев регистрировался нормальный циркадианный ритм (хронотип «голубь»), пациенты хорошо спа-

ли ночью и обычно просыпались утром без будильника. Они также достаточно энергичны в течение дня, хотя испытывали небольшое физиологичное снижение энергии в раннее послеполуденное время. Наиболее сложное нарушение – бимодальный циркадианный ритм был отмечен в 15% случаев. Это нарушение циркадианного ритма характеризовалось «разорванным» графиком сон-бодрствование. Если нормальный циркадианный ритм совершает один цикл сон-бодрствование в течение 24 ч, то бимодальный ритм «разрывает» этот цикл, создавая более одного периода сна. Указанные периоды могут быть не настолько отчетливо выражены, чтобы позволить заснуть. Такой ритм определял нехватку энергии, усталость и упадок сил в течение суток, нарушение ночного сна. Таким образом, важна целесообразность дальнейшего изучения десинхронозов у пациентов с псориатическим процессом. Необходимы выявление наиболее значимых факторов развития десинхронозов у пациентов с имеющимся заболеванием и относящихся к группе риска, изучение их роли в профилактике и прогрессировании кожной патологии, создание и внедрение в повседневную практическую деятельность диагностических и лечебных алгоритмов хронодиагностики и хронотерапии дерматологических заболеваний, разработка комплекса медико-социальных мероприятий, направленных на нивелирование неблагоприятного влияния десинхронозов на здоровье.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА РОССАЛИМО–МЕЛЬКЕРССОНА– РОЗЕНТАЛЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА

Кудрявцева Р.Л., Ольховская К.Б.

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

Пациентка Н., 12 лет, в июне 2019 года обратилась на кафедру МГМСУ им. А. И. Евдокимова с жалобами на выраженный отек губ, щек, асимметричность лица справа. Подобные явления отмечает с 2017 года, когда впервые после стоматита, который не сопровождался болевым синдромом, стал появляться отек правой половины нижней губы, а в дальнейшем распространился на нижнюю и верхнюю губу. Явления стоматита носили рецидивирующий характер и были расценены как проявление герпетической инфекции. В связи с этим по месту жительства (г. Южно-Сахалинск) проведена вакцинация (пневмовакс, витагерпвак) и курс иммуностимулирующей терапии без выраженного эффекта. Со временем отек губ нарастал и возник отек щек, более выраженный справа. Данное состояние было расценено как аллергический хейлит, рецидивирующие афты полости рта, наследственный ангиоотек, отек Квинке. Были назначены антигистаминные препараты и ГКС коротким курсом без эффекта. В мае 2019 аллергологом были назначены флюконазол и немизол, преднизолон в дозе 12,5 мг на 4 дня без эффекта. Явления стоматита сохранялись. На фоне неэффективного лечения возник и прогрессировал неврит лицевого нерва справа. При обращении на кафедру МГМСУ в июне 2019 года был поставлен диагноз синдрома Россалимо–Мелькерссона–Розенталя (СРМР). Объективно: губы равномерно увеличены, отек на пра-

вой щеке более выражен, при пальпации ткани лица и губ мягкие, безболезненные. Визуально отмечалась асимметрия лица справа. Умеренно выражена складчатость языка. Проведенная терапия. Преднизолон в дозе 30 мг/сут, панангин, витамин D3, омепрозол в течение 6 месяцев. Во время проводимого лечения явления стоматита и неврита полностью купировались, отек губ уменьшился в 2 раза. В связи со стабильным течением заболевания и развитием синдрома Иценко–Кушинга в декабре 2019 был отменен преднизолон. На фоне назначенной терапии в августе 2019 пациентка была консультирована в клинике Шерите в Берлине, где при обследовании выявлены антинуклеарные антитела 1:1280 ($N < 1:160$). По данным проведенной биопсии слизистой щеки: слизистая оболочка с увеличенным акантоэпителием, на основании чего поставлен диагноз гранулематозный хейлит и рекомендована терапия Дапсоном. В январе 2020 (после отмены ГКС) – рецидив стоматита с нарастанием отека губ. При детальном обследовании в гастроэнтерологическом стационаре выявлен неспецифический язвенный колит и планируется проведение лечения с использованием сульфасалазина. СРМР представляет собой редкое нейро-слизисто-кожное заболевание с рецидивирующим и прогрессирующим течением. СРМР может встречаться у людей любого возраста и любого пола – в среднем, начало заболевания происходит в юношеском или молодом возрасте, среди больных незначительно преобладают женщины. Ученые до сих пор не пришли к единому мнению в вопросе этиологии этого синдрома. В анамнезе чаще регистрируются инфекционные и аллергические заболевания, наследственная предрасположенность, вирусные инфекции (герпес), переохлаждение, переутомление, травматизация, стресс. Клинически СРМР характеризуется триадой симптомов, включающей в себя отек губ (cheilitis granulomatosa), складчатый язык (lingua plicata) и паралич лицевого нерва. Тем не менее, олигосимптомная и моносимптомная формы являются наиболее распространенными клиническими проявлениями заболевания. Рецидивирующий односторонний или двусторонний отек губ является наиболее распространенным моносимптомным проявлением. Патоморфологически отек формируется за счет неказеозного гранулематозного хейлита, который относится к группе орофациальных гранулематозов. Предполагается, что он может быть подтипом болезни Крона или других заболеваний кишечника и значительно опережать ее диагностирование, особенно у детей. Lingua plicata характеризуется развитием глубоких бороздок или трещин на дорсальной и боковой поверхностях языка; это доброкачественное состояние, часто встречается у здоровых людей, но чаще у людей с СРМР, псориазом и синдромом Шегрена. Рецидивирующий паралич лицевого нерва встречается значительно реже, клинически схож с параличом Белла и может предшествовать появлению хейлита. В связи с трудностью диагностики и отсутствием специфических маркеров, задержка в постановке диагноза СРМР может превышать десятилетия. Данный клинический случай иллюстрирует необходимость детального обследования желудочно-кишечного тракта у пациентов с СРМР, что в значительной степени повысит эффективность проводимой терапии и предупредит тяжелое течение сопутствующей соматической патологии.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Львов А.Н., Заторская Н.Ф., Валитова И.В.,
Проскурина М.И., Гребенюк В.Н.*

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

Псориаз – хроническое распространенное заболевание кожи, поражающее примерно 2% населения, при этом у трети пациентов проявляется в детском и подростковом возрасте. Психосоциальное воздействие хронического заболевания в детском возрасте имеет более серьезные последствия для всех сфер жизни. По данным ряда авторов, в последние годы наблюдается линейное увеличение заболеваемости данного дерматоза в детстве с 0,12% в 1 год до 1–2% в 18 лет. Семейный анамнез, перенесенная стрептококковая и другие инфекции, ожирение предрасполагают развитие псориаза в детском возрасте. Причины и патогенез этого недуга остаются во многом не выясненными, особенно у детей. Псориаз у детей связан с более высоким уровнем IL-22-продуцирующих Т-клеток и относительно меньшим количеством IL-17-продуцирующих Т-клеток по сравнению со взрослыми. Диагностика может быть затруднена из-за нетипичной клинической картины. В детском возрасте высыпания чаще локализуются на коже лица, складок, аногенитальной области; в 34–61% псориаз проявляется бляшками, шелушение и инфильтрация, которых менее выражена, а зуд сильнее. В раннем детском возрасте псориаз может протекать под маской пеленочного дерматита. Каплевидная форма нередко предшествует развитию бляшечного псориаза и возникает после перенесенной инфекции. Чаще наблюдается поражение ногтей по типу «масляного пятна», симптом «наперстка». Случаи линейного псориаза (по линиям Блашко) и фолликулярной, асбестовидной формы в детском возрасте, как и псориагическая эритродермия, атропатический и пустулезный псориаз встречаются редко. Нами наблюдались два клинических случая асбестовидного псориаза у подростков, с отягощенным семейным анамнезом по псориазу. Первый из них, мальчик, 16 лет, обратившийся в КДО МН-ПЦДК филиала «Коломенский» с жалобами на высыпания на волосистой части головы, возникшие впервые 4 года назад, в виде двух бляшек с четкими краями, выраженной инфильтрацией и плотно сидящими желтоватыми толстыми корко-чешуйками. Пациент получал наружное лечение: мазь бетаметазон + салициловая кислота, 2% салициловая мазь, с незначительной положительной динамикой. От лечения метотрексатом пациент отказался. Второй клинический случай у мальчика, 15 лет. Высыпания существовали с семилетнего возраста. При обращении в филиал «Коломенский» жаловался на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, в виде эритематозных бляшек с серебристо-белыми плотно сидящими чешуйками, выраженной инфильтрацией. Пациенту было рекомендовано стационарное лечение метотрексатом, но он не явился на повторную консультацию. Псориаз составляет большую медико-социальную проблему, поскольку имеет хроническое рецидивирующее течение. У детей с легкой степенью заболевания местное лечение считается первой линией терапии. А при лечении тяжелых форм псориаза требуется разработка адекватных системных методов, в

том числе с использованием фармакопрепаратов, с учетом особенностей детского организма, так как большинство эффективных лекарств не одобрены для использования в педиатрии до 12 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА ПО ПРУРИГО

Львов А.Н., Штендер С., Бобко С.И.

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Центр по изучению и лечению хронического зуда университетской клиники г. Мюнстера, Германия, Москва

Введение. Хроническое пруриго – заболевание, характеризующееся хроническим зудом и локализованными множественными или генерализованными пруригинозными высыпаниями. Хроническое пруриго возникает вследствие нейрональной сенситизации вследствие зуда и развивается в результате цикла зуд – эксфолиации. Хроническое пруриго может иметь дерматологическое, системное, неврологическое, психиатрическое/психосоматическое, мультифакторное или неизвестное происхождение. Основные симптомы пруриго: хронический зуд (6 недель и более) анамнез и/или признаки хронических эксфолиаций (например, множественные эксфолиации, рубцы), локализованные или генерализованные множественные пруригинозные высыпания (эксфолиации/рубцы и /или эксфолиированные папулы).

Цель работы – получение представлений о клиническом профиле пруриго, связанном с возрастом, полом, этническим происхождением, сопутствующими заболеваниями, лекарственными препаратами, отношением к зуду и боли, а также представлений об используемых в настоящее время методах лечения и их эффективности. В рамках проекта Европейской Академии Дерматологии и Венерологии (EADV) по пруриго в период с 2017 по 2019 г. проводилось Международное исследование (проспективное, неинтервенционное панъевропейское когортное исследование – европейский проект по пруриго), в котором в числе 22 европейских центров принял участие Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

Материалы и методы. В рамках европейского проекта по пруриго в многоцентровое исследование вошло 509 пациентов старше 18 лет (210 мужчин, средний возраст 64 года, средний возраст женщин 62 года). В исследовании в России приняло участие 30 пациентов с пруриго: 18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 23 до 87 лет (средний возраст составил 61,5 год). Для анализа материалов исследования использовался опросник, адаптированный для пациентов с пруриго, включающий 47 вопросов в электронной версии. **Результаты.** Средняя продолжительность пруриго составила от года до 15 лет (в среднем 4,2 года). Клиническая картина носила преимущественно распространенный характер с поражением туловища, конечностей с наличием папул, узлов, хронических эксфолиаций, умбиликаций. Среди сопутствующих заболеваний отмечено наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы (у 14 пациентов), патологии желудочно-кишечного тракта (у 11 пациентов), патологии ЛОР-органов (у 5 пациентов), патологии легких (у 3 пациентов), патология щитовидной

железы (у 7 пациентов), патология суставов (у 4 пациентов). 2 пациентов испытывали боли в спине, у 3 пациентов зарегистрирована глаукома, у двух пациентов – ВИЧ инфекция, у одной пациентки – эозинофильная гранулема кожи лица, у одной пациентки – глухонмота с рождения, у одного пациента лимфома Ходжкина, у одного пациента меланома с метастазами в головной мозг, легкие, лимфоузлы. Признаки атопии были у 1 пациента, у 5 пациентов в анамнезе были упоминания о перенесенном риноконъюнктивите, у 2 – бронхиальной астме. Интенсивность зуда у пациентов по визуально-аналоговой шкале составила от 3 до 10, в среднем 6.63 баллов ± 10.07 , у 13 пациентов, помимо зуда, имелись и другие ощущения, такие как жжение, покалывание, боль. У 27 пациентов отмечалось снижение качества жизни вследствие нарушения сна, не купируемого зуда, наличия распространенных высыпаний. Среди основных используемых методов лечения пруриго применялись эмоленты, топические и системные глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты, десенсибилизирующая терапия, фототерапия, психотропные препараты (антидепрессанты, антипсихотики). Большинство пациентов проходили стационарное лечение с временным положительным эффектом, однако отмечали рецидивы через несколько месяцев. Удовлетворенность лечением: 18 пациентов ответили «скорее не удовлетворен лечением», 10 пациентов – «скорее удовлетворен лечением», 2 пациента – не удовлетворен лечением. Эффективность терапии – у 8-х пациентов купирование процесса в виде регресса высыпаний и зуда, у 20 пациентов временный эффект от терапии, у 1 пациента частые рецидивы через 2 недели после выписки из стационара несмотря на терапию системными и наружными глюкокортикостероидами, у 1 пациента тяжелое течение без ремиссий.

Выводы. Результаты исследования повышают осведомленность о пруриго и подчеркивают важность развития стандартизированных диагностических и терапевтических рекомендаций для обеспечения лучшей медицинской помощи пациентам с пруриго.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АУТОИММУННЫМИ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В СТАЦИОНАРНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ МНПЦДК ДЗМ ФИЛИАЛА «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО»

Маяренко Е.Н., Жукова О.В., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Дендоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В.

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

Аутоиммунные буллезные дерматозы – это гетерогенная группа приобретенных или наследственных заболеваний, аутоиммунной природы, характеризующихся выработкой аутоантител к определенным антигенным структурам кожи, разнообразных как по клинической картине, так по этиологии и патогенезу.

Цель исследования: анализ структуры заболеваемости аутоиммунными буллезными дерматозами в стационарных отделениях МНПЦДК филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» за период с 2017 г. по I – квартал 2019 г.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт со следующими клиническими диагнозами по МКБ 10: Буллезный пемфигоид L 12.0, Дерматит герпетиформный L 13.0, Пузырчатка обыкновенная L 10.0. Результаты и их обсуждение. В 2017 г. в стационарных отделениях МНПЦДК филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» находилось 158 пациентов с аутоиммунными буллезными дерматозами, из них 61% женского пола, 39% мужского. Нозологическая структура выглядела следующим образом: L10.0 – 46%, L12.0 – 42%, L13.0 – 12%. За период 2018 г. выписано 127 пациентов с аутоиммунными буллезными дерматозами, 55% женского пола, 45% мужского, среди них нозологическая структура распределена следующим образом: L10.0 – 49%, L12.0 – 38%, L13.0 – 13%. За I квартал 2019 г. из стационарных отделений МНПЦДК филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» выписано 39 пациентов с диагнозами L10.0 – 54%, L12.0 – 38%, L13.0 – 8%, женского пола – 64%, мужского пола – 36%. Отмечается отсутствие положительной динамики снижения заболеваемости аутоиммунными буллезными дерматозами. Большинство из этих заболеваний могут привести к летальному исходу, в связи с чем необходима своевременная диагностика кожных процессов, сопровождающихся возникновением булл и везикул, на амбулаторном этапе, незамедлительная госпитализация в условия стационарного отделения, а также усиление междисциплинарного подхода со специалистами смежных специальностей (стоматологи, оториноларингологи, гинекологи).

РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ГРУППЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ

Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Коняева Е.И., Бекирова Э.Ю.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь; Автономная некоммерческая организация «Национальный научный центр фармаконадзора», г. Москва, Симферополь, Москва

Одной из наиболее важных проблем, возникающих при применении лекарственных препаратов, является развитие реакций лекарственной гиперчувствительности (РЛГ). Частота подобных реакций в популяции составляет не менее 7% и имеет тенденцию к постоянному увеличению. Симптомы РЛГ могут варьировать от легкой до тяжелой степени тяжести, включая кожную сыпь, зуд, ангионевротический отек, анафилаксию и другие проявления, что требует обязательно обращения пациента к специалистам терапевтического или дерматологического профиля. Препаратами-«лидерами» по количеству зарегистрированных случаев РЛГ являются β-лактамы, антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства и рентгенконтрастные соединения.

Целью настоящего исследования явилось изучение и анализ случаев развития РЛГ, возникающих при применении антибиотиков пенициллинового ряда, на основании карт-извещений о нежелательных реакциях (НР) лекарственных

средств (ЛС), зарегистрированных в Республике Крым за 2009–2017 гг.

Материалы и методы. В работе были использованы данные 300 карт-извещений о НР препаратов группы пенициллинов, зарегистрированных в региональной базе (реестре) спонтанных сообщений ARCADE (Adverse Reactions in Crimea, Autonomic Database) за период 2009–2017 гг. Отбор карт-извещений, содержащих информацию о РЛГ, проводился с учетом кодов Анатомо-терапевтически-химической (АТХ) классификации ЛС Всемирной Организации Здравоохранения.

Результаты. С целью проведения анализа случаев развития РЛГ, возникающих в ответ на применение антибиотиков пенициллинового ряда, из региональной базы спонтанных сообщений ARCADE было отобрано 300 карт-извещений, что составило 4,3% от общего количества зарегистрированных НР ЛС за соответствующий период (6825 карт). Наиболее часто реакции гиперчувствительности возникали на фоне введения пациенту комбинированных препаратов амоксициллина и клавулановой кислоты (J01CR02) – 158 карт (52,7%) и амоксициллина в виде монотерапии (J01CA04) – 100 случаев РЛГ (33,3%). Реже подобные реакции возникали при применении комбинации ампициллина и сульбактама (J01CR01), ампициллина (J01CA01) и бензилпенициллина натриевой соли (J01CE01) – 17, 16 и 9 случаев НР соответственно. Анализ степени тяжести РЛГ позволил выявить высокую частоту НР легкой степени тяжести (крапивница, зуд, гиперемия кожи) – 276 случаев (92%), в остальных случаях наблюдались НР средней (17 случаев) и тяжелой (7 случаев) степени тяжести (анафилактический шок, ангионевротический отек). Анализ возрастных групп больных, для которых было характерно возникновение РЛГ, позволил определить, что у пациентов детского возраста (до 18 лет) подобные НР были зарегистрированы в 134 случаях (44,7%), в остальных случаях 166 случаях НР возникали у пациентов старше 18 лет (19–30 лет – 52 случая, 31–45 лет – 36 случаев, 46–60 лет – 39 случаев, старше 60 лет – 39 случаев). Несмотря на высокую частоту РЛГ легкой степени тяжести, исходы НР для пациентов были следующие: в 183 случаях (61%) наблюдались несерьезные НР, которые не вызвали выраженных последствий для пациентов, в остальных 117 случаях (39%) РЛГ были отнесены к категории серьезных: смерть пациентов в результате развития анафилактического шока имела место в 1 случае, развитие угрожающих жизни состояний – в 6 случаях, госпитализация и продление сроков госпитализации – в 66 случаях. В 44 случаях развитие РЛГ привело к временной нетрудоспособности пациента. Необходимость в проведении медикаментозной коррекции реакций гиперчувствительности была определена в 269 случаях (89,7%), в остальных 31 случае пациенты в коррекции НР не нуждались.

Выводы. Изучение реакций лекарственной гиперчувствительности при применении антибиотиков пенициллинового ряда позволило выявить высокую частоту серьезных НР, требующих обязательной фармакологической коррекции и в большинстве случаев госпитализации пациента. Своевременный сбор аллергологического анамнеза при назначении данной группы препаратов позволит снизить частоту таких нежелательных реакций и, возможно, предотвратить развитие связанных с применением ЛС состояний, угрожающих жизни пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ КОЖИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА, АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ЛИМФОМЫ КОЖИ

Микаилова Д.А., Сергеева И.Г.

*Новосибирский Национальный Исследовательский
Государственный Университет, Новосибирск*

Атопический дерматит, вульгарный псориаз – распространенные заболевания, нередко имеющие сходные клинические проявления и в ряде случаев требующие дифференциальной диагностики с лимфомой кожи. В связи с этим актуальным является создание новых критериев дифференциальной диагностики, в частности посредством ультразвукового сканирования кожи.

Цель исследования. Определить возможности УЗИ кожи для дифференциальной диагностики при ведении пациентов с вульгарным псориазом, атопическим дерматитом и лимфомой кожи.

Материалы и методы. Методом случайной выборки было сформировано 3 группы: 16 пациентов с вульгарным псориазом, 19 с атопическим дерматитом и 5 с диагнозом лимфома кожи. Было проведено у всех групп пациентов ультразвуковое сканирование на аппарате ScinScannerDUB TRM на частотах 22 и 75 МГц в области поражения и рядом расположенной видимо здоровой кожи для измерения толщины и эхоплотности эпидермиса и дермы. Для сравнительной оценки данных использовали коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем здоровом участке кожи к показателям в области высыпаний.

Результаты. При проведении морфометрического анализа параметров кожи у пациентов с вульгарным псориазом, атопическим дерматитом и лимфомой кожи выявили одинаковые тенденции изменений ультразвуковых показателей. Наблюдали утолщение эпидермиса: коэффициент соотношения толщины эпидермиса у пациентов с атопическим дерматитом был $0,67 \pm 0,12 \mu\text{m}$, вульгарным псориазом ($\text{КС} = 0,66 \pm 0,117 \mu\text{m}$), грибовидным микозом ($\text{КС} = 0,56 \pm 0,17 \mu\text{m}$); уменьшение его эхоплотности: у пациентов с атопическим дерматитом ($\text{КС} = 1,52 \pm 0,503 \text{cu}$), вульгарным псориазом ($\text{КС} = 1,18 \pm 0,332 \text{cu}$), грибовидным микозом ($\text{КС} = 1,89 \pm 0,94 \text{cu}$). Наблюдали увеличение толщины дермы: у пациентов с атопическим дерматитом ($\text{КС} = 0,813 \pm 0,074 \mu\text{m}$), вульгарным псориазом ($\text{КС} = 0,716 \pm 0,07 \mu\text{m}$), грибовидным микозом ($\text{КС} = 0,89 \pm 0,02 \mu\text{m}$); уменьшение ее эхоплотности: у пациентов с атопическим дерматитом ($\text{КС} = 2,04 \pm 0,48 \text{cu}$), вульгарным псориазом ($\text{КС} = 2,08 \pm 0,53 \text{cu}$), грибовидным микозом ($\text{КС} = 2,4 \pm 0,85 \text{cu}$). Субэпидермальную полосу визуализировали в 100% случаев. У пациентов с лимфомой кожи наблюдали иную архитектуру эпидермиса в виде «арок», данные изменения были у 100% исследуемых с диагнозом грибовидный микоз. При анализе границ очагов на сканограммах у пациентов с диагнозом вульгарный псориаз и лимфома кожи наблюдали наличие четких границ перехода в условно здоровую кожу. У пациентов с атопическим дерматитом четких границ не определялось, а визуализировался плавный переход в рядом расположенную условно здоровую кожу, характеризующийся постепенным увеличением плотности дермы и уменьшением субэпидермальной гипохлоидной полосы.

Выводы. Ультразвуковыми параметрами для дифференциальной диагностики являются архитектура эпидермиса и характеристика границ очага. У пациентов с лимфомой

кожи в очаге при ультразвуковом сканировании визуализируется иная архитектура эпидермиса в виде «арок». При вульгарном псориазе очаги имеют четкие границы, при атопическом дерматите четких границ нет.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

Мяснянкин М.Ю.

*Санкт-Петербургский Научно-исследовательский
центр «ЭКО-безопасность», Санкт-Петербург*

Актуальность. Рост заболеваемости населения меланомой кожи, высокий риск рецидива, неудовлетворительные показатели выживаемости больных диктуют необходимость совершенствования методов диагностики данной патологии кожи. Спектрофотометрический интрадермальный анализ (СИАскопия) – это новый доступный метод неинвазивной диагностики пигментированных поражений кожи, особенно при постановке таких сложных диагнозов как меланома *in situ*, диспластический невус, подногтевые образования.

Цель исследования. Выявление СИАскопических особенностей сложных для своевременного выявления таких патологий, как меланома *in situ*, диспластический невус, подногтевые образования, позволяющих оптимизировать диагностику, лечение и прогнозирование заболевания.

Материал и методы. В исследование включены 12 пациентов (6 женщин и 6 мужчин) с пигментными образованиями кожи ($n=6$) и с изменениями ногтевого ложа ($n=6$). Средний возраст пациентов составлял $48 \pm 3,1$ год. Всем пациентам выполнялась СИАскопия на дооперационном этапе. Данные фиксировались в табличном формате с последующим гистологическим исследованием операционного (биопсийного) материала. В процессе СИАскопии с последующей компьютерной обработкой аппарат для СИАскопии формирует карты (изображения), которые называются сиасканы распределения общего меланина в новообразовании, дермального меланина, СИАскан гемоглобина, СИАскан коллагена. Получаемые в ходе исследования изображения дают ценную для дифференциальной диагностики информацию о наличии и распределении пигментированных структур и коллагена в разных слоях кожи на глубине до 2 мм

Результаты. При анализе заключений патоморфологического исследования получены следующие результаты, которые напрямую коррелируют с выявленными особенностями СИАсканов: 3 – меланомы кожи *in situ*, 3 – диспластических невуса, 3 – подногтевых меланомы, 3 – онихомикоза, паронихии. При СИАскопии пигментного образования кожи (меланома *in situ*): сиаскан 1 – атипичная ассиметричная пигментная нерегулярная сеть, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, край новообразования по типу «изъеденного молью». Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, ассиметрично расположенный участок черной окраски. Сиаскан 3 – ассиметричные очаги зеленого цвета. Дермальный меланин ассиметрично распределен. Сиаскан 4 – ассиметрично расположенные очаги белого цвета, окруженные интенсивно окрашенными участками красно-розового оттенка. Кровеносные сосуды вытесняются из папиллярного слоя дермы. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные

участки в местах локализации дермального меланина. В свою очередь диспластические невусы не имеют характерного распределения дермального меланина, как это при сиаскане 3. При СИАскопии подногтевых образований (подногтевая меланома): сиаскан 1 – атипичная пигментные неравномерные разной толщины полоски, коричневый фон, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, ширина полосы линий у дистального ногтевого валика больше, чем у проксимального валика. Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, асимметрично расположенные непараллельные полоски черной окраски. Сиаскан 3 – диффузно расположенные в пределах новообразования продольный очаг зеленого, синего цветов. Асимметрично расположенный отдельный полихромный очаг. Цвет в очагах варьирует от зеленого до бирюзового, синего и центрально расположенного фиолетового оттенков. Асимметрия дермального меланина. Сиаскан 4 – редкие нерегулярные бесструктурные участки – сосуды вытиснутые опухолью, светло-розовый оттенок в пределах новообразования, хорошо развитая сосудистая сеть. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации меланина, очаг неправильных очертаний более светлого оттенка. Выводы. 1. Приведенный опыт СИАскопии в диагностике подногтевых образований открывает новые возможности в связи с тем, что сиасканы с подногтевой пластиной и нативная картина не отличаются по диагностической ценности. 2. Весьма значима СИАскопия при постановке такого сложного диагноза как меланома *in situ*, который требует незамедлительного хирургического лечения, и диспластического невуса кожи, в случае которого допустимо наблюдение. 3. Продемонстрированный клинический опыт показывает высокую прогностическую значимость СИАскопии в дифференциальной диагностике подногтевых злокачественных образований с доброкачественной и инфекционной природой поражения ногтевого ложа. 4. Внедрение СИАскопии имеет большое будущее в качестве скринингового метода выявления опухолей кожи и меланомы.

ПЕРВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский центр «ЭКО-безопасность», Санкт-Петербург

Цель. Определение клинической эффективности неoadъювантной фотодинамической терапии (неоФДТ) при использовании производных хлорина е6 (радахлорин) с последующим хирургическим лечением больных меланомой кожи. Материалы и методы. Проанализированы данные о 458 больных меланомой кожи (клиника НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова). В основную группу включено 53 пациента, которым на опухоль до хирургического лечения проведена неоФДТ (50 мг радахлорина, лазер «Латус» с длиной волны 662 нм, общая поглощенная световая доза 300 Дж/см²); в контрольную – 405 прооперированных больных меланомой кожи. Оценка состава иммунокомпетентных клеток в периферической крови проводилась до лечения

и через 7 дней после операции на проточном цитофлуориметре BD FACSCalibur (tm). По стандартной методике проведено иммуногистохимическое исследование маркеров опухоль-инфильтрирующих лимфоцитов (TILs) (Т-хелперов CD4, Т-киллеров CD8), апоптоза (bcl2, p53), эндотелия сосудов (CD31).

Результаты. Показатели 3- и 5-летней общей выживаемости (ОВ) у пациентов основной группы составили 96% и 76%, тогда как у контрольной группы пациентов – 72% и 62%, соответственно, (p=0,02). При анализе иммунного статуса в основной группе выявлено статистически значимое повышение содержания: CD3+CD19- (p=0,019), CD3+CD8+ (p=0,026), CD3+CD4+HLADR+ (p=0,05), CD3-CD16+CD56+ (p=0,002), CD19+CD3- (p=0,021). В 31% (4/13) случаях выявлены микроскопические признаки акантолиза и некроза. Иммуноокрашивание CD31 определило неоднородность распределения кровеносных сосудов. Выраженная экспрессия p53 выявлена в 23% (3/13), bcl2 – в 75% (9/12) случаях. Среднее содержание в перитуморальной области TILs: CD4+ и CD8+, 357 и 423, соответственно.

Выводы. 1. Применение неоФДТ с последующим хирургическим лечением у больных меланомой кожи улучшает 5-летний прогноз заболевания.

2. НеоФДТ способствует активации иммунной системы.

3. Фотодинамическое действие радахлорина обусловлено разрушением сосудистого русла, быстрым ингибированием пролиферативной активности и девитализацией опухолевых клеток, локальной иммуномодуляцией.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПОДНОГТЕВОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский центр «ЭКО-безопасность», Санкт-Петербург

Актуальность. Подногтевая меланома является редким и малоизвестным злокачественным новообразованием широкому кругу практических врачей, включая онкологов, поэтому выполненная работа имеет большое практическое значение, так как позволит улучшить диагностику меланомы не только онкологами, но и хирургами, терапевтами, дерматологами.

Цель исследования. Выявление клинико-СИАскопических признаков для своевременной и оптимальной диагностики подногтевой меланомы методом спектрофотометрического интрадермального анализа (СИАскопии), предложен объем хирургического лечения.

Материал и методы. Пациентка А., 59 лет, обратилась в НИИО им. Н.Н. Петрова МЗ РФ с пигментным образованием подногтевого ложа I пальца левой кисти. Отмечала появление под ногтем линейной полоски темно-коричневой окраски 4 года тому назад. Для неинвазивной диагностики использовался метод СИАскопии, в процессе которого с последующей компьютерной обработкой аппарат формирует карты (изображения), которые называются сиасканы распределения общего меланина в новообразовании, дермального меланина, СИАскан гемоглобина, СИАскан коллагена. Результаты. Фототип кожи II по классификации Fitzpatrick. В области первого пальца левой кисти в подногтевом ложе имеется линейные продольные неравномерные

полоски черной окраски, сливающиеся в одну (размеры 3x14 мм). Рядом располагаются продольные полоски темно-коричневой окраски. Дистальный участок ногтя изломан. Проксимальный валик (в продолжении подногтевой продольной полоски) имеет, просвечивающийся под кожей, участок светло-черного цвета (по длине 3 мм). При спектрофотометрическом интрадермальном анализе выявлено: сиаскан 1 – атипичные пигментные неравномерные разной толщины полоски, коричневый фон, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, ширина полосы линий у дистального ногтевого валика больше, чем у проксимального валика, несколько линий обрываются в с/3 ногтевого ложа, края полосок неровные. Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, асимметрично расположенные непараллельные полоски черной окраски. Сиаскан 3 – диффузно расположенные в пределах новообразования продольный очаг зеленого, синего цветов. Асимметрично расположенный отдельный полихромный очаг. Цвет в очагах варьирует от зеленого до бирюзового, синего и центрально расположенного фиолетового оттенков. Асимметрия дермального меланина. Сиаскан 4 – редкие нерегулярные бесструктурные участки – сосуды вытиснутые опухолью, светло-розовый оттенок в пределах новообразования, хорошо развитая сосудистая сеть. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации меланина, очаг неправильных очертаний более светлого оттенка. При эксцизионной биопсии подногтевого образования выполнен нативный спектрофотометрический интрадермальное анализ (без ногтя) ПМ. При анализе сиасканов наблюдалась аналогичная картина, что и до экстракции ногтевой пластинки. Гистологическое исследование: акрально-лентициозная меланома in situ. Выполнено органосохраняющее большой палец удаление подногтевой меланомы I пальца левой кисти с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке. Выполнены окаймляющие разрезы кожи ногтевой фаланги I пальца левой кисти, отступая от боковых валиков ногтевого ложа не менее 5 мм. Для забора кожно-мышечного лоскута в области пястно-фалангового сустава на ульнарной поверхности проведена маркировка по размерам относительно дефекта. Рассечена кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышечная фасция с фрагментом *m. interosseus dorsalis I* (ID) в центральной части лоскута. Выполнена диссекция сосудистой ножки, содержащая *a. digitalis palmaris proprius* (DPP), фрагмент *m. ID*, подкожно-жировую клетчатку с ветвями подкожной венозной системы вдоль боковой поверхности I пальца левой кисти до проекции фалангового сустава. Мобилизованный кожно-мышечный лоскут уложен на дефект, фиксирован к краям раны. Приживление лоскута 100 %. Пациентка на 7-е сутки могла уже писать и резать ножницами.

Обсуждение. Приведенный опыт использования СИА-скопии в диагностики подногтевой меланомы открывает новые возможности в связи с тем, что сиасканы с подногтевой пластиной и нативная картина не отличаются по диагностической ценности. С помощью клинического случая продемонстрирована большая прогностическая значимость применения метода спектрофотометрического интрадермального анализа в диагностики таких сложных образований, как подногтевые. На настоящий момент пациентка находится в полной клинической ремиссии, и она полностью вернулась в рабочую деятельность.

СТАТУС МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНА WIF1 В ДНК ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ, РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КОЖНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

*Назарова М.Н. Масюкова С.А., Киселев В.И.
Медицинский институт непрерывного образования, Москва*

Согласно современным статистическим данным эпителиальные опухоли составляют 60% среди всех новообразований кожи. Самыми распространенными являются немеланоцитарные доброкачественные кожные опухоли. Одной из основных причин возникновения данного заболевания является вирус папилломы человека (ВПЧ). Известно, что за пролиферацию кератиноцитов в коже отвечает WNT-сигнальный путь, активность которого тормозится фактором WIF1. После заражения ВПЧ происходит метилирование промоторной части гена WIF1, что делает его нечитаемым. Это ведет к снижению синтеза фактора WIF1 и патологической активации WNT-сигнального пути, в результате чего образуется кожная опухоль.

Нами были изучены 64 образца биоптатов доброкачественных кожных опухолей, полученные в результате бритвенной биопсии у пациентов. В группу исследования вошли удаленные доброкачественные образования кожи, такие как: себорейные кератомы (19 образований), вульгарные бородавки (10 образований), подошвенные бородавки (5 образований), акрохордоны (24 образования), остроконечные кондиломы (3 образования), фибропапилломы (2 образования), кератоакантома (1 образование). Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, клинической картины и результатов дерматоскопии. Из всех образцов была выделена ДНК, проведены «тачдаун» ПЦР-амплификация и секвенирование, а также проведена статистическая обработка результатов секвенирования. Для профилактики рецидивирования доброкачественных образований кожи 10 пациентам, в составе комплексной терапии, был назначен препарат Эгаллохит, содержащий эпигаллокохетин-3-галлат. Препарат применялся в мазевой форме после удаления новообразований в течение трех месяцев в соответствии с рекомендациями. Пациенты наблюдались на 30 и 90 день после удаления новообразования.

В результате исследования было установлено: 1. Впервые выявлено гиперметиличирование в области промотора WIF1 для всех образцов, приводящее к патологической активации WNT-сигнального пути. 2. На 90 день у 10 пациентов отмечалось формирование нормотрофического рубца и полное отсутствие рецидива заболевания.

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Невозинская З.А., Михайлова А.Г.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии, филиал
«Южный», Москва*

Норвежская (крустозная, корковая, кератотическая) чесотка – редкое паразитарное заболевание, которое представляет собой тяжелую форму обычного дерматоза. Вызывается клещом *Sarcoptes scabiei*. Очень контагиозная форма, возникающая при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении периферической чувствительности, в

случаях ВИЧ-инфекции, злокачественных заболеваний, психических заболеваний и у пожилых лиц. Характеризуется отсутствием кожного зуда, длительным рецидивирующим течением и появлением коркообразных чешуек на коже по всему телу. Типичной особенностью является появление грязно-желтых корок, которые могут достигать в толщину 2–3 см. Они покрывают обширные участки кожного покрова. При снятии корок возникают большие мокнущие эрозии. С целью предупреждения ошибок в диагностике и дальнейшего распространения чесотки приводится клинический случай из практики.

Больная, 70 лет, на момент осмотра предъявляет жалобы на высыпания на коже лица, верхних конечностей, живота, ягодиц, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся эпизодическим зудом в ночное время. Считает себя больной около 6 месяцев, когда впервые отметила появление сыпи. Самостоятельно использовала топические глюкокортикостероиды без видимого эффекта, количество высыпаний продолжало увеличиваться, распространяясь практически на весь кожный покров, с появлением корок. Пациентка обратилась в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. На момент осмотра состояние удовлетворительное. Видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы умеренно увеличены, болезненные при пальпации. Локальный статус: патологический процесс на коже носит хронический распространенный симметричный характер, с локализацией на туловище, верхние конечности в области межпальцевых складок, лучезапястных суставов, локтей, лица и волосистой части головы. На коже имеются множественные папулы и ходы в виде легкого возвышения беловатого цвета длиной 5–6 мм. На коже локтей наслоение корок серовато-желтого цвета, а также геморрагические корки. Кожа лица, ягодиц, внутренней поверхности бедер, живота, покрыта массивными корками серо-грязного цвета с толщиной 0,5–1 см. Поверхность корок шероховатая, покрыта трещинами с неприятным запахом. Волосы тусклые. Ногти желтые, ломкие, утолщены. Сопутствующие заболевания: Ишемическая болезнь сердца. Прогрессирующая стенокардия напряжения. Артериальная гипертония III стадии, II степени, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность II A стадии (NYHA III функциональный класс). Сахарный диабет II типа неинсулинзависимый. Лабораторные данные: в соскобах с поверхности кожи и корковых наслоений обнаружено большое количество чесоточных клещей и их яиц. На основании анамнеза заболевания, клинических данных (характерные высыпания), лабораторной диагностики был поставлен диагноз: Норвежская чесотка. В работе мы постарались ознакомить практикующих врачей с особенностями клинической картины этого дерматоза, так как недостаточное знание врачами-дерматовенерологами клинических проявлений может привести к диагностическим ошибкам.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

**Николаева К.И., Уфимцева М.А., Вишневская И.Ф.,
Шубина А.С., Мыльникова Е.С.**

*Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Екатеринбург*

Актуальность. Онкологические больные получают цитостатические и таргетные препараты, одним из побочных

эффектов которых является кожная токсичность (КТ). КТ сопровождается снижением качества жизни, является причиной снижения дозировки или отмены препарата, что влияет на прогноз основного заболевания. Вопросы профилактики, эффективного лечения дерматологических осложнений являются предметом активных исследований. Цель исследования. Анализ дерматологических реакций у пациентов, получающих ингибиторы рецептора эпидермального фактора роста (EGFR).

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование историй болезни отделения противоопухолевой лекарственной терапии №1 ГБУЗ СО СООД, г. Екатеринбург. Результаты собственных исследований. Основной группой таргетных препаратов, вызывающей дерматологические реакции (по данным литературы, в 60–100% случаев) у онкологических пациентов, является группа ингибиторов рецептора EGFR (Эрлотиниб, лапатиниб, gefitinib, пани-тумумаб, цетуксимаб). Основными дерматологическими реакциями при применении данных препаратов являются: папуло-пустулезная сыпь (98–100%), сухость кожи (до 85%), паронихии (до 60%), болезненные трещины (80–90%). Исследуемую когорту составили 5 пациентов со ЗН, получающих таргетную терапию, средний возраст 56 лет. Два пациента получали цетуксимаб, одна – эрлотиниб, еще двое – бевацизумабом. Симптомы КТ возникли спустя 1–2 недели после первого приема препаратов. При применении цетуксимаба, эрлотиниба – папуло-пустулезная сыпь на туловище, конечностях, лице, со слабым зудом, болезненностью; болезненные трещины на коже дистальных фаланг пальцев кистей, сухость кожи рук.

Клинический случай. Больная К., 68 лет, с диагнозом мелкоклеточный рак легких находилась на лечении в онкологическом диспансере. Пациентка получила несколько стандартных схем химиотерапии, в связи с ухудшением состояния было принято решение перейти на препарат из группы ингибиторов тирозинкиназ (малые молекулы): селективного ингибитора рецептора EGFR – эрлотиниб, в начальной дозировке 150 мг/сут. На фоне терапии, в течение 14 дней, появилась симптомы КТ в виде распространенных папуло-пустулезных элементов на коже волосистой части головы, шеи, верхней части груди, спины, верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся зудом слабой интенсивности, болезненностью, по истечению месяца отметила появление сухости кожи туловища, конечностей, трещины, поражение ногтевых валиков на пальцах кистей, стоп. Профилактическая медикаментозная терапия кожной токсичности пациентке не была назначена, консультацию дерматовенеролога не получила. Самостоятельно использовала антисептические препараты, эмолиенты, без эффекта. Status specialis: кожный процесс распространенный, симметричный, локализуется на волосистой части головы, верхней части туловища (V-образная зона), верхних и нижних конечностях. Высыпания представлены ярко-розовыми фолликулярными папулами одинакового размера, диаметром до 0,3 см, корочками (акнеподобная сыпь), отмечается распространенный ксероз, отек ногтевых валиков, повреждение кутикулы пальцев верхних и нижних конечностей. Клиническая картина соответствует синдрому кожной токсичности: акнеподобная сыпь 3-й степени тяжести, ксероз кожи 2 степени тяжести, паронихии 1 степени тяжести (в соответствии с NCI-CTC классификацией, разработанной National Cancer Institute Common Toxicity Criteria). После консультации дерматовенерологов начата симптоматическая терапия, включавшая: антисептические препараты, топические комбинированные глюкокортикостероидные препараты, топические антибактериальные

препараты, антигистаминные препараты, системные антибактериальные препараты (доксциклина гидрохлорид), увлажняющие и смягчающие наружные средства, холодные примочки. На фоне терапии по кожному процессу, в течение 21 дня, был отмечен положительный эффект по кожному процессу, пациентка продолжила наблюдение у дерматовенеролога по месту жительства.

Выводы. Самым распространенным дерматологическим осложнением при применении ингибиторов рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) является акнеподобная сыпь (98–100%), согласно данным отечественных и зарубежных исследований. Проведение профилактической медикаментозной терапии дерматологических осложнений, согласно практическим рекомендациям по лекарственному лечению дерматологических реакций, разработанных онкологами, а также создание новых методик лечения данных осложнений будет способствовать более эффективному лечению по основному заболеванию.

ПСОРИАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН СТОП В СОЧЕТАНИИ С КОНТАМИНАЦИЕЙ УСЛОВНО- ПАТОГЕННОЙ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Петренко И.Ю., Максимова М.В., Лыткина Е.А.,
Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Маляренко Е.Н.*

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

Псориаз – хронически рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиленная пролиферация и нарушение дифференцировки клеток эпидермиса. Нередко симптомом псориаза является поражение ногтевых пластин кистей и стоп. Отмечается образование точечных вдавлений, разрыхление и деформация ногтевых пластин, ломкость свободного края, изменение окраски ногтя, онихолизис, подногтевой гиперкератоз и мелкие кровоизлияния. Возможно развитие онихопаталогии задолго до появления псориазических высыпаний на коже. Нередко при псориазе к поражению ногтевых пластин присоединяется грибковая инфекция как патогенными дерматофитами, так и условно-патогенной микрофлорой (плесневая, дрожжевая контаминация).

Под нашим наблюдением находилось 2 пациента 40 и 63 лет с диагнозом «Распространенный псориаз» L 40.0. Пациенты отмечали изменения ногтевых пластин кистей и стоп. При осмотре выявлена деформация ногтевых пластин стоп по смешанному типу, желтого оттенка, точечные углубления.

При микроскопическом исследовании на патогенные грибы мицелий грибов выявлен в первом случае, во втором – не подтвержден. По результатам бактериологического посева на грибковую инфекцию в первом случае происходит рост *Scoriarigorsis spp.*, во втором – *Aspergillus spp.* Соответственно назначено лечение системными и наружными антимикотиками.

Таким образом, в большинстве случаев при псориазическом изменении ногтевых пластин не исключается присутствие как патогенной грибковой инфекции (дерматофиты), так и условно-патогенной (плесневелой), требующих соответствующего лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕТАКИМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Петрий М.А.

*Федеральное государственное бюджетное
учреждение дополнительного профессионального
образования «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента РФ, Москва*

Введение. Псориаз – системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы, которое характеризуется повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов. Распространенность псориаза в европеоидной популяции составляет 2–3%, в Российской Федерации – 2%, при этом ежегодно регистрируется около 100 000 новых случаев заболевания. Многофакторность патогенеза псориазического заболевания определяет существование определенных коморбидных состояний при данном заболевании. Наиболее часто встречается сочетание псориаза с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, депрессией и метаболическим синдромом. Основным механизмом развития коморбидностей при псориазе – наличие системного воспаления. Наличие дополнительных хронических заболеваний и синдромов, патогенетически связанных с псориазом, оказывает выраженное негативное влияние на прогноз заболевания, характер и тяжесть течения, а также требует особого подхода к определению тактики лечения. Наиболее обоснованной в данном случае является концепция T2T (treat to target), суть которой заключается в длительном назначении высокоэффективных и безопасных средств (методов) терапии, имеющих высокий уровень доказательности в медицине. На сегодняшний день к таким методам можно отнести ГИБТ, в частности нетакимаб – оригинальное моноклональное антитело против ИЛ17А. Цель исследования – оценить эффективность применения нетакимаба у бионаивных пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом и метаболическим синдромом при неэффективности или непереносимости базисной противовоспалительной терапии (метотрексат, циклоспорин, ацитретин, фототерапия).

Материалы и методы. В исследование было включено 15 пациентов (мужчин 46,7% (7), женщин 53,3% (8), средний возраст 53,2±6,8 лет) с вульгарным псориазом и метаболическим синдромом. Среднее время между постановкой диагноза «псориаз» и включением в исследование составило 9,2±3,7 года. До терапии PASI (Psoriasis Area Severity Index) у больных псориазом с сопутствующим метаболическим синдромом составил 21,3±4,7 балла. Наличие у больных метаболического синдрома определяли на основе «Рекомендаций по ведению больных с метаболическим синдромом» Министерства здравоохранения РФ (2013) – при наличии как минимум 1 основного и 2 дополнительных критериев. Для оценки психосоциального статуса был использован индекс ДИКЖ (Дерматологический Индекс Качества Жизни), средний показатель в когорте пациентов составил – 19,6±4,3 балла. С целью определения нарушения углеводного обмена использовался индекс HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance). Средний показатель составил 3,9±0,6. Для верификации нарушений липидного обмена оценивался коэффициент

атерогенности (КА), средние значения в исследуемой группе – 5,36±1,45. Всем пациентам в качестве монотерапии был назначен нетакимаб в соответствии с инструкцией и после рекомендованного обследования.

Результаты: к 12 неделе исследования были получены следующие результаты: снижение показателей PASI на 81% (4,3±1,5, $p < 0,001$), ДИКЖ на 89% (2,1±0,3, $p < 0,001$), НОМА-IR на 26% (2,9±0,2, $p < 0,05$), КА на 29% (3,81±0,4, $p < 0,05$).

Вывод. Нетакимаб показал высокую эффективность в лечении пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом и метаболическим синдромом не только в виде положительного влияния на течение кожного процесса, но и на коррекцию сопутствующих нарушений обмена веществ.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОКТ В СОВРЕМЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Петрова Г.А., Петрова К.С., Потеекаев Н.Н., Немирова С.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

Основой морфологических исследований и диагностики в дерматологии является гистология. Однако инвазивность ограничивает использование метода даже в диагностических целях и практически полностью исключает возможность повторных и динамических наблюдений. Это приводит к тому, что потребность в морфологических исследованиях возникает гораздо чаще, чем они осуществляются, что значительно ограничивает диагностические и исследовательские возможности современной дерматологии. Составить альтернативу эксцизионной биопсии в некоторых случаях способна оптическая когерентная томография (ОКТ) – высокоразрешающий (10–20 мкм) неинвазивный метод визуализации структуры биоткани, приближающийся по информативности к гистологическому исследованию, так называемая «оптическая биопсия», использующий в качестве зондирующего излучения низкоинтенсивный свет ближнего инфракрасного диапазона, позволяющий в режиме реального времени получать прижизненное изображение вертикального среза кожи (2D ОКТ) любой локализации на глубину до 2 мм с визуализацией рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочкового и верхней части сетчатого слоев дермы, сосудов и придатков кожи. 3D-модификация ОКТ обеспечивает получение трехмерных изображений фрагмента кожи площадью 5х5 мм на глубину до 2 мм с возможностью детального изучения в реальном времени произвольного числа вертикальных, горизонтальных срезов и срезов в любых других плоскостях этого фрагмента.

Цель работы: продемонстрировать возможности практического использования ОКТ в современной дерматологии. Материалы и методы. 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) (серийное производство ООО МелСиТек, Россия).

Результаты. Продемонстрированы возможности использования 2D и 3D ОКТ для прижизненной диагностики дерматозов в случаях, не требующих идентификации клетки, в том числе предварительной дифференциальной диагностики невусов, базально-клеточного рака и меланомы, диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний полового члена, ногтевого аппарата, заболеваний волосистой кожи головы и волосяного аппарата, определения индивидуальных особенностей кожи с целью персонализации воздействий в косметологии, определения эффективности терапии и косметологических процедур, контроля уровня введения косметологических препаратов, мониторинга состояния кожи в процессе нанесения локальных средств для контроля побочных эффектов и профилактики осложнений. При использовании в диагностических целях метод продемонстрировал высокие показатели чувствительности (65–94,6%), специфичности (83–95%) и диагностической точности (76–94%).

Выводы. ОКТ является эффективным инструментом прижизненной оценки морфологического состояния кожи и может эффективно использоваться в практической дерматологии.

ВОЗМОЖНОСТИ 3D ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Петрова К.С., Немирова С.В., Потеекаев Н.Н., Петрова Г.А., Стронгин Л.Г., Карпенко А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

В развитых странах сахарным диабетом (СД) страдают 6–9,3% населения, при этом трофические нарушения в области нижних конечностей с развитием диабетической стопы и язвенных изменений с высоким риском ампутации регистрируются у 25% больных. Выявление начальных изменений кожи и сосудов на доклиническом этапе развития этих фатальных осложнений могло бы иметь с одной стороны прогностическое значение, а с другой – обеспечило бы проведение своевременной терапии на стадии обратимых расстройств.

Цель исследования: изучить возможность использования 3D ОКТ для прижизненного исследования морфологических особенностей кожи и состояния кожных сосудов у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 27 пациентов с СД 2 типа с клиническими проявлениями диабетической микроангиопатии в виде трофических язв и диабетической стопы, в возрасте от 49 до 81 года, 14 мужчин и 13 женщин. Продолжительность СД от момента верификации диагноза составила в среднем 15 лет. Группу контроля составили 12 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 62 лет, 4 мужчин и 8 женщин. Использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ – 1300-Е» (скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанный ООО «БиоМедТех» (Россия) (серийное производство – на базе ООО «МелСиТек»), снабженный

специализированным зондом для исследования наружных биотканей с 3D-моделированием оптических «срезов», со следующими техническими характеристиками: длина волны излучения – 1300 нм, мощность излучения на объекте 0,75 мВт (ниже уровня, допустимого по стандарту AMSI), пространственное разрешение – 8–20 мкм, глубина сканирования – до 2 мм, площадь сканирования 5x5 мм, время получения изображения – 20 секунд. Получали ОКТ-изображения участков кожи передней поверхности средней трети голени и тыла стопы здоровых добровольцев и у пациентов с СД. Документировали информацию и анализировали полученные изображения с помощью специальных программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer и Ratio Square Medical Image. При анализе ОКТ-изображений видимо здоровой кожи голени и тыльной поверхности стоп у больных СД в 100% изображений выявлялись признаки гиперкератоза. Во всех случаях ОКТ-исследование выявляло значительное истончение Мальпигиева слоя (клеточных слоев эпидермиса), отсутствие желез и волосяных фолликулов, что является признаком атрофических процессов в эпидермисе. Имело место значительное изменение соотношения высоты слоев, характеризующих толщину рогового слоя и клеточных слоев эпидермиса, которое на участках видимо здоровой кожи голени и стоп больных СД приобретало значение 1/2 и даже 2/1, необычное для данной локализации, что так же является признаком снижения интенсивности клеточной пролиферации. Обращало внимание ухудшение визуализации мелких сосудов дермы, в сочетании с выраженным отеком.

Выводы. Проведенное исследование позволяет рекомендовать использование 3D ОКТ для исследования морфологии кожи и ее сосудов при СД. Внедрение метода в широкую практику потребует дальнейших исследований с привлечением пациентов различных возрастных групп с разными типами СД и сопутствующей патологией.

МОЗАИЧНЫЕ И ЛИНЕЙНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Петрова К.С., Петрова Г.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

Неврологические аспекты кожных заболеваний являются очень актуальной, но малоизученной областью дерматологии. Физиологические процессы, происходящие в каждой структурной единице кожи (кератогенез, меланогенез, рост волос, функциональная активность сальных и потовых желез, синтез компонентов дермы фибробластами, липогенез, липолиз и т.д.) определяются и регулируются нейрогенными механизмами. В последнее время достаточно актуальной является проблема правильной оценки, дифференциальной диагностики и тактики ведения пациентов с линейными и мозаичными дерматозами. Сегментарные нарушения иннервации, как правило, проявляются расстройствами чувствительности, парестезиями, болевыми ощущениями, атрофическими изменениями кожи и подкожной клетчатки, а так же различными высыпаниями, характеризующиеся линейным расположением очагов, при этом элементы сыпи располагаются в зоне

иннервации конкретных нервов и могут носить как невоспалительный, так и воспалительный характер. Достаточно часто при исследовании дерматологического статуса выявляются сегментарные и надсегментарные нарушения вегетативной иннервации (признаки симпатикотонии и ваготонии). Выявление таких симптомов обуславливает необходимость консультации специалиста-невролога и согласованную тактику терапии таких пациентов, однако, этого не происходит в силу отсутствия понимания и взаимосвязи между специалистами. В то же время значительная часть унилатеральных процессов может быть связана с наличием кожного мозаицизма. При этих состояниях высыпания, как правило, располагаются по линиям Блашко и чаще всего имеют врожденный характер. Как правило, в этом случае специалисты испытывают затруднения, а иногда совершают грубые ошибки при постановке диагноза и назначении терапии (которой в большинстве случаев не требуется). Этому способствует как крайнее разнообразие клинических проявлений и вариантов расположения высыпаний и неверная интерпретация имеющихся данных, так и отсутствие информированности врачей о причинах и формах проявления мозаицизма. Таким образом, в условиях современной медицины, предполагающей междисциплинарный системный подход к диагностике и лечению заболеваний, необходима реализация возможности полноценного обследования и терапии пациентов с подозрением на линейные и мозаичные дерматозы и повышение информированности врачей различных специальностей об этих патологиях.

ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Плиева К.Т., Игнатова Е.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.

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

Современные принципы терапии при локальной склеродермии предполагают назначение различных групп лекарственных средств, а также проведение физиотерапевтического лечения. В комплексной терапии применяются антибиотики, препараты, содержащие гиалуронидазу, препараты, улучшающие микроциркуляцию, системные глюкокортикостероидные препараты, цитостатические препараты, наружные средства и др. Подход к лечению очаговой склеродермии всегда индивидуален и напрямую зависит от формы заболевания, стадии и распространенности патологического процесса, от наличия сопутствующей патологии, от возраста пациента. Однако разнообразие методов лечения в ряде случаев не приводит к должному клиническому эффекту. Перспективным направлением лечения очаговой склеродермии является физиотерапия в комплексе с лекарственными средствами. Методики ее не применяются самостоятельно, они являются дополнением к медикаментозному лечению, они направлены на снижение активности иммунных реакций, купирование воспалительного процесса, нормализацию обменных процессов в соединительной ткани, активизацию в пораженных участках кожи кровотока. Особенностью клинического течения склеродермии яв-

ляются поражения как кожных покровов, так и тканей аногенитальной области, которые могут быть изолированными или сочетанными. Наиболее часто поражение половых органов наблюдается при склероатрофическом лихене, однако по данным ряда авторов поражение половых органов возможно и при бляшечной склеродермии. При данной локализации патологического процесса, применение низкоинтенсивного лазерного излучения позволяет добиться противовоспалительного эффекта, улучшения периферического кровообращения; активации обменных и трофических процессов, метаболизма биологически активных веществ, стимуляции ряда защитных механизмов (фагоцитоз и др.). В нашей практике применяется НИЛИ красного спектра 635 нм на очаги склеродермии крайней плоти полового члена у мужчин (16 чел.), больших половых губ и слизистой оболочки малых половых губ у женщин (12 чел.), с режимом 5 раз в неделю, прибегая к контактной или бесконтактной методике, интенсивностью 5 МВт/см², с частотой 80 Г в количестве 8–12 процедур на курс. Наряду с лазеротерапией назначалось базисное медикаментозное лечение. В процессе лечения наблюдалось прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение уплотнения в очагах. Лечение переносилось хорошо, побочных явлений не отмечалось. В стадии плотного отека НИЛИ оказывало противоотечное действие (уменьшение интерстициального отека и напряжения тканей), противовоспалительное действие (уменьшение длительности фаз воспаления). При стадии индурации НИЛИ способствовало повышению скорости кровотока, образованию новых сосудистых коллатералей, увеличению поглощения тканями кислорода, активации транспорта веществ через сосудистую стенку, увеличению митотической активности клеток. По нашим наблюдениям, действие лазеротерапии (НИЛИ красного спектра) может способствовать уменьшению воспалительных явлений и плотности очагов поражения, и с успехом может быть применена в комплексном лечении больных очаговой склеродермией.

ЧИСЛЕННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НАГРЕВА КОЖИ РАЗЛИЧНЫХ ФОТОТИПОВ ДВУХВОЛНОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ

Пономарев И.В., Топчий С.Б., Ключарева С.В., Пушкарёва А.Е.

Физический институт им. П. Н. Лебедева Российской академии наук, Северо-Западный государственный медицинский университет, Москва

Лазер на парах меди (ЛПМ), генерирующий две длины волн 511 и 578 нм, одна из которых соответствует высокому поглощению меланина (511 нм зеленая), а другая – локальному максимуму поглощения оксигемоглобина (578 нм желтая), широко доказал свою безопасность и эффективность для лечения пигментных и сосудистых поражений кожи. Лечение ЛПМ с двумя длинами волн может быть более эффективным, чем лечение с одной длиной волны, потому что оно нацелено на различные дермальные уровни и различные кожные хромофоры кожи. Выраженные различия в содержании меланина у пациентов с темными фототипами кожи (от 3% до 46%) влияют на результаты лечения ЛПМ, обусловленные высокой абсорбцией меланином. На сегодня

шний день не разработаны алгоритмы выбора условий лазерного воздействия у пациентов с различными фототипами кожи Физпатрика.

Целью данного исследования была разработка компьютерной модели, демонстрирующей, как изменится эффект селективного нагрева фотоактивных хромофоров для различных фототипов кожи двухволновым излучением ЛПМ.

Материал и методы. Для моделирования мы использовали многослойную модель кожи с различным содержанием меланина. Выполнен расчет нагрева сосудистого компонента и пигмента до различных соотношений излучения ЛПМ на зеленой и желтой длинах волн для различных фототипов кожи.

Выводы. Двухволновое излучение ЛПМ, является технологией выбора для селективного лазерного воздействия. Диапазоны и значения флюенса уменьшаются для фототипов темной кожи более чем в два раза. Были определены безопасные режимы ЛПМ для винных пятен, врожденного меланоцитарного невуса, солнечного лентиги и базально-клеточного рака кожи. Изменение соотношения на зеленой и желтой длинах волн ЛПМ позволяет варьировать степень избирательного нагрева как пигмента, так и сосудистого компонента, связанного с процессами пигментации. Результаты моделирования были сопоставлены с клиническим опытом лечения ЛПМ пигментных и сосудистых поражений при различных фототипах кожи.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2013–2019 ГОДЫ

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Фриго Н.В., Корсунская И.Л., Поршина О.В., Часова Г.К.

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

Цель работы: анализ заболеваемости врожденным буллезным эпидермолизом у пациентов в городе Москве за 2013–2019 годы.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2019 год обследовано 75 пациентов, проживающих в городе Москве и состоящих на диспансерном учете в филиале ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», имеющих подтвержденный лабораторно-диагностический диагноз «Врожденный буллезный эпидермолиз». В рамках обследования, все пациенты были проконсультированы медицинским генетиком и главным внештатным специалистом дерматовенерологом и косметологом Министерства здравоохранения Российской Федерации директором ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» профессором Н.Н. Потекаевым с целью верификации диагноза.

Результаты. Из обследованных 75 пациентов с различными формами ВБЭ преобладают пациенты мужского пола – 42 человека (56%), страдающие преимущественно простой формой ВБЭ (55%). Тяжелая, дистрофическая форма ВБЭ регистрируется у 39% пациентов. За период наблюдения с 2013 по 2019 годы число пациентов – участников Программы «Целевая субсидия по обеспечению пациентов с ВБЭ

лекарственными и перевязочными средствами» увеличилось на 240%, в том числе за счет внутренней миграции из других регионов РФ (на 32%); было усыновлено 3 детей с ВБЭ. Территориально значительная часть пациентов в настоящее время проживает в юго-западном, юго-восточном и восточном административных округах Москвы (48%). При детальном изучении сведений о членах семьи пациента, было установлено, что 35 (46,7%) из 75 пациентов имеют отягощенный генетический анамнез: в 14 случаях наследственность отягощена буллезными заболеваниями кожных покровов по материнской линии, в 4 семьях наследственность отягощена по отцовской линии, 2 семьи имеют отягощенную наследственность, как по материнской, так и по отцовской линии. В четырех семьях диагноз ВБЭ прослежен в четырех поколениях, в семи семьях – в третьем поколении, в 15 семьях – во втором поколении. У 41 из 75 пациентов есть родные брат или сестра, в 11 случаев у сиблингов также установлен диагноз ВБЭ, в 25 семьях сиблинги клинически здоровы. На основании проведенных консультаций и заключений смежных врачей специалистов, у 64 (85,3%) пациентов была установлена мультиорганность поражения и множественные различные сопутствующие заболевания, приводящие к ухудшению качества жизни. Генетическое исследование ДНК на наличие мутаций в генах проводилось 18 пациентам. В настоящее время под постоянным диспансерным наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» состоит 41 несовершеннолетний ребенок и 34 пациента в возрастной группе от 18 до 53 лет. Из 41 ребенка – 24 имеют категорию ребенок-инвалид (код 084). В группе совершеннолетних пациентов 5 человек имеют инвалидность III группы (081), из них – 4 человека бессрочно; 3 пациента имеют бессрочную инвалидность II группы (082); 4 пациента являются инвалидами I группы (083), из них – 3 пациента бессрочно.

Выводы. ВБЭ представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. В связи с развитием медицинских технологий выживаемость пациентов с тяжелыми формами ВБЭ за последние 15 лет существенно увеличилась. Таким образом, при подозрении у пациента диагноза «Врожденный буллезный эпидермолиз», необходимо проведение консультации смежными врачами-специалистами, в том числе врачом-генетиком, с целью верификации клинического диагноза, определения типа и подтипа врожденного буллезного эпидермолиза, а также прогнозирования риска развития данного заболевания для каждого следующего ребенка при планировании беременности. Осведомленность врачей-дерматовенерологов на клиническом приеме о наследственном характере заболевания, о возможности совместного применения традиционных и современных методов лабораторной диагностики ВБЭ, о необходимости комплексного обследования пациента, повышает уровень своевременного выявления данного редкого генетического заболевания. Оказание качественного специализированного ухода пациентам с ВБЭ не может полностью нивелировать проявления болезни, но значимо повышает качество жизни и несколько снижает психологическое давление.

ОБ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММАХ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ, ВКЛЮЧАЯ МЕЛАНОМУ КОЖИ, ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

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

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

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи, вместе с меланомой, являются ведущей причиной заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) всех локализаций в РФ, составляя 14,4% от всей ее структуры. Отмечается многолетняя динамика роста заболеваемости ЗНО кожи и меланомой, показатели которой за период с 2008 по 2018 год увеличились соответственно на 30,6% и 43,5%. И если с 2008 года смертность от ЗНО кожи удалось снизить, то смертность от меланомы за этот период увеличилась на 11,2% из-за ее выявления на поздних стадиях. В связи с высокой злокачественностью и склонностью к быстрому метастазированию меланомы на первый план по снижению смертности от ЗНО кожи всех форм выступает раннее выявление такой патологии. Так выживаемость при меланоме на ранней стадии составляет около 98%, в то время в случае ее распространения в лимфоузлы или при метастазировании в отдаленные органы этот показатель не превышает соответственно 62% и 15%. Так как больные не обладают необходимыми знаниями и не всегда в достаточной степени мотивированы для своевременного обращения к врачу-специалисту при обнаружении признаков ЗНО кожи, основная задача по их раннему выявлению должна быть возложена на врачей первичного звена, к которым пациенты обращаются по поводу других заболеваний или для диспансеризации. При этом врачи первичного звена должны обладать необходимыми профессиональными знаниями для выявления признаков ЗНО кожи на ранних стадиях, для формирования которых необходима разработка мультидисциплинарных обучающих программ.

Материалы и методы. Разработка обучающих программ для врачей первичного звена по раннему выявлению ЗНО кожи осуществлялась на основании поручения Правительства РФ от 09.10.2019 № ТГ-П12-8669, в соответствии с которым главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ было поручено организовать соответствующую работу, а также обеспечить внесение изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусматривающих включение во 2-й этап диспансеризации осмотра врача-дерматовенеролога в случае подозрения на ЗНО кожи. При их разработке учитывались результаты реализации программы «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве», а также данные анализа деятельности кабинетов профилактики злокачественных новообразований и центра неинвазивной диагностики кожи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2019 году.

Результаты. Для врачей первичного звена разработан и размещен на Портале непрерывного медицинского и фар-

мацевтического образования интерактивный образовательный модуль «Раннее выявление злокачественных новообразований кожи в практике врача первичного звена», включающий презентации, видеоматериалы, клинические задачи и тестовые задания. Совместно с главными внештатными специалистами МЗ РФ по терапии разработаны учебно-методические пособия с алгоритмом обучения врачей широкого профиля, участвующих в скрининговых обследованиях и ранней диагностике новообразований кожи. В рамках обучения предусматривается программа тематических вебинаров для дистанционного обучения врачей первичного звена и врачей-дерматовенерологов, которые будут проводиться во всех регионах. В данных учебно-методических материалах рассматриваются принципы скринингового обследования по раннему выявлению ЗНО кожи, даны клинические характеристики часто встречающихся доброкачественных новообразований кожи, описаны признаки, указывающие на ЗНО кожи, в том числе на ранних стадиях их развития, требующие направления пациента к врачу-дерматовенерологу для обследования. Выводы. Обучающие программы обеспечивают профессиональную подготовку врачей первичного звена в части развития необходимых знаний и умений по определению признаков новообразований кожи, подозрительных на наличие злокачественного характера, а также повышения онконастороженности врачей широкой практики в целом. Внедрение уточненных схем маршрутизации пациентов при подозрении на наличие у них ЗНО кожи, предусматривающих предварительное направление пациентов к врачу-дерматовенерологу для исключения заболеваний кожи неонкологического характера, позволит снизить непрофильную нагрузку на врачей-онкологов. Эффективная реализация данных обучающих программ позволит создать условия для формирования в регионах системы раннего выявления пациентов с ЗНО кожи, включая меланому, способствуя достижению целей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ» В 2019 ГОДУ

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Захарова А.Б., Мельниченко О.О.

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

Актуальность. В рамках национального проекта «Здравоохранение» в России реализуется федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», основным результатом которого должно стать снижение смертности от злокачественных новообразований (ЗН). Организационная модель оказания медицинской помощи (МП) пациентам с новообразованиями кожи (НК) в г. Москве, разработанная и внедренная в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (Центр), включает организацию работы «Центра неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК), «Кабинетов профилактики злокачественных НК» (Кабинетов), формирование и ведение «Регистра пациентов с диагнозом «Меланоцитарный невус», организацию обследования пациентов и деструкции НК, маршрутизацию паци-

ентов с подозрением на ЗН кожи (ЗНК). Сеть Кабинетов, осуществляющих первичный прием пациентов с НК, охватывает 16 филиалов Центра. В целях сокращения сроков ожидания специализированной МП по профилю «онкология», в декабре 2019 г. был заключен договор о сотрудничестве Центра и ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 ДЗМ» (ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ»), включающий направление пациентов с подозрением на ЗНК непосредственно на консультацию врача-онколога, в т.ч. с пометкой «cito!». В рамках реализации поручения МЗ РФ главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии, организованная работа по обучению врачей-терапевтов осмотру кожных покровов в целях выявления ЗНК: разработаны и размещены на Портале НМО электронные материалы, разработан интерактивный образовательный модуль, учебно-методические рекомендации для врачей-терапевтов, клинические рекомендации для врачей-дерматовенерологов. На сайте Центра размещены тематические материалы по раннему выявлению ЗНК. Материалы и методы. Проанализированы данные отчетных форм Центра «Отчет кабинета профилактики ЗНК», «Отчет о работе ЦНДК» за период с 01.01.2019 по 31.12.2019, а также сведения о пациентах, направленных в ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ».

Результаты. За указанный период времени в Кабинеты обратились 104 256 пациентов с НК, в т.ч. с диагнозом себорейный кератоз – 27 920 чел. (26,8% от общего числа обратившихся), акрохордон – 22 330 (21,4%), меланоцитарный невус – 22 189 (21,3%), дерматофиброма – 9 211 (8,8%), гемангиома – 3 453 (3,3%), атерома – 2 850 (2,7%), актинический кератоз – 1 182 (1,1%), кожный рог – 610 (0,6%), невус папилломатозный врожденный – 360 чел. (0,3%), кератоакантома – 81 (0,1%), и рядом других нозологий. Число пациентов, направленных в ЦНДК в связи с подозрением на ЗНК, составило 5875 чел. (5,6% от общего числа обратившихся). Все они были обследованы с использованием неинвазивных методов диагностики (дерматоскопия и видеодерматоскопия, фотокартирование кожных покровов с составлением карты и «паспорта кожи», высокочастотное УЗИ); 75 пациентов проконсультированы в ЦНДК с использованием телемедицинских технологий, остальные – при личном обращении. За указанный период времени врачами ЦНДК были выявлены 2563 (2,5%) случая подозрения на ЗНК: у 2044 пациентов (2,0%) – подозрение на базальноклеточный рак, у 408 (0,4%) – на меланому, у 107 (0,1%) – на плоскоклеточный рак, у 4 (0,004%) – на болезнь Педжета. Данные пациенты были направлены к терапевту для проведения консультации врачом-онкологом. За период реализации договора о сотрудничестве с ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ» в декабре 2019 г. 18 пациентов с подозрением на ЗНК направлены на консультацию врача-онколога, в т.ч. 10 – с пометкой «cito!» в связи с подозрением на меланому. В 42691 случае (40,9% обращений) врачами-дерматовенерологами Кабинетов была проведена деструкция НК, в т.ч. с использованием методов криодеструкции (5941 случаев), хирургического иссечения (1763), электрокоагуляции (4114), лазерных технологий (3127), радиохимирии (27746).

Заключение. Онкологические заболевания становятся все более распространенными не только в нашей стране, но и в мире. Вместе с тем, благодаря развитию медицинских технологий растет выживаемость пациентов с ЗН. Крайне важной задачей современного здравоохранения является раннее выявление ЗН. Договор о сотрудничестве Центра и ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ», заключенный в 2019 г., позволяет сократить сроки ожидания специализированной МП по профилю «онкология» при наличии подозрения на ЗНК, что способствует увеличению выживаемости пациентов с ЗН. Организационная модель оказания МП пациентам с НК, разработанная и внедренная в Центре, позволяет реа-

лизовать мероприятия, направленные на совершенствование оказания специализированной МП, раннее выявление и улучшение прогноза жизни пациентов с ЗНК.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ У ПАЦИЕНТКИ С ДЕРМАТОФИБРОСАРКОМОЙ

Потекаев Н.Н., Миченко А.В., Вахитова И.И., Титов К.С., Сынкova Д.А., Негашева Е.С., Янукия А.С.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Первое сообщение о первично множественной меланоме (ПММ) относится к 1952 году, в котором среди 1250 случаев меланомы 16 пациентов (1,3%) имели первично множественную опухоль. По последним данным доля первично множественной меланомы в общей структуре заболеваемости этой опухолью составляет 8%. Согласно проведенным исследованиям большая часть ПММ были *in situ* (67,3%), а меньшая инвазивными (32,7%), причем 11,5% из них формировались на фоне ранее существовавшего невуса, а 88,5% развивались *de novo*. Средняя продолжительность между появлением первой и последующей меланомами составляла 2,8 года. В литературе также описаны случаи сочетания меланомы и базально-клеточной карциномы, меланомы и плоскоклеточного рака кожи, и лишь единичные случаи коморбидности меланомы и дерматофибросаркомы. Представляем пациентку, 46 лет, обратившуюся в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ в 2019 г. с жалобами на новообразование на коже спины, периодически кровоточащее, обнаруженное хирургом, к которому пациентка обратилась для лечения миомы матки. Семейный анамнез по злокачественным новообразованиям кожи не отягощен. Среди сопутствующих заболеваний следует отметить миому матки, хроническую экзему в стадии ремиссии. Имеются факторы высокого риска развития меланомы кожи (множественные меланоцитарные новообразования кожи – более 200, многочисленные солнечные ожоги в анамнезе). При осмотре на коже поясничной области определяется овальная бляшка до 2,5 см в диаметре, серо-коричневого цвета с белесоватыми участками, по правому краю которой имеется розовый мелкобугристый узел с серозно-геморрагическими корками на поверхности. При дерматоскопии визуализируются серые глобулы и точки, молочно-красная вуаль, полиморфные сосуды, эрозии. Кроме того, на коже в области переднего края правой подмышечной ямки и верхнего латерального квадранта правой молочной железы имеется шаровидный узел розового цвета на зауженном основании, возникший в 2015 году и постепенно увеличившийся до 6 см в диаметре, плотноэластической консистенции, с гладкой блестящей поверхностью. При дерматоскопии в иммерсионном режиме видны множественные очень тонкие четкие слабо ветвящиеся сосуды на розовом фоне, в поляризованном режиме появляются множественные скопления белых параллельных друг другу полос. На коже туловища, верхних и нижних конечностей имеются множественные пятна коричневого цвета, с четкими границами, размерами до 0,6 см в диаметре. Многие элементы имеют неравномерную окраску, несколько неправильные очертания. Пациентка направлена к онкологу, проведено хирургическое иссечение подозрительных новообразований в Онкохирургическом отделении опухолей кожи и мягких тканей ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ. По результатам гистологического исследования, установлены диагнозы: 1) Меланома поясничной области (поверхностно распространяющаяся пигментная форма) pT2aN0M0, I B стадия;

2) Меланома *in situ* кожи правой молочной железы pTisN0M0, 0 стадия; 3) Веретенноклеточная опухоль правой молочной железы с низким потенциалом злокачественности. Дерматофибросаркома?; 4) Диспластические меланоцитарные невусы кожи правой молочной железы снизу, левой молочной железы, живота сверху и снизу, в области спины; 5) Простое лентиго кожи левого плеча. Для уточнения диагноза образования в области правой молочной железы было проведено иммуногистохимическое исследование: опухолевые клетки демонстрируют выраженную диффузную экспрессию CD34, слабую диффузную экспрессию гладкомышечного актина, отсутствие экспрессии пан-цитокератина, эпителиального мембранного антигена, десмина.

Заключение. Иммунофенотип дерматофибросаркомы правой молочной железы G1. По результатам обследования установлен диагноз: Дерматофибросаркома мягких тканей правой молочной железы pT1aN0M0G1.

Выводы. Необходимо отметить уникальность представленного клинического случая, так как в мировой литературе до настоящего времени были описаны лишь единичные случаи сочетания дерматофибросаркомы и меланомы. Настоящее наблюдение является первым описанием сочетания первично множественной меланомы кожи и дерматофибросаркомы.

ВОЗМОЖНОСТИ АНАЛИЗА ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

Потекаев Н.Н., Петунина В.В.

Кафедра кожных болезней и косметологии Факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Витилиго – это заболевание, которое представляет собой острую социальную проблему. Качество жизни таких пациентов, особенно с локализацией очагов на видимых участках кожи или при распространенном процессе, значительно снижено. Очень большой промежуток времени мы не имели эффективных способов терапии данной нозологии, что было связано с недостатком знаний об этиологии и патогенезе. В связи с чем среди пациентов и докторов смежных специальностей бытует мнение о полном бессилии медицины в этой сфере. Поэтому пациенты с витилиго часто не обращаются на прием. Последние годы в зарубежной литературе описан опыт успешного применения неселективных блокаторов янус-киназ при витилиго, но статистически достоверных данных с отдаленными результатами пока нет. Также есть данные об успешном применении CO₂ лазера в сочетанной терапии. В РФ также нет достоверной статистики распространенности данной нозологии, «маршрутах» таких пациентов т.к. часто они наблюдаются у эндокринологов, ревматологов, гинекологов по поводу основной патологии. Редко нам доступна динамика кожного процесса на фоне терапии по основному заболеванию.

В своей работе мы ставим задачу провести анализ распространенности данного заболевания, изучить маршрут данных пациентов и проанализировать мотивацию к обращению к специалисту того или иного профиля. Оценить приверженность докторов в выборе конкретного метода терапии и рекомендаций таким пациентам. Внедрить но-

вые технологии класса телемедицины с возможностью объективизации оценки динамики прогресса и регресса очагов депигментации. Создать самую обширную базу данных пациентов на территории РФ и внедрить новые методы и класс препаратов для терапии данной нозологии.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ НЕЙРОСЕТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИГМЕНТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Потекаев Н.Н., Разнатовский К.И., Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С., Татанов О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер №1», Санкт-Петербург; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер», Липецк; Национальный исследовательский Университет информационных технологий, механики и оптики (ИТМО), Санкт-Петербург, Санкт-Петербург

Цель: разработать технологию машинного обучения для автоматизированной оценки структур меланоцитарных новообразований.

Материал и методы. Для решения задачи классификации структур меланоцитарных новообразований (асимметрия, атипичная пигментная сеть, бело-голубая вуаль) по их дерматоскопическим изображениям была использована глубокая сверточная сеть RusNet-18. Сверточная нейронная сеть – нейронная сеть, в которой присутствует слой свертки (convolutional layer). В глубоких сверточных сетях также используются дополнительные слои: слои дискретизации (pooling layer) и полносвязные слои (fully connected layer). Был выполнен сбор и разметка дерматоскопических изображений меланоцитарных новообразований, в котором присутствовали три структуры: асимметрия, атипичная сеть и бело-голубая вуаль. Всего было проанализировано 714 изображений. На основе собранных данных была обучена сверточная нейронная сеть, которая предсказывала присутствие каждого из упомянутых ранее признаков. Сравнивались результаты, полученные без предварительной обработки изображений и результаты после сегментации, которая позволяла выделить зону картинки, где находилась значимая часть поражения кожи. Для оценки результатов использовалось понятие диагностической точности, представляющей собой отношение истинноположительных результатов к сумме истинноположительных, ложноотрицательных и ложноположительных результатов.

Результаты. Без предварительной обработки изображений точность нейросети для диагностики бело-голубой вуали составила 88,7%, для атипичной пигментной сети – 71,4%, для асимметрии – 67%. После сегментации изображения с выделением области локализации новообразования точность нейросети для диагностики бело-голубой вуали практически не изменилась и составила 88,6%, для атипичной пигментной сети возросла до 73%, для асимметрии осталась неизменной – 67%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о хоро-

ших перспективах создания автоматизированных систем диагностики меланоцитарных новообразований на основе нейронных сетей. Улучшенная модель использует сегментационную маску для того, чтобы понимать, где именно находится значимая часть поражения кожи и демонстрирует лучшие результаты.

РАЗРАБОТКА И ОПРОБАЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ДЕРМАТОГИСТОПАТОЛОГИИ

Раводин Р.А., Разнатовский К.И., Якушенко С.С., Гусаров М.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная кожно-венерологический диспансер», Липецк; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер №1», Санкт-Петербург

Цель: разработать систему дистанционного обучения в дерматогистопатологии. Ъ

Материал и методы. С помощью различных модификаций микроскопов Leica (Leica DM 6000M, Leica DM 4000B) нами был создан банк эталонных изображений гистологических симптомов дерматовенерологических заболеваний, всего около 3 тысяч фотографий. Для описания гистологических симптомов заболеваний была использована классификация, разработанная профессором Барбиновым В.В. (1998), основанная на фреймовом подходе. В данной классификации фреймом 1 порядка выступал соответствующий анатомический отдел (эпидермис, дерма, придатки кожи, гиподерма), фреймом 2 порядка – структуры выбранного отдела (для эпидермиса – роговой, зернистый, шиповатый, базальный слои и базальная мембрана), фреймом 3 порядка – архитектуральные (изменяющие анатомические структуры отделов кожи) или клеточные симптомы, фреймы 4 порядка описывали особенности архитектуральных или клеточных симптомов. На основе представленной классификации и собранного регистра фотографий был разработан уровень обучения «Гистологические симптомы» в составе модуля «Школа врача» системы Логодерм, которая формировала информационные панели о всей совокупности гистологических симптомов, встречающихся в коже и ее придатках. В качестве второго этапа подготовки мы разработали уровень «Гистологические модели», в основе которого использована классификация, разработанная Askerman A.B. (1978), в соответствии с которой выделяют 9 основных гистологических моделей воспалительных дерматозов: 1) поверхностный периваскулярный дерматит, 2) поверхностный и глубокий периваскулярный дерматит, 3) васкулит, 4) плотноочаговый и диффузный дерматит, 5) интраэпидермальный и субкорнеальный везикулярный, акантолитический и пустулезный дерматит, 6) субэпидермальный везикулярно-буллезный дерматит, 7) фолликулит и перифолликулит, 8) фиброзирующий и склерозирующий дерматит, 9) панникулит. Каждая модель содержала описание и была проиллюстрирована фотографиями гистологических симптомов. Оценку эффективности обучения с использованием данного уровня модуля «Школы врача» проводили с участием 16 ординаторов 2-го года подготовки кафедры дерматове-

нерологии СЗГМУ им И.И. Мечникова (Санкт-Петербург). Опытную группу составили 10 врачей-ординаторов, которые получили доступ в систему и смогли пройти курс дистанционного обучения наряду с традиционными формами подготовки (практические занятия, семинары, лекции). Другие 6 человек составили контрольную группу и прошли подготовку с использованием традиционных форм и средств обучения (практические занятия, учебники, монографии, лекции). Перед началом и по окончании обучения посредством тестирования (100 вопросов по 10 баллов за каждый правильный ответ) мы определяли исходный и конечный уровень знаний врачей-ординаторов из обеих групп. Результаты. Результаты определения у обучаемых обеих групп исходного уровня знаний показали, что они не способны распознавать гистологические симптомы на удовлетворительную оценку. Результаты определения уровня полученных знаний по окончании обучения в опытной группе продемонстрировали, что все обучаемые смогли получить удовлетворительную оценку и сформировать навыки распознавания гистологических симптомов и гистологических моделей, в то время как в контрольной группе оценка была неудовлетворительной. Выводы. Результаты обучения с использованием разработанного уровня «Гистологические симптомы» в составе модуля «Школа врача» системы Логодерм продемонстрировали превосходство над традиционным образовательным подходом к изучению дерматогистопатологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИКСЕКИЗУМАБА В СРАВНЕНИИ С АДАЛИМУМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ ПСОРИАЗЕ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: 24-НЕДЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Райх К. (Reich K),¹ Гудерхем М. (Gooderham M),² Кристенсен Л.Э. (Kristensen LE),³ Ридл Э. (Riedl E),^{4,5} Лю Лиг С. (Liu Leige S),⁴ Сапин К. (Sapin C),⁴ Ли Л. (Li L),⁴ де Влам К. (de Vlam K),⁶ RussianExperts⁷

¹Медицинский научно-исследовательский институт в области дерматологии и сестринского дела, Университетский медицинский центр Гамбург-Эппендорф, Центр по изучению воспаления кожи «Скинфламейшн»® (Skinflammati on®), Гамбург, Дерматологический, Берлин, Германия; ²Кожа Дерматологический центр «СкиН» (SkiN), Питерборо, Онтарио, Канада; ³Институт Паркера, Университет Лунда, Копенгаген, Дания; ⁴«Эли Лилли энд Компани» (Eli Lilly and Company), Индианаполис, США; ⁵Факультет дерматологии, Венский медицинский университет, Вена, Австрия; ⁶Кафедра ревматологии, Университет Лёвена, Лёвен, Бельгия; ⁷Московский клинический и научно-исследовательский центр дерматологии и косметологии, Москва, Россия

Введение. Псориатический артрит (ПА) – хроническое воспалительное заболевание, обычно связанное с бляшечным псориазом (БП). Иксекизумаб (IXE), селективный ингибитор интерлейкина-17А, одобрен для лечения взрослых с БП от умеренной до тяжелой степени, а также с активным ПА. Однако сравнение IXE с другими биологическими пре-

паратами, изменяющими течение ревматоидного артрита (DMARD), у пациентов с ПА при БП от умеренной до тяжелой степени пока не проводилось. В данном анализе оценивалась эффективность IXE по сравнению с адалимумабом (ADA) у таких пациентов путем оценки 24-недельных результатов по эффективности из исследования SPIRIT-H2H.

Материалы и методы. SPIRIT-H2H (NCT03151551) – 52-недельное, многоцентровое, рандомизированное открытое исследование в параллельных группах, с маскированием метода лечения, посвященное оценке эффективности и безопасности IXE по сравнению с ADA у взрослых с ПА, ранее не получавших лечение биологическим DMARD. На момент рандомизации требовалось наличие у пациентов активного БП, определяемого как поражение > 3% площади поверхности тела (ППТ). Рандомизация стратифицирована по сочетанному применению традиционного системного DMARD и наличию или отсутствию БП от умеренной до тяжелой степени. Пациенты (N = 566) были рандомизированы для получения IXE или ADA, в зависимости от тяжести БП. Пациенты с БП от умеренной до тяжелой степени (оценка по индексу распространенности и тяжести псориаза [PASI] > 12, статическая общая оценка врачом > 3 и поражение ППТ > 10%) получали IXE в дозе 160 мг в неделю 0, затем 80 мг один раз каждые 2 недели до недели 12 и затем один раз каждые 4 недели (к. 2 нед./к. 4 нед.) или ADA в дозе 80 мг в неделю 0, затем 40 мг в неделю 1 и после этого один раз каждые 2 недели. В этом предварительно заданном анализе по подгруппам сравнивали 24-недельные результаты по эффективности IXE и ADA у пациентов с БП от умеренной до тяжелой степени с использованием точного критерия Фишера. Отсутствующие данные замещались с использованием метода подстановки данных при отсутствии ответа. Первичной конечной точкой эффективности была доля пациентов, к 24-й неделе одновременно достигших более чем 50% улучшения по сравнению с исходным уровнем, по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR50), по сравнению с исходным уровнем, и 100% улучшения по индексу распространенности и тяжести псориаза (PASI100) по сравнению с исходным уровнем.

Результаты. В начале исследования у 49 из 283 пациентов, получавших IXE, и у 51 из 283 пациентов, получавших ADA, наблюдался сопутствующий БП от умеренной до тяжелой степени. Из них первичной конечной точки достигли 40,8% (20/49), получавших IXE, и 17,6% (9/51), получавших ADA (p = 0,015). Доля пациентов, достигших ACR50 или ACR70, была численно, но не статистически, выше для IXE, чем для ADA (59,2% по сравнению с 54,9% и 42,9% по сравнению с 33,3% соответственно). PASI90 или PASI100 был достигнут у значительно более высокого процента пациентов с IXE по сравнению с ADA (83,7% по сравнению с 58,8%, p = 0,008 [PASI90]; 59,2% по сравнению с 27,5%, p = 0,002 [PASI100]). Оба препарата хорошо переносились, без каких-либо непредвиденных сигналов безопасности.

Заключение. У пациентов с активным ПА и БП от умеренной до тяжелой степени на 24 неделе одновременно ACR50 и PASI100 были достигнуты более высокой долей пациентов, получавших IXE, по сравнению с пациентами, получавшими ADA. Схема применения IXE (к. 2 нед./к. 4 нед.) обеспечивала эффективный контроль заболевания у пациентов с активным ПА и БП от умеренной до тяжелой степени, подтверждая одобренные показания к применению данного препарата.

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ АКРОДЕРМАТИТ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ромашкина А.С.

ООО «Медицинский центр АВРОМЕД», Москва

Хронический атрофический акродерматит (ХААД) – поражение кожи при поздней диссеминированной стадии болезни Лайма. ХААД протекает в виде классической (характеризуется поражением конечностей с виде атрофии и истончения кожи по типу «пергаментной бумаги»), склеродермоподобной (представлен уплотнением кожи) форм и фиброзных узлов. К сожалению, за классическую и склеродермоподобную форму часто принимают локализованную склеродермию, что приводит к отсутствию патогенетически обоснованного лечения.

Цель: разработать критерии дифференциальной диагностики ХААД и очаговой склеродермии с целью назначения лечения и определения тактики ведения пациентов. Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 280 пациентов с диагнозом очаговая склеродермия в возрасте от 28 до 72 лет. Всем пациентам проведено обследование для исключения системности процесса, а также анализ на выявление антител к *Borrelia burgdorferi* методом ИФА и иммуночипа. Разработаны анкеты для опроса пациентов, учитывающие особенности клинической картины, наличия укуса клеща и мигрирующей эритемы в анамнезе, сопутствующей неврологической, кардиологической, ревматологической патологии. Результаты. Среди 280 обследованных больных у 34 пациентов были выявлены антитела к *Borrelia burgdorferi*, из них у 8 пациентов выявлен ХААД. У 26 пациентов с локализованной склеродермией, серопозитивных по антителам к боррелиям, укус клеща был отмечен в 40% случаев, а также выявлены астеноневротический синдром, поражение нервной системы и суставов. У пациентов с ХААД процесс протекал более активно, чем у пациентов с ограниченной склеродермией (как группы серопозитивных, так и серонегативных), выявлены высокие титры антител в ИФА и иммуночипе, отмечалось наличие выраженной неврологической патологии. Клиническая картина отличается обширными очагами поражения, находящимися на разных стадиях развития. При выявлении серопозитивности по антителам к *Borrelia burgdorferi* назначена терапия по поводу боррелиоза, лечение и наблюдение совместно с неврологами, инфекционистами и ревматологами.

Выводы. Разработаны критерии дифференциальной диагностики больных очаговой склеродермией и ХААД, которые позволяют на ранних стадиях заподозрить наличие у пациентов боррелиозной инфекции.

ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИЙ ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Саранюк Р.В.

ООО «Центр медицинской диагностики «Томограф», Курск

Введение. На сегодняшний день проблема дерматологических расстройств, ассоциированных или индуцированных психическими нарушениями, становится все более актуальной. По данным отечественных и зарубежных авторов, как минимум, у 1/3 пациентов дерматологического профиля отмечаются психические расстройства, требующие спе-

циализированной медицинской помощи. В структуре психодерматологических расстройств особой является группа аутодеструктивных дерматозов, являющаяся одним из проявлений тактильного галлюциноза. Ярким представителем группы аутодеструктивных дерматозов является дерматозойный бред – бред одержимости (пораженности) паразитами кожи, не только затрудняющий постановку дерматологического, но и психиатрического диагноза, что в отсутствие адекватного лечения и наблюдения приводит к нарастающей социальной дезадаптации пациентов.

Клинический случай. Пациентка, Л., 86 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на интенсивный зуд кожи туловища и конечностей, чувство «движения под кожей». Из анамнеза: в период с 1999 по 2017 годы обращалась к дерматологу по месту жительства с настоящими жалобами и установлением следующих диагнозов: аллергический дерматит, чесотка, дерматит кистей, зуд неуточненный с назначением эмульсии бензилбензоата, наружных препаратов с содержанием мочевины, топических глюкокортикостероидов, витамина А, системных антигистаминных препаратов. В ходе лечения отмечалось отсутствие положительной динамики и сохранение зуда кожи. С 1997 г. находится на диспансерном учете у психиатра с диагнозом: органическая эмоциональная лабильность. Психиатра пациентка посещала редко, не считая себя больной. Из анамнеза жизни: наследственность по психическим и дерматологическим заболеваниям не отягощена. Родила и развивалась соответственно возрасту. После окончания 4 классов работала в колхозе дояркой. Операции, гемотрансфузии, хронические интоксикации отрицает. Аллергоанамнез спокоен. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, острые респираторные вирусные инфекции 1–2 раза в год. ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. Из акушерско-гинекологического анамнеза: две беременности, закончившиеся физиологическими родами. 05.18 при очередном посещении дерматолога пациентка отмечала резкое ухудшение состояния с усилением интенсивности зуда кожи и чувства «ползания личинок и червячков» под кожей. Локальный статус: на коже туловища, верхних и нижних конечностей отмечаются множественные сливные очаги поствоспалительной гиперпигментации, множественные сгруппированные язвенные дефекты кожи различного размера округлой формы, lividно-красного цвета и единичные линейно расположенные гипертрофические рубцы. Диагноз: L29.9 Зуд неуточненный. Дерматозойный бред? Рекомендована консультация психиатра. Психический статус (05.18): в сознании, ориентирована всесторонне верно. Внешний вид достаточно опрятен. Продуктивному контакту доступна, на вопросы врача отвечает в плане заданного, после паузы. Речь несколько замедлена по темпу. Фон настроения снижен. Сообщает что чувствует, как «под кожей что-то движется». Высказывает идеи «заражения паразитами». Мышление замедленно по темпу. Память снижена на текущие события. Внимание трудно переключаемое. Критика к своему состоянию снижена. Диагноз: F06.0 Органический галлюциноз, дерматозойный бред. Пациентке было рекомендовано лечение в условиях психиатрического стационара. После проведения стационарного лечения (Галоперидол по 10 мг/сутки; Зуклопентиксол по 10 мг/сутки; Тригексифенидил 4мг/сутки; амитриптилин 25 мг/сутки) пациентка отмечала улучшение состояния с исчезновением зуда. Появление новых аутодеструктивных элементов на коже не отмечалось.

Заключение. Описанный клинический случай еще раз подчеркивает сложность диагностики психодерматологических расстройств. В условиях рутинного приема у практикующего врача могут возникнуть трудности при постановке верного диагноза даже при выраженных дерматологических и психи-

атрических проявлениях, что еще раз подчеркивает важность междисциплинарного подхода в ведении таких пациентов.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗМЕНЕНИЯМИ НОГТЕЙ

Свечникова Е.В., Мерзликina Н.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Цель: проанализировать структуру заболеваемости пациентов, обратившихся на прием по поводу изменений ногтевых пластин за период 2017–2019 гг. в отделение дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ; оценить характер поражения ногтевых пластин. Методы и материалы. Проведен сравнительный ретроспективный анализ среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2017–2019 годы, обратившихся по поводу изменения ногтевых пластин. Оценивались следующие данные: количество пациентов за отчетный период, характер поражения (микотическое или неинфекционное, среди пациентов с дистрофическими изменениями учитывались данные о псориазе), и процентное соотношение изменений среди проанализированного числа пациентов. Результаты. За анализируемый период времени с января 2017 по декабрь 2019 гг. в ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ обратился 2791 пациент с жалобами на изменение ногтей. У каждого пациента было проведено микологическое исследование (микроскопическое и культуральное), которое показало, что среди них 36% (n=1013) страдают онихомикозом и рекомендовала терапия антимикотиками. Неинфекционные изменения наблюдались у 67% (n=1778). Особое внимание обращено на пациентов с псориазом в анамнезе, среди которых 42 человека с диагнозом псориазическая ониходистрофия, что составило 2,3% от числа пациентов с ониходистрофиями немикотической природы и 1,5% от всех обращений с изменениями ногтей. Выводы. По результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москва за 2017–2019 годы можно сделать выводы о том, что большая часть изменений не связана с инфекционной патологией. Псориазическая ониходистрофия может являться предиктором поражения суставов при псориазе, поэтому данные пациенты требуют дообследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛИВНОГО РЕТИКУЛЯРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГУЖЕРО–КАРТО

Сидоренко Е.Е., Старостенко В.В., Сидоренко О.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Сливной ретикулярный папилломатоз Гужеро–Карто – редкое хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся появлением гиперкератотических гиперпигментированных папул и бляшек преимущественно в области груди, верхней части спины, подмышечных впадин. Встречается в основном у лиц молодого возраста. Звенья патогенеза дер-

матоза включают эндокринные нарушения, в частности, инсулинорезистентность, нарушения кератинизации – мутация с потерей функции кератина 16, вариант амилоидоза, повышенная реактивность кожи к грибу *Malassezia furfur* или бактериальным агентам. Дифференциальная диагностика проводится с черным акантозом, разноцветным лишаем, синдромом Даулинга–Дега, болезнью Галли–Галли. Имеет хороший ответ на терапию, но часто возникают обострения после прекращения лечения.

Цель: продемонстрировать клиническое наблюдение редкого дерматоза.

Материалы и методы. Пациент Д. 2002 г.р. обратился с жалобами на высыпания в области груди и спины, сопровождающиеся незначительным зудом. Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил появление пятен светло коричневого цвета на теле. Обратился к дерматологу по месту жительства, был поставлен диагноз разноцветный лишай и назначено лечение индоксил гелем. После проведенного лечения улучшения не наступило. Со временем появились папулы, инфильтрация кожи усилилась, у пациента появились жалобы на незначительный зуд. Обратился на кафедру кожных и венерических болезней Ростовского государственного медицинского университета для верификации диагноза. Кроме этого, пациент в течение 4 лет страдает акне (папуло-пустулезная форма, тяжелое течение), лечился наружно топическими антибиотиками и азелаиновой кислотой без результата и обратился для подбора терапии. Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Детские инфекции: ветрянка. Перенесенные инфекционные заболевания: дизентерия. Хронические заболевания: экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени, юношеская гинекомастия. Травмы: перелом правой плечевой кости в 2009 году. Операции: вскрытие абсцесса левого плеча в 2012 году. Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на шоколад. Локальный статус: патологический процесс локализуется на коже груди и спины, представлен гиперпигментированными папулами с шелушением, диаметром 1–2 см, сливающимися в бляшки, безболезненными при пальпации. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Биохимический анализ крови: АЛТ (аланинаминотрансфераза) – 28,4 МЕ/л; АСТ (аспартатаминотрансфераза) – 18,3 МЕ/л; общий белок – 80,5 г/л; мочевая кислота – 520 мкмоль/л; триглицериды – 1,14 ммоль/л; холестерин общий – 4,8 ммоль/л; ЛПВП – 1,01 ммоль/л; ЛПОНП – 0,52 ммоль/л; коэффициент атерогенности – 3,8; гликированный гемоглобин A1c – 5,5 %; ферритин – 56,9 мкг/л. Исследование гормонов: тиреотропный гормон (ТТГ) – 0,82 мкМЕ/мл; тироксин (Т4) свободный – 12,93 пмоль/л; антитела к микросомальной тиреопероксидазе – 0,51 МЕ/мл; тестостерон общий – 17,5 нмоль/л; инсулин – 18,3 мкМЕ/мл; пролактин – 294 мМЕ/л; С-пептид – 3,1 нг/мл. Ультразвуковое исследование щитовидной железы: признаки умеренных диффузных изменений щитовидной железы, двусторонней лимфаденопатии подчелюстных лимфоузлов. Консультация эндокринолога: рекомендовано соблюдение диеты с ограничением углеводов, жиров, контроль глюкозы крови, пролактина, С-пептида в динамике. Результаты. С целью верификации диагноза была проведена панч-биопсия кожи. Заключение: сетчатый гиперкератоз. Папилломатоз. Умеренно выраженный акантоз. Участки вакуольной дистрофии клеток шиповатого слоя. Местами повышено содержание меланина в базальных клетках эпидермиса. В верхних отделах дермы поверхностные сосуды расширены. Скудные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты. В роговом слое элементы

дрожжеподобного гриба (*Malassezia*). На основании гистологического исследования был поставлен диагноз сливной ретикулярный папилломатоз Гужеро–Карто. Проведено лечение: Кетоконазол 200 мг 2 таблетки в сутки в течение 14 дней, наружно крем Травокорт 2 раза в день, шампунь Микозорал. Дополнительно по поводу акне назначен Сотрет 20 мг 1 капсула 1 раз в день вечером. В процессе лечения был достигнут значительный регресс высыпаний. Обсуждение. Данный клинический случай демонстрирует важность использования дополнительных методов диагностики для постановки точного диагноза и выявления редких дерматозов, которые могут имитировать другие заболевания.

ВЛИЯНИЕ КОЛОНИЗАЦИИ КОЖИ ГРИБАМИ РОДА *MALASSEZIA* НА ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СКАЛЬПА ПРИ ПСОРИАЗЕ

Смолина О.А., Корнищева В.Г., Богданова Т.В., Алексеев А.Ю.

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

Введение. Поражение кожи волосистой части головы встречается у 70–83% больных псориазом и часто является первичной локализацией дерматоза, значительно снижающего качество жизни больных (Gomes-Movano E et al, 2014). Кожа скальпа уникальна благодаря плотности роста волосяных фолликулов и высокой скорости выработки кожного сала, что делает ее восприимчивой к поверхностным микозам, бактериальным заболеваниям, паразитарному заражению и воспалительным состояниям. Шелушение, зуд, алопеция и воспаление являются общими симптомами заболеваний кожи головы. Поскольку грибы рода *Malassezia* spp. питаются липидами, они чаще всего встречаются у пациентов на коже волосистой части головы, имеющих высокий уровень секреции сальных желез. Роль дрожжей *Malassezia* при псориазе кожи волосистой части головы до сих пор не определена.

Цель исследования. Изучение влияния колонизации кожи грибами рода *Malassezia* на тяжесть поражения скальпа при псориазе.

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст 45 лет) с диагнозом вульгарный псориаз с поражением кожи волосистой части головы (31 мужчина и 61 женщина). Тяжесть поражения скальпа оценивали с помощью индекса PSSI (Psoriasis Severity Scalp Index). Для выявления *Malassezia* spp. исследование кожных чешуек с псориазических высыпаний проводили с помощью световой микроскопии в растворе КОН и люминесцентной микроскопии с использованием калькофлюора белого. Для культурального исследования кожные чешуйки засеивали на агаризованную среду Лиминга–Нотмана. С помощью программы Trichoscience и камеры Aramo-SG (Корея) проводили трихометрию в зоне псориазических высыпаний на затылочной области скальпа. Измеряли плотность роста волос на см² и среднюю толщину волос.

Результаты. После микроскопического и культурального исследований патологического материала пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 36 (39,1%) больных, у которых выявлены грибы *Malassezia*, как микроскопическим методом, так и при культуральном исследовании кожных чешуек. Во вторую группу входили 56 (60,9%) пациентов, у которых в патологическом ма-

териале грибы не были обнаружены. Тяжесть поражения скальпа (индекс PSSI) у больных первой группы составила 50,58±1,51 баллов. Среднее количество роста волос на см² в области псориазических высыпаний затылочной области скальпа составило 185,94±5,59, диаметр волос в изучаемой области в среднем был равен 0,08±0,01 мм. Индекс PSSI пациентов второй группы, у которых грибы не обнаружены, был 19,09±1,41 баллов, что достоверно меньше тяжести поражения кожи волосистой части головы больных первой группы ($p<0,05$). Среднее количество роста волос на см² в области псориазических высыпаний затылочной области скальпа у больных второй группы было 215,88±3,37, что недостоверно больше этого показателя больных первой группы ($p>0,05$). Средняя толщина волос в области псориазических высыпаний затылочной области скальпа у больных второй группы была такой же, как и у пациентов первой группы (0,08±0,004 мм, $p>0,05$). Выводы: 1. При микологическом обследовании псориазических высыпаний скальпа 92 больных псориазом у 39,1% выявлена колонизация кожи грибами рода *Malassezia*. 2. У больных псориазом, имевших колонизацию скальпа грибами рода *Malassezia*, тяжесть поражения скальпа (PSSI=50,6±1,5 баллов) была достоверно больше, чем у пациентов, у которых грибы не были обнаружены (19,1±1,4 баллов, $p<0,05$). 3. Колонизация кожи грибами рода *Malassezia* оказывает влияние на тяжесть поражения скальпа при псориазе.

СЛУЧАЙ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ШЕРШЕВСКОГО–ТЕРНЕРА

Сорокина К.Н., Алферова А.А., Паскевич П.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Синдром Шершевского–Тернера (СШТ) является генетически детерминированным заболеванием, обусловленным полной или частичной X-моносомией. Частота встречаемости составляет 1:2000–2500. Классический вариант – пациентки с кариотипом 45XO, но существует мозаичный вариант 45XO/46XX (у 20–30% девочек с низкоростостью). При синдроме СШТ не установлено четкой зависимости между генотипом и фенотипом пациентов. Для данного синдрома характерна триада признаков: низкий рост в 95%–100%, гипергонадотропный гипогонадизм и врожденные аномалии различных систем органов. Внекожные проявления синдрома включают скелетные аномалии, сердечно-сосудистые аномалии, патологию системы мочеотделения, патологию глаз и слухового аппарата. Со стороны кожи и ее дериватов у пациентов с СШТ наблюдаются многочисленные доброкачественные невусы, повышенный риск образования келоидных, гипертрофических рубцов, аномалии роста ресниц – дистихиаз (двойной ряд ресниц), витилиго, деформации ногтевых пластин [1].

Цель исследования – демонстрация клинического случая очаговой алопеции у пациентки с синдромом Шершевского–Тернера.

Материалы и методы исследования. Обзор литературных источников с помощью поисковых систем PubMed, Medline, SCOPUS. Применялся клинико-анамнестический метод исследования, диагностический метод с помощью компьютерной программы TrichoScience Pro V 1.1.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентка В., 24 года, в апреле 2019 года обратилась к дерматологу по

месту жительства с жалобами на выпадение волос в теменной области в течение 1 месяца. Появление заболевания ни с чем не связывала. Наследственность не отягощена. Диагноз СШТ выставлен в 16 лет в медико-генетическом центре г. Екатеринбурга. Пациентка наблюдается у эндокринолога с диагнозом: Первичный гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита, некомпенсированный; нарушение толерантности к глюкозе. Получает L-тироксин, метформин в течение длительного времени. У гинеколога – с диагнозом: Первичная аменорея, аплазия яичников. УЗИ органов малого таза: эхопризнаки отсутствия визуализации обоих яичников. Получает гормонозаместительную терапию. Дерматологом выставлен диагноз: Гнездная алопеция неуточненная. Рекомендовано: шампунь против выпадения волос, наружно перцовые маски на очаги. Проведенное лечение без эффекта. Пациентка направлена в МКМЦ «БОНУМ» г. Екатеринбург и ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России была проконсультирована и взята под динамическое наблюдение. При осмотре фенотипический статус: рост – 145 см, вес – 61 кг, ИМТ – 29 кг/м². Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Половое оволосение по женскому типу, общая диспластичность, симптом Оршанского – положительный, ● бочкообразная грудная клетка, ● укорочение шеи, ● деформация ушных раковин. Локальный статус: в теменно-затылочной области волосистой части головы отмечаются обширные зоны облысения неправильной формы. Отсутствие волос составляет около 26%, соответственно классификации E.A. Olsen et al. (2004). Волосы тусклые, сухие. Тракционная проба – удаляется от 5 до 10 волос. Волосы эпилируются легко и безболезненно во всех зонах. Зона расшатанных волос вблизи очагов отсутствует. Брови и ресницы сохранены. Ногтевые пластины не изменены. С помощью компьютерной программы Tricho Science Pro V 1.1 пациентке было проведено диагностическое обследование, выявлены следующие трихоскопические признаки: «желтые точки» (пустые фолликулы, заполненные гиперкератотическими массами) и множество vellusных депигментированных волос. Клинический диагноз: Гнездная алопеция, стационарная стадия. Рекомендовано: наружно на очаги препарат на основе миноксидила 2% 1 раз в сутки 4 месяца, стимулирующий рост волос шампунь для ежедневного использования. Дополнительно витаминкомплекс, омега-3, препарат селена, препарат цинка сульфата моногидрата. После лечения при контрольном диагностическом обследовании: из пустующих фолликулов отмечался рост депигментированных vellusных волос. Большая часть оставшихся vellusных волос трансформировалась в стержневые пигментированные волосы. Таким образом, данный клинический наблюдение представляет интерес, как случай редкого синдрома с проявлением заболевания дерматологического профиля, отвечающего на стандартную терапию.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

*Султанова Н.Н., Гаджимурадов М.Н.,
Гаджимурадова К.М.*

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Введение. Буллезный эпидермолиз – БЭ – представляет собой группу аутосомно-рецессивных генетических заболеваний кожи, характеризующихся образованием на ней пузырей при легком прикосновении или малейшем механическом воздействии.

Цель: ознакомить практикующих врачей с клиническими

особенностями ВБЭ для его своевременной идентификации, комплексной терапии и динамического наблюдения, что позволит поднять качество их жизни.

Материалы и методы. Больной А. 2001 г.р. обратился в ГБУ РД РКВД г. Махачкала с жалобами на высыпания на коже, зуд, снижение аппетита. Anamnesis morbi: со слов матери первые высыпания возникли сразу после рождения. Ребенок был переведен в отделение ДРКБ г. Махачкала, где впервые был установлен диагноз: Буллезный эпидермолиз. В 2005 г. при механическом воздействии произошло скальпирование обеих кистей по типу перчаток. В 2007 г. попытка устранить контрактуры кистей г. Махачкала. В 2007 г. проконсультирован в университетской клинике г. Санкт-Петербург по поводу трансплантации кожи. В 2008 г. была проведена реконструктивная операция на кистях в университетской клинике г. Фрайбург. Регулярно получает амбулаторное лечение по месту жительства – без выраженного эффекта. Лечение до поступления: Солкосерил мазь, Бепантен плюс мазь, Судокрем, Левомеколь, атравматические повязки. Status Specialis: Процесс носит распространенный симметричный характер, представлен пятнами, пузырями, эрозиями, корочками, чешуйками, рубчиками, милиумами, дистрофией ногтей. Локализован на коже лица, щек, шеи, ушей, подбородка, туловища, конечностей, ладоней и подошв. На коже головы на эритематозном фоне имеются различного размера эрозии (от 0,5 до 3 см в диаметре) и пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, на поверхности некоторых эрозий серозно-геморрагические корочки. На коже туловища и конечностей также имеются на эритематозном фоне различного размера пузыри с серозно-геморрагическим содержимым. Некоторые уже вскрылись и покрылись корочками, по краям отмечаются обрывки эпидермиса, чешуйки. Отмечаются также в представленных областях эрозии с ярко-красным дном, некоторые в стадии эпителизации с корочками и обрывками эпидермиса по периферии. На коже туловища и конечностей на месте бывших эрозивных высыпаний отмечаются мягкие рубцовые изменения, местами множественные милиумы. На коже верхних и нижних конечностей множественные пузыри и эрозии в местах наибольшего травмирования. На местах бывших эрозий – рубцы, милиумы. Ногти на пальцах кистей и стоп отсутствуют. На руках контрактуры кистей, частичная псевдосиндактилия. На обеих нижних конечностях отмечается частичная псевдосиндактилия. Множественный осложненный кариес. Слизистые оболочки – афты. Субъективно: болезненность, сильный зуд. Результаты обследований: 1. Рентгенография костей. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: костный возраст отстает от календарного на 6 месяцев. Прозрачность костной ткани повышена. Отмечается наличие сгибательных контрактур в суставах и синдактилии пальцев за счет выраженного кожного процесса. 2. Обзорная рентгенография. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологическая картина стеноза пищевода. 3. Денситометрия. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: исследование проводилось с учетом костного возраста. Минеральная плотность костей ниже возрастных значений. BMD=0,919 г/см², z-score= -2,2; На основанных данных из анамнеза и результатов обследований выставляется диагноз: Q 81.2 Эпидермолиз буллезный дистрофический.

Результаты. Проведено лечение: Физ. раствор 100мл+Актовегин 4мл в/в кап.; Цефтриаксон–по 2,0+физ. раствор 10.0 – каждые 24 часа – в/в струйно; Аевит – по 1 кап после еды – 2р/д; Ксизал – по 1 тб – утром; Атаракс – по 1 тб – на ночь; Наружно: Перевязки с использованием: Протосан, Банеоцин порошок, Повидон Йод, Судокрем, Пантодерм, атравматические перевязочные материалы.

На фоне лечения отмечается регресс высыпаний. Пациент выписан с рекомендациями.

Обсуждение. Диагноз ВБЭ в России устанавливается на основании анамнеза и клинической картины. Вспомогательные лабораторные методы диагностики – ТЭМ и ИАК, в регионах отсутствуют, а генетический анализ длительная и затратная методика. В этих условиях необходимо повышение уровня квалификации дерматологов первичного звена, а также изучить и внедрить дополнительные методы лабораторной диагностики. Пациенты должны получать полноценную паллиативную помощь и для этого целесообразно в процессе стационарного лечения вести «Школу обучения матерей» по уходу за больными. Полномасштабный реестр и диспансерное наблюдение в регионе повысят качество жизни этих пациентов

МАКРОХЕЙЛИТ (ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА РОССОЛИМО–МЕЛЬКЕРССОНА–РОЗЕНТАЛЯ) (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Терещенко А.В., Джануева А.А.

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Синдром Мелькерссона–Розенталя – заболевание, проявляющееся триадой симптомов: отек губ и/или лица, неврит лицевого нерва и скротальный (складчатый) язык. Для заболевания характерно острое начало с формированием бесформенного вздутия губы, край которой часто выворачивается в виде хоботка или обычно отстоит от зубов (морда тапира). Одновременно могут отмечаться отечность щек (парейт) и других участков лица, болезненность и воспалительные явления в области припухлости отсутствуют. Могут нарушаться речь, мимика, прием пищи. У ряда пациентов отеки существуют постоянно; у некоторых больных могут полностью разрешаться, но в дальнейшем рецидивируют. Вторым симптом данного заболевания является неврит (паралич) лицевого нерва; третий симптом – наличие скротального или складчатого языка, который наблюдается у 2/3 больных. Популяционная частота заболевания в среднем 0,08%. Причины возникновения синдрома Мелькерссона–Розенталя окончательно не выяснены. Его генез объясняют рядом теорий, основными из которых являются аллергическая, ангионевротическая, инфекционная и наследственная. Лечение является трудной задачей и проводится по двум направлениям – хирургическому и консервативному. При хирургическом лечении, которое производят с косметической целью, иссекают часть ткани губы, однако это не предотвращает рецидивов заболевания. Консервативное лечение проводится путем санации очагов хронической фокальной инфекции, назначения антигистаминных препаратов, стабилизаторов мембран тучных клеток и десенсибилизирующих средств; при выраженном отеке – кортикостероидных препаратов коротким курсом. В качестве примера представляется клинический случай Синдрома Россолимо–Мелькерссона–Розенталя, выявленного в МНПЦДК ДЗМ. Пациентка З., 1961 г.р., обратилась с жалобами на внезапный отек верхней губы. До этого пациентка обращалась к хирургам, стоматологам, однако диагноз установлен не был. Из анамнеза известно, что пациентка более 10 лет наблюдается у невролога с диагнозом «Парез лицевого нерва слева». Объективно процесс представлен выраженной асимметрией лица в по-

кое. Левая половина лица неподвижна, носогубная складка слева сглажена. Угол рта слева опущен. Красная кайма верхней губы отечна, преимущественно в центральной части, при пальпации тестоватой консистенции. Слизистая языка бледно-розового цвета, в центре которого глубокая срединная борозда. На основании клинико-анамнестических данных был установлен диагноз синдром Мелькерссона–Розенталя. Пациентке проведено комплексное лечение, включающее десенсибилизирующие, антибактериальные препараты, стабилизаторы мембран тучных клеток. Наружно – топические глюкокортикостероиды коротким курсом. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения отека и плотности красной каймы верхней губы. Представленный клинический случай представляет интерес для врачей разных специальностей (дерматовенерологов, стоматологов, хирургов, неврологов), в поле зрения которых могут оказаться такие пациенты, ввиду редкости данной патологии. Существенным для диагностики является триада симптомов (отек губ, скротальный язык, неврит лицевого нерва), которые, однако, могут встречаться не в полном комплексе. При обследовании следует обращать внимание на наличие очагов фокальной инфекции, сопутствующей герпетической инфекции, неврологический статус (консультация невролога!), ортопантограмма. При проведении консервативного лечения предпочтительным является применение антигистаминных препаратов длительными курсами; при наличии очагов фокальной инфекции – антибактериальная терапия; при поражении вирусом герпеса – противогерпетические препараты.

АНАЛИЗ РАБОТЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ «ПИМУ»

Ускова К.А., Бабушкина Е.С., Шлишко И.Л., Гаранина О.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород,

Введение. Кожа – самый большой и доступный для обследования орган человека. Несмотря на это, показатель заболеваемости злокачественными опухолями кожи за последние 10 лет увеличился в 1,5 раза [Каприн А.Д., 2017]. В России ежегодно диагностируют более 600 тысяч новых случаев рака кожи. Качественная и своевременная диагностика злокачественной опухоли кожи на ранней стадии является залогом успешного лечения пациентов и дает больше шансов на выздоровление. Ежегодный рост числа таких пациентов, а также возрастающее количество обращений с доброкачественными новообразованиями кожи, при общей загруженности онкологической сети и невозможностью в короткий срок получить своевременную медицинскую помощь, привели к решению о создании Научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи.

Цель исследования. Провести анализ работы Научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи Университетской клиники «ПИМУ».

Материалы и методы. Проанализировать все случаи обращения в Научно-практический центр диагностики и лече-

ния опухолей кожи, полученные данные внесены в созданные таблицы.

Результаты. Центр диагностики и лечения опухолей кожи активно начал функционировать с августа 2017 г. За этот период в Научно-практическом центре было проконсультировано более 6300 человек (67% женщин, 33% мужчин), в возрасте до 9 лет – 9,6%; до 19 лет – 10,3%; до 29 лет – 8,2%; до 39 лет – 13,8%; до 49 лет – 12%; до 59 лет – 14,7%; до 69 лет – 16,5%; до 79 лет – 10,2%; до 89 лет – 4,1%; от 90 лет – 0,3%.

Было проведено 1253 удалений доброкачественных новообразований и хирургических операций, сделано 3771 патологоанатомических исследований. Было диагностировано меланом на 0 стадии (in situ) – 6,5%; на I – 56,5%; на II – 21,2%; на III – 12,6%; на IV – 3,2%.

За 2018 г. было диагностировано меланом на I стадии – 63%; на II – 19,6%; на III – 13%; на IV – 4,4%.

За 2019 г. было диагностировано меланом на I стадии – 65%; на II – 22,6%; на III – 10,3%; на IV – 2,1%.

По данным Каприна, за 2018 г. было диагностировано меланом на I стадии – 35,7%; на II – 43,5%; на III – 10,5%; на IV – 8,6%; не установлена – 1,6%.

Процентное соотношение по диагнозам, диагностированных в Центре диагностики и лечения опухолей кожи Университетской клиники ПИМУ за 2019 год: БКРК – 11%; Меланома – 5%; ПКРК – 2%; Невусы – 39%; Актинический кератоз – 3%; Гемангиомы – 4%; Себорейная кератома – 19%; Другие доброкачественные новообразования – 11%; Дерматозы – 6%.

Процентное соотношение доброкачественных новообразований, диагностированных в Центре диагностики и лечения опухолей кожи Университетской клиники ПИМУ за 2019 год: Фиброма/Дерматофиброма – 25%; Гемангиома – 25%; Бородавка/Акрохордон/Папиллома – 20%; Киста – 9%; Лентигио – 8%; Кожный рог – 6%; Атерома/Липома – 2%; Ботриомикома – 2%; Гематома – 1%; Рубец – 2%; Трихоэпителиома – <1%; Лейкоплакия – <1%; Милиум – <1%; Ксантелазмы – <1%; Другие новообразования – <1%.

Выводы: 1. Учитывая высокую заболеваемость раком кожи и меланомой в России, создание Научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи является актуальной задачей, позволяющей снизить нагрузку на общих онкологов и онкологический диспансер. Повысить качество диагностики рака кожи и меланомы за счет выявления на ранних стадиях.

2. В Центре диагностики и лечения опухолей кожи осуществляется прием пациентов всех возрастных групп.

3. Все пациенты, обратившиеся в Научно-практический центр диагностики и лечения опухолей кожи с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи, получают консультацию и необходимую помощь на месте. При наличии показаний для проведения других методов лечения пациенты направляются в онкологический диспансер.

Чаще злокачественные новообразования диагностировались на ранней стадии, что вело к наиболее эффективному лечению, лучшему прогнозу, тем самым сокращению финансовых затрат на лечение.

РОЛЬ ПОДОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ СТОП И НОГТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Филиппова Ю.А.

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Как известно, подология объединяет комплекс теоретических знаний и практических рекомендаций по уходу за стопами ног, профилактических мероприятий и лечению возникающих заболеваний, повреждений кожного покрова, ногтевых пластин и пальцев.

Цель нашей работы: определить информированность о необходимости подологических процедур, а также их востребованность у пациентов, больных сахарным диабетом с заболеваниями кожи стоп и ногтей.

Дизайн исследования. Исследование было проведено в амбулаторных условиях в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Оценка знаний пациентов с сахарным диабетом 2 типа на предмет их знаний об уходе за ногами и подбору обуви проводилась методом анкетирования.

Результаты исследования. Средний возраст всей выборки (n = 452) составил 47,9±22,1 года. Из 452 пациентов, обратившихся с проблемами к дерматологу, ониходистрофия была диагностирована у 165 пациентов, онихомикоз – у 160 пациентов, оmozолелость – у 127 пациентов. Из них в подологический кабинет обратилось 63 (13,9%) пациента, т.е. только каждый седьмой. Наиболее востребованными подологические процедуры были у пациентов с ониходистрофиями (n = 28, 44,4%) и оmozолелостями (n = 23, 36,5%). Средний возраст составил 54,1±20,1 год. С онихомикозом обратились к подологу 12 человек (19,1%), у которых средний возраст составил 59,5±20,5 лет. Больше заинтересованностью в процедуре отличались женщины. С ортопедическими нарушениями обратились 4 (6,3%) человека, онихогрифозом 4 (6,3%), вросшим ногтем 3 (4,7%). Проведенное нами анкетирование показало, что только 22,2% пациента осведомлены об осложнениях СД. Большинство пациентов (n = 58, 92,0%) отметили, что их лечащие врачи-эндокринологи не предоставляли информацию по уходу за ногами и просвещения по поводу развития возможных осложнений. • Подавляющее большинство пациентов носит закрытую, плотно облегающую обувь на плоской подошве и ни один из пациентов с диабетом не носил специально разработанную ортопедическую обувь. Необходимо отметить, что треть пациентов (n = 22, 34,9%) ранее испытывали дискомфорт в ногах в виде покалывания, жжения, усталости и судорог или болей при ходьбе (хромота). Указанные проявления локализовались, в основном, в области стоп и голеней. • В прошлом только 2 (3,2%) пациента проходили обследование стоп у врача. Те, кто прошел осмотр стопы, в основном обращались по тем или иным причинам и, следовательно, наблюдались в течение этого времени. Ни один из пациентов не проводил самооценку стопы ежедневно. Ежегодное обследование ног врачом и самообследование не были известными фактами для пациентов с диабетом. Таким образом, очевидно, что диабетологи тратят очень мало времени на профилактику: обучение пациентов и осведомленность в отношении ухода за диабетической стопой. Возможно, это связано с неохотным и невежественным отношением многих пациентов к длительному уходу за ногами. Плохая мотивация со стороны пациента поддерживать оптимальный глике-

мический контроль, их небрежное отношение к инфекции, травмам и другим симптомам, связанным с ногами, приводит к задержке своевременной консультации с врачом. Чтобы осуществлять регулярное наблюдение, а также, что крайне важно, использовать подологические методики, требуются дополнительные экономические затраты. Кроме того, важной составляющей профилактики диабетической стопы является выбор правильной обуви.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ДИСКЕРАТОЗ ДАРЬЕ

**Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко Е.Н.,
Радионова Е.Е., Кошелев Ю.А., Деньдуброва Ф.Н.,
Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В.**

*Кафедра кожных болезней и косметологии,
Факультет дополнительного профессионального
образования Федерального государственного
автономного образовательного учреждения
«Российский национальный исследовательский
медицинский университет» им. Н.И. Пирогова,
Департамента здравоохранения Москвы*

Болезнь Дарье – генодерматоз, проявляющийся явлениями дискератоза, обусловленного нарушением процессов ороговения эпидермиса. На сегодняшний день существует два противоположных взгляда на данную проблему, согласно заключениям Touraine, 1954; Ellis, 1944; Canuldfield и Wilgram, 1963; буллезная форма болезни Дарье является своеобразной переходной стадией к доброкачественной семейной пузырчатке Гужеро–Хейли–Хейли. Однако большинство других авторов (Смелов Н.С., Трофимова Л.Я., Шеклаков Н.Д., W. Gertler, W.F. Lever) полагают, что болезнь Дарье является самостоятельным заболеванием, что подтверждается радиоаутографическими исследованиями Lachapelle и соавторами (1973 г.) – отсутствие акантолитических клеток и ранняя кератинизация при болезни Дарье.

Пациентка Б., 29 лет, поступила в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, подмышечных впадин, под молочными железами, сопровождающиеся интенсивным зудом, болью в местах высыпаний. Больна с 10 летнего возраста, когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметила появление высыпаний на коже шеи, в связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства, которым диагностирована «болезнь Дарье». Наличие кожных заболеваний у родственников отрицает. В дальнейшем неоднократно лечилась в амбулаторных условиях, с временным эффектом. В возрасте 22 лет, при очередном обострении, в объеме комбинированной терапии получала ацитретин, изотретиноин (дозы, длительность приема уточнить затрудняется), без видимого эффекта. В течение последнего года отмечает непрерывно рецидивирующее течение кожного процесса, распространение высыпаний на кожу волосистой части головы, лица, шеи, туловища, подмышечных впадин, под молочными железами. Лечилась самостоятельно (наружно ГКС мази), без эффекта. На момент поступления на кожу волосистой части головы, лица, шеи, туловища, подмышечных впадин, инфрамаммарной области, паховых складок симметричные инфильтрированные в основании эритематозно-сквамозные очаги, с четкими границами, преимущественно неправильно – округлых очертаний, розовато-красного цвета, размерами 6,0 см в диаметре, с глубокими извилистыми

трещинами по типу «мозговых извилин», на поверхности которых визуализируются серозно-геморрагического характера корочки, линейные и точечные эксфолиации, налеты белесоватого цвета. Процесс сопровождается значительным мокнутием. Клинически диагностирована «Семейная доброкачественная пузырчатка Гужеро–Хейли–Хейли? Фолликулярный дискератоз Дарье? Вторичная инфекция». В объеме обследования взяты мазки отпечатки на акантолитические клетки и эозинофилы – не обнаружены, бак. посев с кожи инфрамаммарной области – обильный рост *staphylococcus aureus*, *streptococcus*. грG1, чувствительны к амоксициллину, цефаклору к доксициклину. Также с целью верификации диагноза проведена диагностическая биопсия кожи – эпидермис с участками надбазального акантолиза, с образованием щелевидных полостей, дискератозом, паракератозом, акантозом. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, гистологические изменения более всего соответствуют болезни Дарье.

В объеме терапии получила р-р тиосульфата натрия 30% – 10,0 + р-р натрия хлорида 0,9 % – 400,0, в/в капельно, № 10 р-р клемастина гидрофумарата 0,1 % – 1,0, в/м, вечер, № 11 р-р цефтриаксона 2,0 г в/м №10

р-р преднизолона в/м по схеме 90-90-60-60-30-30, Цетиризина дигидрохлорид 10 мг 1 таб. утро, наружно: 1% водный раствор метилтиониния хлорида х 2 раз в день (эксфолиации, трещины); бетаметазона дипропионат+клотримазол+гентамицина сульфат крем, цинковая паста х 2 раза в день (высыпания), 1% гидрокортизоновая мазь х 2 раза в день (лицо, ушные раковины). От включения в терапию ретиноидов отказалась в связи с планированием беременности. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика – большинство высыпаний на коже волосистой части головы, шеи, туловища, подмышечных впадин, паховых складок регрессировало до поствоспалительных пятен застойно – розового цвета. На коже лица, инфрамаммарных областей сохраняются слабо-инфильтрированные в основании эритематозные очаги, в пределах которых единичные, сухие, состоятельные серозно-геморрагического характера корки.

Таким образом, у пациентки клиническая картина была характерна для доброкачественной хронической семейной пузырчатки Гужеро–Хейли–Хейли, а при гистологическом исследовании кожи были выявлены признаки более типичные для фолликулярного дискератоза Дарье, что возможно является доказательством идентичности или взаимосвязи двух заболеваний, что требует дальнейшего клинического исследования.

Из вышесказанного следует, что с целью верификации диагноза необходимо использовать комплексный подход, т.е. учитывать как клинико-анамнестические данные, так и патоморфологическую картину.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ: РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Хапилина А.Э.

*Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского, Саратов*

Введение. Пигментные пятна различного размера и очертаний встречаются у большинства детей. Однако большое их количество является поводом для консультации дерматолога. Врач осматрит не только пигментные образования, но и весь кожный покров ребенка для выявления других

признаков заболевания, в том числе и нейрофиброматоза Реклингхаузена. Нейрофиброматоз – группа наследственных заболеваний из группы факоматозов, характеризующихся пороками развития структур эктодермального и мезодермального происхождения, преимущественно кожи, костной и нервной систем, с повышенным риском развития злокачественных опухолей. Болезнь передается аутосомно-доминантно. Вероятность рождения ребенка с болезнью Реклингхаузена I типа у больного родителя составляет около 50%.

Цель работы. Ранняя диагностика заболевания с учетом анамнестических данных, клинической картины, результатов лабораторных исследований, генетического обследования, предотвращения осложнений при тяжелых и поздних стадиях процесса (опухолевых образований).

Материалы и методы. В клинику кожных и венерических болезней СГМУ им. В.И. Разумовского обратился пациент А., 8 лет. Он был направлен педиатром из поликлиники по месту жительства, где лечился с диагнозом «разноцветный лишай», без динамики. Из анамнеза известно, что образование пятен началось с двух лет. Количество и размеры высыпаний постепенно увеличиваются с возрастом. При составлении генетического анамнеза выяснилось, что подобные высыпания отмечаются по женской линии у мамы и бабушки.

Выводы. Данный клинический случай свидетельствует о необходимости проведения генетических консультаций беременным, особенно тем, в семье которых уже есть родственники с этим заболеванием. Кроме косметического дефекта, опасность заключается в том, что при этой наследственной патологии поражены другие органы и системы, что требует современной коррекции и постановки на учет у соответствующих специалистов в зависимости от локализации нейрофибром.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Чернова Н.И., Арутюнян Э.Э., Перламутров Ю.Н., Москвин С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ, Москва, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России», Москва

Простой хронический лишай (ПХЛ) аногенитальной области широко распространенный дерматоз, сопровождающийся выраженным зудом, иногда болью, склонный к рецидивированию, значительно снижающий качество жизни больных.

Цель: совершенствование терапии аногенитального ПХЛ посредством включения в схему стандартной терапии низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материалы исследования. Под наблюдением находилось 40 женщин с ПХЛ аногенитальной зоны, в возрасте от 25 до 52 лет с жалобами на зуд в области вульвы.

Методы исследования. Динамика зуда проводилась при

помощи визуальной аналоговой шкалы (Visual Analogue Scale – VAS), с количеством баллов по 10-балльной шкале. Слабый зуд: количество баллов свыше 2 (3–5); умеренный зуд: количество баллов свыше 5 (6–8); тяжелый зуд: количество баллов свыше 8 (9–10). Динамика сексуальных нарушений с помощью индекса женской сексуальной функции (ИЖСФ). Динамику клинических проявлений в области вульвы оценивали по состоянию высыпаний, лихенификации, инфильтрации, пигментации, расчесов эрозии с учетом интенсивности проявлений по 5-балльной шкале. Всем больным было проведено лечение с использованием мази 0,05% клобетазола пропионата один раз в сутки в течение 30 дней. Одновременно со стартом наружной терапии проводилось неинвазивное лазерное облучение крови (НЛОК) и местное облучение очагов поражения низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ). Для проведения методики НЛОК использовали аппарат лазерной терапевтической «Лазмик» с лазерной излучающей головкой МЛ-635-40 (матричная излучающая головка) 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 которого проводили местное облучение очагов поражения НИЛИ лазерной излучающей головкой ЛО-904-80 с зеркальной насадкой, дистантно, стабильно, на расстоянии 5–10 см от поверхности, длина волны 904 нм, длительность светового импульса 100–150 нс, плотность мощности 2–5 Вт/см², мощность излучения 15–20 Вт, частота 80–300 Гц, 1,5 минуты, ежедневно, 10 сеансов на курс. Результаты. При анализе данных возрастных характеристик женщин, было констатировано, что подавляющее большинство пациенток (27/67,5%) находилось в возрасте 26–45 лет. Средний возраст больных составил 35,35±3,18 лет. Следует отметить, что у всех пациенток, принявших участие в исследовании, период с момента появления жалоб до верификации диагноза ПХЛ и назначения патогенетического лечения составил 4,25±2,18 лет. При визуальном осмотре до лечения у всех пациенток выявлены лихенифицированные, инфильтрированные бляшки, расчесы, гипер-, депигментированные участки в области вульвы. В 11 случаях отмечались трещины кожи и слизистых оболочек. В результате проведенной терапии на 10-й день лечения у преобладающего числа больных (37/92,5%) при визуальном осмотре отмечалось уплощение бляшек, уменьшение лихенизации, эпителизация трещин. Полное разрешение патологического очага воспаления, устранение инфильтрации, восстановление кожного рисунка с сохранением гипопигментации регистрировалось у 36/90% женщин через 1 месяц после лечения. Данные динамики VAS показали уменьшение интенсивности зуда на 61–90% и 100% на 10-й день терапии у 18/45% и 11/27,5% больных, соответственно. По окончании проводимого лечения (30-й день) 29/72,5% больных не предъявляло жалоб на зуд в области вульвы, остальные пациентки отмечали его снижение на 71–90%. По результатам оценки ИЖСФ после окончания проведения комбинированной терапии (20-й день) было зарегистрировано повышение полового влечения (29/72,5%).

Выводы. Использование НИЛИ в совокупности с применением топических ГКС в терапии простого хронического лишая вульвы ускоряло разрешение инфильтрации и лихенификации тканей за счет уменьшения местного воспаления, улучшения микроциркуляции, антипролиферативного действия. Оценка статуса зуда, выраженности клинических изменений и качества жизни больных показала выраженную положительную динамику, что позволило сократить длительность рецидива заболевания и улучшить качество жизни пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ ФЛАМЕНА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Чернова Н.И., Перламутров Ю.Н., Солнцев В.В.
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Останкинский», Москва

Актуальность. В настоящее время увеличилось количество женщин с жалобами на зуд в области наружных половых органов, обусловленных хроническими воспалительными дерматозами, в том числе красным плоским лишаем (КПЛ). С указанных позиций представляет клинический интерес эффективность липосомального антиоксидантно-фосфолипидного комплекса Фламена, способствующий ранней дифференциации фибробластов, восстановлению ангиотрофики, регенерации тканей, как нового и альтернативного противовоспалительного препарата.

Цель исследования: изучение влияния локального применения геля Фламена на восстановление кожи и слизистой оболочки и устранение симптомов дерматоза при лечении женщин с красным плоским лишаем вульвы и влагалища. Задачи исследования. 1. Изучить эффективность применения геля Фламена в комплексной терапии красного плоского лишая в области вульвы и влагалища. 2. Определить влияние геля Фламена на длительность субъективных и объективных симптомов. 3. Исследовать переносимость геля Фламена.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 женщин с КПЛ в области вульвы и влагалища, в возрасте от 24 до 58 лет, с жалобами на боль, зуд, жжение в области наружных половых органов. Давность заболевания от 2 до 7 лет. Методом случайной выборки пациентки были разделены на 2 группы по 15 человек. В первой – больные получали стандартную терапию: Клобетазола пропионат, мазь 0,05% 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки в течение 4 недель, а во второй – Клобетазола пропионат, мазь 0,05% 1 раз в сутки наружно тонким слоем на очаги поражения в течение 4 недель в комплексе гелем Фламена по 1 вагинальному аппликатору 1 раз в сутки в течение 10 дней. На протяжении исследования проводилось четыре визита: скрининг, на котором осуществлялись сбор анамнеза, осмотр, лабораторная диагностика (визит 0); включение и назначение лечения (визит 1); через 10±1 дней (визит 2); 20±1-й день лечения (визит 3); 31±3 день лечения (визит 4);

Результаты. Все пациентки принявшие участие в исследовании имели эрозивную форму КПЛ с поражением вульвы и влагалища. При визуальном осмотре у всех 30 женщин отмечали эрозии красного цвета с фестончатыми «кружевными» белесоватыми краями, блестящей, стекловидной поверхностью на малых половых губах, у входа во влагалище и во влагалище, мелкие папулы на внутренней поверхности больших половых губ, трещины. Утрату малых половых губ и клитора констатировали у 19 больных, сужение входа во влагалище – у 15 женщин. Заболевания щитовидной железы отмечались у 22 пациенток, анемия у 9, витилиго 14, сахарный диабет 14 больных. В первой группе снижение интенсивности боли, зуда вульвы и вла-

галища отмечалось через 14±1 дней, купирование субъективных симптомов на 20±2 день лечения. При визуальном осмотре эпителизация эрозий отмечена через 13±3 дней, что способствовало повышению качества жизни у данной категории больных. Во второй группе снижение интенсивности боли, зуда вульвы и влагалища отмечалось через 6±1 дней, купирование субъективных симптомов на 7±2 день лечения. При визуальном осмотре эпителизация эрозий отмечена через 8±2 дней. Ни в одном случае не зарегистрировано нежелательных побочных явлений и реакций. Выводы. Показана эффективность и хорошая переносимость геля Фламена у женщин с красным плоским лишаем вульвы и влагалища. При применении препарата в комплексной терапии отмечалось уменьшение длительности и интенсивности субъективных и объективных симптомов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИШАЯ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН

Чернова Н.И., Петрова И.С., Арутюнян Э.Э.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Простой хронический лишай (ПХЛ) является одной из наиболее частых причин зуда вульвы и может наблюдаться у пациенток всех возрастных групп. Однако особую актуальность заболевание представляет в репродуктивный период, когда выраженный персистирующий зуд, характерный для данного дерматоза, способен приводить к ряду психоэмоциональных расстройств, в том числе к снижению сексуальной функции. Кроме того, увеличение частоты в последние годы воспалительных, инфекционных и дерматологических заболеваний в области вульвы и их сочетанное течение вызывает трудности в диагностике и требует междисциплинарного подхода. Этиология ПХЛ остается не до конца изученной, а существующие методы лечения не способны привести к излечению, что требует постоянной поддерживающей терапии и поиска новых методов лечения.

Цель проводимого исследования – совершенствование терапии ПХЛ вульвы с включением топического ГКС с дексапантенолом в форме крема, неинвазивного лазерного излучения крови (НЛОК) и низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 42 женщины в возрасте от 25 до 52 лет (средний возраст 35,35±3,18 лет) с диагнозом ПХЛ вульвы. Всем больным проводился визуальный осмотр, оценка динамики зуда исследовалась при помощи визуальной аналоговой шкалы (Visual Analogue Scale – VAS) по 10-балльной шкале (3–5 баллов – слабый зуд, 6–8 баллов – умеренный зуд, 9–10 баллов – тяжелый зуд). С целью оценки сексуальных нарушений использовался индекс женской сексуальной функции (ИЖСФ) (минимальное количество баллов – 2, максимальное количество – 36). Больным назначалась комбинированная терапия: топический ГКС с дексапантенолом в форме крема 2 раза в день тонким слоем на область высыпаний 10 дней, далее 0,5% клобетазол пропионат мазь на ночь 10 дней. Одновременно с началом наружной терапии проводилось местное осветивание НИЛИ очагов поражения лазерной излучающей головкой ЛО-904-80 в течение 1,5 минут и НЛОК контактным способом на над-

ключичную область слева с использованием излучающей головки КЛ-НЛОК-405 в течение 5 минут. Курс терапии состоял из 10 процедур.

Результаты. Основной жалобой больных был зуд, которой 35/83,3% женщин характеризовали как сильный (8–10 баллов). Из анамнестических данных, следует отметить, что у 27/64,29% больных время с момента появления жалоб до установления диагноза и назначения патогенетического лечения составило $3\pm 2,18$ лет. При анализе сексуального анамнеза было констатировано снижение качества половой жизни у всех 42 (100%) женщин. В результате проведенной терапии на 20-й день лечения у преобладающего числа больных (39/92,9%) при визуальном осмотре отмечалось уплощение бляшек, уменьшение лихенизации, эпителизация трещин и эрозий. Полное разрешение бляшек, устранение инфильтрации, восстановление кожного рисунка с сохранением незначительной гипопигментации регистрировалось у 36/90% женщин через 2 месяца после лечения. Данные динамики VAS показали уменьшение интенсивности зуда на 61–90% и 100% на 10-й день терапии у 20/47,6% и 13/30,9% больных, соответственно. По окончании проводимого лечения (20-й день) 33/78,5% больных не предъявляло жалоб на зуд в области вульвы, примерно у 1/4 отмечалось его снижение на 61–90%. Через 2 месяца наблюдения у 39/92,9% респонденток на фоне разрешения высыпаний зуд полностью отсутствовал. По результатам оценки ИЖСФ после окончания проведения комбинированной терапии (20-й день) было зарегистрировано повышение полового влечения (33/78,5%), возбуждения (35/83,5%), удовлетворенности половой жизнью (36/85,7%) и устранение коитального и/или посткоитального дискомфорта/боли (38/90,4%), что значительно повысило качество жизни больных с данной патологией.

Выводы. Использование физиотерапевтического лечения с использованием НИЛИ и НЛОК в совокупности с применением топических ГКС в терапии простого хронического лишая вульвы ускоряло разрешение инфильтрации и лихенификации тканей за счет уменьшения местного воспаления, улучшения микроциркуляции, антипролиферативного действия. Оценка статуса зуда и боли, выраженности клинических изменений и качества жизни больных показала выраженную положительную динамику при комплексном лечении ПХЛ вульвы, что позволяет сократить длительность рецидива заболевания, удлинить ремиссию и улучшить качество жизни пациентов.

ДЕРМАТИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЛИЧИНКАМИ ЖУКОВ СЕМЕЙСТВА КОЖЕЕДЫ У РЕБЕНКА

Чистяков Н.Д., Тропин А.К.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», Санкт-Петербург, Детская поликлиника № 55 (Городская поликлиника № 74), Санкт-Петербург

На амбулаторном приеме к дерматологу обратился мужчина с ребенком. Мальчик в возрасте трех с половиной лет жаловался на появление на теле зудящих высыпаний, впервые появившихся около недели назад. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. На коже спины и верхних конечностей плотные узелки красного цвета диаметром 2–3 мм. Высыпания не обильные, некоторые элементы были расположены в виде коротких цепочек из

2-3-4 узелков. Был установлен предварительный диагноз: «Дерматит от укусов насекомых». Назначена обработка высыпаний фукорцином и рекомендовано тщательно осматривать одежду и постель мальчика. Отец был не согласен с установленным диагнозом, так как в квартире, с его слов, очень чисто, насекомых нет. При этом он обратил наше внимание на то, что ребенок спит на матрасе из кокосовых стружек. Через 3 дня ребенок был осмотрен повторно, свежих высыпаний на теле не было. Отец рассказал, что нашел в матрасе, на котором спал ребенок, гнездо из личинок, а в швах матраса жучков коричневого цвета, которых принес с собой. Матрас отец заменил на новый, зуд ребенка перестал беспокоить и новых высыпаний на теле больше не отмечалось. При повторном осмотре через неделю высыпания практически разрешились, оставались лишь синюшные пятна на месте узелков. Жуков мы идентифицировали как семейство кожееды. Жук-кожееда относится к классу насекомых – Insecta, из отряда жесткокрылых (жуки) – Coleoptera, населяет все географические зоны кроме тундры. Жуки небольшие с длинной тела 1,3–12 мм, с шириной до 5 мм, тело овальной, реже удлинненной или почти круглой формы, окраска преимущественно темно-коричневая и черная. Насекомые сухолюбивы, большинство летает в дневное время, питаются в основном соком растений. В жилых помещениях поселяются небольшими группами в коврах, продуктах, мягкой мебели, под плинтусом, под батареями, в шкафах, редко в одежде. Личинки, покрытые волосками, чрезвычайно активны, они охотно поедают частички эпителия людей и животных, волокна старых тканей, необработанную защитой натуральную кожу, могут испортить изделия из меха, чучела животных, деревянные подоконники и другие предметы интерьера из дерева. Взрослые кожееды не имеют большого клинического значения, однако контакт кожи с личинкой жука, может вызвать аллергический папуловезикулезный дерматит. Таким образом, благодаря тщательно собранному анамнезу нам удалось поставить правильный диагноз. Максимально эффективным для борьбы с жуками-кожеедами является перметрин в виде раствора или аэрозоля, приобретаемого в аптечной сети. В качестве профилактики эффективно использование фумигатора, который работает от электросети и распыляет специальные частицы, вызывающие паралич у насекомых.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ РЕАКЦИИ ТКАНИ КОЖИ ПРИ РАЗНОМ ТИПЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Шевелева Е.О.

Российский Университет Дружбы Народов, Медицинский Институт, медицинский институт, Москва

Цель: оценить морфометрические показатели дермальных клеток и показателей фагоцитарной активности перитонеальных макрофагов in vitro при моделировании асептического воспаления методом множественного внутрикожного введения лекарственных препаратов для регенерации. Материалы и методы: материалом для исследования явилась навеска кожи шестнадцатинедельных крыс линии Vistar, всего 32 животных, которым мезодермально, в область левого бедра, вводили препараты с противоположным типом действия – провоспалительный препарат (1%

никотиновая кислота, НК), 8 животных, и противовоспалительные (антигемотоксические, АТ), 8 животных. Для сравнения выделена группа с введением физиологического раствора, 8 животных, группа плацебо, которым ничего не вводилось, а также группа с введением НК в хвостовую вену животных и обкалыванием без введения препарата, 8 крыс (для оценки системного действия). Препараты вводились при равных количествах 0,7 мл за одну процедуру в 30 одновременных инъекциях или 1 однократной в хвостовую вену с механическим обкалыванием кожи бедра. Кусочки кожи для гистологического исследования иссекали из зоны инъекций препарата. Определение объемов тканевых компонентов проводили с помощью окулярной сетки Г.Г. Автандилова. На препаратах оценивали долю распределения компонентов, занимаемых эпидермисом, коллагеновыми волокнами, сосудами, железами, клеточными инфильтратами. Активность перитонеальных макрофагов оценивали фотоколориметрическим методом. Определение интенсивности продукции активных форм кислорода проводили путем активации кислородного взрыва в фагоцитах. Статистическая обработка пакетом статистических программ SPSS 8.0, оценка с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, кривой Гаусса.

Результаты. В коже животных всех исследуемых групп были обнаружены признаки острого воспаления в виде полнокровия микроциркуляторного русла и инфильтрации с наличием фибропластических процессов на более поздних сроках исследования. Они были минимально выражены, но превалировали в группе исследования НК ($M = 6, 6\% \pm 0,25\%$) и НК + системное воздействие ($M = 8,5\% \pm 0,3\%$), что значимо превосходит группу животных с АТ ($M = 2,3 \pm 0,3\%$) и группу с физраствором ($M = 0,02\% \pm 0,01\%$). Число коллагеновых волокон в коже в группе с введением АТ ($M = 31,2\% \pm 2,6\%$), что превышает в группе с введением НК ($M = 21,2\% \pm 2,5\%$) и группе с системным действием НК ($M = 19,4\% \pm 3,5\%$). В середине эксперимента наблюдаются существенные отличия в гистоархитектонике коллагеновых волокон, при введении противовоспалительного препарата в дерме отмечаются плотно упакованные структуры, при введении провоспалительного препарата – рыхлые отечные и хаотично разбросанные с инфильтратами структуры, более всего наблюдающиеся при системном введении. Результаты исследования крови и перитонеальной жидкости крыс не вызвали достоверных изменений со стороны периферической крови (клинический и биохимический), хотя показатель фагоцитарной активности перитонеальных макрофагов имеет тенденцию к повышению в группе системного воздействия с НК и прямо пропорционально зависит от кислородного взрыва перитонеальных клеток ($r = 0,957, p = 0,007$).

Выводы. Асептическое воспаление в коже, моделируемое в эксперименте, позволяет воссоздать патогенетический комплекс морфофункциональных реакций, направленность которых может быть обусловлена типом действия препарата, методом воздействия, локальным или системным, длительностью воздействия. При данном эксперименте было показано, что на ранних этапах проведения исследования (до 27 суток) локальное асептическое воспаление не сопровождается системными проявлениями воспалительной реакции, в то время как системное введение провоспалительного препарата активизирует общий системный ответ, хотя на этих сроках не вызывает значимой со стороны показателей крови системной реакции.

ГЛОССАЛГИЯ КАК СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

Юзбашян П.Г., Романов Д.В., Терещенко А.В., Бобко С.И., Миченко А.В., Львов А.Н.

Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Глоссалгия – расстройство функциональной природы, возникающее на клинически неизменной слизистой полости рта (языке, щеках, деснах, в некоторых случаях – глотки и гортани) и проявляющееся неприятными ощущениями разнообразного характера (боль, жжение, ощущение налета), которые в большинстве случаев сочетаются с парестезиями, дисгевзией, ксеростомией. Несмотря на то, что большая часть пациентов с глоссалгией по данным литературы не имеет каких-либо отклонений в лабораторных показателях или при физикальном осмотре, роль психических расстройств в генезе глоссалгии остается изучена недостаточно. Лишь в небольшом числе исследований обсуждаются психические нарушения, которые могут провоцировать или быть коморбидны глоссалгии. Среди таковых, прежде всего, выделяются депрессия и тревога. Некоторыми исследованиями подчеркивается сходство глоссалгии с другими соматоформными расстройствами (СФР), однако более развернутых аргументов принадлежности глоссалгии к СФР, которые бы включали анализ психопатологической структуры синдрома и его соответствия релевантным диагностическим критериям, в доступной литературе не приводится.

Цель исследования – клиническая и психометрическая характеристика глоссалгии с учетом коморбидных психических расстройств и патологии личности, подтверждающая принадлежность обсуждаемого синдрома к спектру соматоформных расстройств. Задачи исследования: – Определение клинической структуры глоссалгии и ассоциированных с глоссалгией психопатологических и патохарактерологических расстройств; – Уточнение параметров глоссалгии, подтверждающих принадлежность обсуждаемого синдрома к спектру соматоформных расстройств.

Методы исследования. Выборка исследования (22 набл.; 21 женщина; средний возраст $59,5 \pm 13,6$ лет) обследована дерматологом и психиатром как клинической, так и с применением психометрических шкал: шкал для оценки тревоги (GAD-2) и депрессии (PHQ-2), шкалы соматизации SOMS-2, клинического интервью для оценки расстройств личности SCID-II-PD.

Результаты исследования. Согласно скрининговой психометрической оценке депрессивные симптомы наблюдались в 25% случаев (≥ 3 баллов по PHQ-2), а тревога – в 55% случаев (≥ 3 баллов по GAD-2). Смешанная тревожно-депрессивная симптоматика психометрически зафиксирована в 10% случаев. (В общей сложности у 90% испытуемых при скрининговом обследовании верифицированы проявления тревоги и/или депрессии.) Согласно психометрической оценке расстройств личности по шкале SCID-II-PD, наличие какого-либо расстройства личности выявлено у 85% пациентов. Самым частым расстройством личности

было гистрионное (35% пациентов), тогда как шизотипическое (25%), параноидное (20%) и избегающее (5%) встречались реже. Помимо ощущений в полости рта у 75% пациентов выявлялись соматизированные симптомы иной локализации (по шкале SOMS-2) и квалифицированы клинически как жалобы конверсионной и соматовегетативной природы: головные боли и боли в спине (50% – 10 набл.), головокружения (15% – 3 набл.), боли в животе (25% – 5 набл.), периодическое онемение конечностей (10% – 2 набл.), приступообразный кашель с одышкой (5% – 1 набл.). В плане клинической квалификации согласно современным классификациям глоссалгию у пациентов обследованной выборки можно отнести к ряду соматоформных расстройств (МКБ-10), либо расстройств с соматическими

симптомами (DSM-5), т.е. нарушений, имитирующих соматическое (здесь – патологию слизистой полости рта) заболевание, персистирующих в течение длительного времени и вынуждающих пациентов обращаться к множеству специалистов, но при этом не имеющих какой-либо органической причины (исключена в результате тщательного соматического обследования). Согласно характеристике патологических ощущений в полости рта (топической локализации, проекции, динамики и стереотипа течения) и ассоциированных с ними ипохондрических феноменов установлена принадлежность глоссалгии к двум диагностическим категориям: глоссалгия в рамках соматизированного расстройства (F45.0/F45.1) и глоссалгия в рамках соматоформного болевого расстройства (F45.4).

РОЛЬ ИММУННОГО БЛОТТИНГА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Авдонина А.С., Марданлы С.Г.
ЗАО «ЭКОлаб», Электрoгорск

Актуальность. Согласно статистическим данным, заболеваемость сифилисом в Российской Федерации постоянно снижается [2]. Тем не менее, своевременность, доступность и эффективность лабораторной диагностики данного заболевания остаются значимыми вопросами здравоохранения. Для диагностики сифилиса используются прямые и непрямые методы. Прямые методы предназначены для детекции самого возбудителя – *Treponema pallidum* (микроскопия в темном поле), его антигенов (прямая иммунофлуоресценция, ПИФ), нуклеиновых кислот (полимеразная цепная реакция, ПЦР). Непрямые (серологические) методы предназначены для детекции антител классов А (IgA), М (IgM), G (IgG) к антигенам *Treponema pallidum* (суммарно или раздельно). Они включают нетрепонемные тесты (реакция связывания комплемента с кардиолипидным антигеном (РСК с КА), Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), Rapid Plasma Reagents (RPR), реакция микропреципитации (РМП)) и трепонемные тесты (РСК с трепонемным антигеном, реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакция иммунофлуоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция иммунохемилюминесценции (ИХЛ), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммунный блоттинг (ИБ)) [3]. Особую роль в лабораторной диагностике сифилиса играют подтверждающие тесты, основанные на методе иммунного блоттинга, которые позволяют верифицировать наличие в исследуемом образце IgM и IgG к отдельным антигенам *Treponema pallidum* [1]. Исследования, проводимые методом ИБ, позволяют не только подтвердить наличие или отсутствие у пациента сифилиса, но и установить стадию инфекции и проследить эффективность назначенного лечения [4].

Цель: разработка иммуноферментных тест-систем, предназначенных для выявления и подтверждения наличия антител классов М и G к отдельным антигенам *Treponema pallidum* методом иммунного блоттинга в формате «Westernblot».

Задачи: 1. подбор условий электрофоретического разделения нативного лизата *Treponema pallidum* штамма Nichols на отдельные белковые фракции в зависимости от их молекулярного веса и электропереноса разделенных белков на нитроцеллюлозную мембрану; 2. отработка условий получения иммуносорбента; 3. подбор состава реагентов для проведения анализа; 4. отработка условий проведения анализа; 5. исследование чувствительности и специфичности разработанных тест-систем на референсных и клинических материалах.

Материалы: нативный лизат *Treponema pallidum* штамма Nichols; нитроцеллюлозная мембрана с диаметром пор 0,45 мкм; конъюгат козьих антител к IgG человека, меченных щелочной фосфатазой; субстратный раствор – 5-бром-4-хлор-3-индолилфосфат и нитро голубой тетразолий.

Методы: электрофорез по методу Laemmli [5]; электроперенос (блоттинг); иммунный блоттинг (разновидность непрямого иммуноферментного анализа).

Результаты: разработаны иммуноферментные тест-системы, предназначенные для выявления и подтверждения наличия IgM и IgG к отдельным антигенам *Treponema pallidum* методом иммунного блоттинга в формате «Westernblot». Результаты исследования аналитической и диагностической чувствительности и специфичности на референсных и клинических материалах в сравнении с наборами-аналогами продемонстрировали 100% показатели.

Выводы: разработанные тест-системы могут быть использованы в лабораторной диагностике сифилиса для подтверждения наличия IgG и IgM в сыворотке или плазме крови пациента при сомнительных или спорных результатах первичного скрининга, а также для дифференцирования стадии инфекции.

ПОЗДНИЙ СИФИЛИС И РАК, НОВЫЕ СЛУЧАИ

**Андрoнова Н.В., Жуковский Р.О., Вечтомова Л.В.,
Землякова С.С., Лосева О.К.**

Медицинский институт непрерывного образования «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии, Москва

Введение. Нами сообщалось о развитии у пациентов в поздний период сифилитической инфекции рака (Землякова С.С. и соавт., 2017; Андрoнова Н.В. и соавт., 2018) и онкогематологических заболеваний (Андрoнова Н.В. и соавт., 2019).

Цель исследования. Дальнейшее наблюдение за больными с поздними формами сифилиса преследовало выявление у них возможных новых случаев онкозаболеваний.

Материалы и методы. В результате проведенного клинического обследования больных с поздними формами сифилиса было выявлено 6 пациентов с онкозаболеваниями. Среди них было 2 женщины 63 и 48 лет и 4 мужчин, средний возраст которых составил (57±16 лет). Всем пациентам было проведено лабораторное и инструментальное обследование в рамках клинического и серологического контроля инфекции. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов осуществлен на основании выписных эпикризов из специализированных онкологических стационаров Москвы и Киева.

Результаты. У 2 женщин были злокачественные поражения кожи и сосудов. У 1-й нами была диагностирована меланома кожи правой лопаточной области. Онкодерматологом произведена биопсия и радиоволновая деструкция опухоли (10.2018), обнаружена узловатая меланома с инвазией в подкожную жировую клетчатку, инвазия по Кларку V. Меланома кожи прогрессировала метастазированием в подмышечные лимфатические узлы справа, T4aN1bM0. Пациентке проведены лимфаденэктомия справа (03.2019) и курсовая иммунотерапия с выраженным ответом на нее (ПЭТ/КТ 09.2019). У 2-й диагностирована злокачественная гемангиоперицитомы шеи слева, проведено удаление

опухоли (06.2018), последующая лучевая терапия (08-09.2018) завершилась стабилизацией процесса (09.2019). У 3 из 4 пациентов-мужчин по поводу рака почки были выполнены частичная резекция или нефрэктомия. При этом у пациента 79 лет была диагностирована базалиома правой кисти. У пациента 45 лет рак почки (02.2019) сочетался с аденокарциномой предстательной железы, по поводу которой выполнена радикальная промежностная простатэктомия (03.2019). У него же нами был заподозрен рак слизистой дна полости рта, который подтвержден онкологом, ему проведена иммунотерапия (09.2019) плоскоклеточной ороговевающей карциномы. У 4-го пациента 45 лет стенозирующий рак прямой кишки на 6 см отличался местной распространенностью – прорастание мочевого пузыря и левого мочеточника, семенных пузырьков и семявыносящих протоков. После формирования двустольной сигмостомы (04.2019) пациент получает лучевую терапию. Выводы: 1. В поздний период сифилитической инфекции наблюдается рост числа случаев злокачественных опухолей с преобладанием их у пациентов-мужчин преимущественно трудоспособного возраста. 2. У них диагностированы раки полости рта, мочеполовой системы – предстательная железа, почки, прямой кишки («входные ворота» сифилитической инфекции). 3. Обращает внимание наличие у пациентов-мужчин двух и более видов рака. 4. Диагностика редких форм злокачественных новообразований кожи (меланома) и сосудов (гемангиоперицитомы) у женщин была своевременной из-за тщательного осмотра кожных покровов и доступности опухолей для диагностики.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА И СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Белякова Г.Л., Андропова Н.В., Землякова С.С., Лосева О.К.

Медицинский институт непрерывного образования «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», Центральный отдел специализированной медицинской помощи Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Введение. Сифилис – инфекционное системное заболевание, является актуальной проблемой современной дерматовенерологии. Интерес к его изучению обусловлен поражением все органов и тканей организма на фоне длительной персистенции возбудителя. Описаны маркеры иммунологического старения при сифилисе (Андропова Н.В., 2013), а диагностика признаков преждевременного старения кожи у пациентов с серорезистентностью (СР) и поздними формами сифилиса (ПФС) ранее не проводилась, поэтому стала целью нашего исследования. **Материалы и методы.** На базе ЦОСМП МНПЦДК ДЗМ проводился отбор больных с признаками преждевременного старения кожи в группах пациентов СР и ПФС. Обследовалось 25 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет. Из них 11 мужчин, средний возраст которых составил 49,7±9,1, и 14 женщин, средний возраст которых был 52,7±11,2 года. У них отмечены положительные серологические реакции разной

степени выраженности. Для определения признаков старения использовался метод визуальной оценки макроморфологии кожи по классификации Glogau. Все пациенты были разделены на три группы по критерию возраста: 1 гр. – 35–50 лет (n=10), что соответствует II типу старения по классификации Glogau, 2 гр. – 50–60 лет (n=11) с III типом старения по классификации, 3-ю группу составили пациенты в возрасте 60–70 лет (n=4) с IV типом старения кожи.

Результаты. Визуальный осмотр кожного покрова позволил оценить цвет и рельеф кожи, степень выраженности и качество морщин, состояние сосудистого рисунка, наличие новообразований. В 1-й гр. своему возрасту соответствовало 3 пациентов (II тип старения), у 7 остальных определялся III тип старения кожи. Во 2-й гр. из 11 человек признаки преждевременного старения кожи были выявлены у 8 (IV тип). В 3-й гр. у всех больных тип старения кожи соответствовал возрасту. У всех обследованных пациентов определялись множественные доброкачественные новообразования кожи – папилломы, кератомы, невусы. У 3 пациентов в анамнезе отмечены злокачественные новообразования кожи – меланомы. У двух разнополюх пациентов из азиатской популяции диагностировано витилиго после перенесенного сифилиса с формированием СР.

Выводы: 1. Среди обследованных больных с СР и ПФС преждевременное старение кожи выявлено у 15 (60%). 2. Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения дополнительных методов диагностики – дерматоскопии и составления электронной карты пациента, что позволит проводить динамическое наблюдение за состоянием кожи, и, что особенно важно, у пациентов с множественными невусами. 3. Выявление большого количества папиллом у всех обследованных больных – повод для диагностики коинфицирования ВПЧ. 4. Профилактики преждевременного старения кожи у пациентов с СР и ПФС требует регулярного серологического контроля, полноценного и своевременного дополнительного лечения при условии длительного диспансерного наблюдения за пациентами.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИФИЛИСОМ

Бохонович Д.В., Лосева О.К., Козлова Е.Ю., Зюзя Ю.Р.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Департамента здравоохранения Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии»; Кафедра кожных и венерических болезней Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Подольский кожно-венерологический диспансер»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Департамента здравоохранения Москвы «Инфекционная клиническая больница №2», Москва

Введение. После установления диагноза позднего кардиоваскулярного сифилиса должна быть дана оценка тяжести

состояния данного больного, перспективы его выживания и решен вопрос о показаниях к оперативному лечению – степень срочности операции в каждом конкретном случае. Цель работы: информирование специалистов (дерматовенерологов, кардиологов, кардиохирургов) о возможном летальном исходе при неадекватной оценке тяжести состояния и неадекватном ведении больного ПКВС.

Описание случая. Пациент Ж. 09.01.1955 г.р. был госпитализирован в августе 2018 года в ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки голеней и стоп. Выявлен сочетанный аортальный порок сердца с преобладанием недостаточности аортального клапана 2–3 ст., относительная недостаточность митрального клапана 3 ст., недостаточность кровообращения в малом круге с развитием правосторонней застойной пневмонии, а также положительные серологические реакции крови на сифилис. ЭХОКГ от 22.08.18: аорта утолщена, корень 3,4 см; АК – створки утолщены, кальцинаты в створках, аортальная регургитация 2–3 ст., сочетанный порок АК с преобладанием недостаточности. МК утолщен, движение створок разнонаправленное. Диффузный гипокинез левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ 3 типа. ФВ ЛЖ 50%. ЭКГ от 22.08.18 – атрио-вентрикулярная блокада 1 ст. Умеренные изменения миокарда. Пациент ранее на сифилис не обследовался, сифилис в анамнезе отрицал. После выписки из кардиологического стационара поступил для специфического лечения в КВД Подольского района МО, где были выявлены: РМП 4+1:16, РПГА 4+1:10240, ИФА суммарные антитела КП=14,3 от 31.08.18. При исследовании ликвора от 26.09.18: данных за нейросифилис нет. 27.08.18 консультирован кардиохирургом, рекомендовано проведение КАГ. После специфического лечения (подготовка йодистым калием без доксициклина), затем натриевой солью бензилпенициллина по 1 млн ЕД 6 раз в сутки (2 курса – 28 и 14 дней) отмечалось ухудшение состояния. Пациент был госпитализирован в кардиологический стационар ГБУЗ МОНИКИ для проведения КАГ, где 07.12.2018 г., несмотря на проводимые терапевтические мероприятия, умер. На вскрытии: сердце 610 г, размеры 13x12x5 см. АК – створки утолщены, деформированы за счет фиброза и наличия плотных фиброзных бляшек, МК – створки плотные, деформированные. Аорта: интима гладкая, цвета слоновой кости, в грудном отделе вида «шагреновой кожи». Гистологически: аорта – с мелкоочаговой мононуклеарной инфильтрацией вокруг *vasa vasorum*. Воспалительный инфильтрат состоит из лимфоидных, плазматических клеток и небольшого количества макрофагов. При окраске по Уорthingу–Старри в участках воспалительного инфильтрата выявлены спирохеты. Миокард: фрагменты миокарда с венозным полнокровием, отеком стромы, мелкоочаговым диффузным фиброзом, периваскулярный фиброз (подтверждено окраской по ван Гизону). При окраске по Уорthingу–Старри выявлены спирохеты в участках некроза и в цитоплазме поврежденных кардиомиоцитов. Клапаны сердца (аортальный, митральный) – резко утолщены за счет фиброза и гиалиноза. Периваскулярно-мононуклеарная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, плазматических клеток, с примесью небольшого количества макрофагов; участки плазматической периваскулярной инфильтрации. При окраске по Уорthingу–Старри выявлены спирохеты в воспалительных инфильтратах.

Заключение. От обследования и диагностики до смертельного исхода у данного больного прошло примерно 3 месяца. Это как раз тот срок, который требуется для полноценного специфического лечения (включая 2 недели

приема внутрь слабо трепонемотцидного антибиотика – доксициклина, либо эритромицина, либо тетрациклина, которое в данном случае проведено не было). Нарастание степени сердечной недостаточности при кардиоваскулярном сифилисе происходит быстро. Каковы перспективы выживания, и не усилится ли недостаточность АК от 2–3 ст. при начале обследования до 3–4 ст. (уже летальной) через 3 месяца? С учетом перспектив нарастания тяжести состояния больного должен быть решен вопрос об очередности проведения специфического и оперативного лечения. В данном случае оперативное должно было стать первым. Тогда появлялся шанс на выживание. Специфическое лечение ставит своей целью постепенную остановку специфического процесса, воздействие на возбудителя, но то, что уже произошло, корректирует оперативное вмешательство, и промедление с ним, как видим, чревато летальным исходом.

СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ – ИСТОЧНИК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гаганов Л.Е., Лосева О.К., Залевская О.В., Жуковский Р.О.

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

Клинический случай. Пациентка 85 лет поступила в июне 2019 г. в БКР с подозрением на ИБС, нестабильную стенокардию. При обследовании данных за острую коронарную патологию не выявлено. Клиническая картина обусловлена состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). В анамнезе – состоявшееся ЖКК в 2018 г. Переведена в ОАРИТ. Выполнены общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. Серологические тесты на сифилис не проводились. Проводилась инфузионная, гемостатическая, противоязвенная терапия, гемотрансфузия эритроцитарной взвеси, СЗП. При повторной ЭГДС выявлены признаки состоявшегося кровотечения из желудка, выполнен профилактический эндоскопический гемостаз. Через день – клинические признаки рецидива кровотечения, в экстренном порядке выполнена ЭГДС, попытка эндоскопического гемостаза не удалась. Экстренно выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащих эрозий 12-перстной кишки, пилоропластика по Финнею, дренирование брюшной полости. Источник ЖКК остался невыявленным. На КТ обнаружено небольшое расширение инфраренального отдела брюшной аорты, заподозрено наличие аортодуоденального свища. Продолжена проводимая терапия, гемотрансфузии. Состояние больной оставалось тяжелым, с отрицательной динамикой. На пятые сутки нахождения в стационаре состояние крайне тяжелое, в 6.30 диагностирована клиническая смерть, начаты реанимационные мероприятия, без эффекта. В 7.07 констатирована биологическая смерть. Клинический диагноз. Основной: аневризма инфраренального отдела брюшной аорты. Аортодуоденальный свищ. Рецидивирующее дуоденальное кровотечение. Осложнения: кровотечение из эрозий желудка. Кровотечение из нисходящей ветви 12-перстной кишки. Геморрагический шок. Патологоанатомический диагноз. Основной. Поздний висцеральный сифилис: продуктивное гранулематозное воспаление,

одиночные и сливающиеся гуммы в стенке аорты и тонкой кишки, забрюшинной клетчатке, печени, легких, сердце и мягких мозговых оболочках. Осложнения: аневризматическое расширение инфраренального отдела брюшной аорты с пристеночным тромбозом. Деструкция гумм в зоне инфраренального отдела брюшной аорты, в прилежащей забрюшинной клетчатке и стенке горизонтальной части 12-перстной кишки с формированием аортодуоденальной фистулы и кровотечением.

Выводы. 1. Проведение серологических тестов на сифилис является необходимым для всех стационарных больных, любого возраста и с любой клинической картиной. 2. Сифилис представляет собой междисциплинарную проблему, и о его возможном участии в самой разнообразной клинической патологии должны помнить врачи буквально всех специальностей. Особенно это касается поздних форм заболевания, которые в наши дни встречаются во много раз чаще, чем ранние, и диагностировать которые во много раз труднее.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ

*Дмитриев Г.А., Ротанов С.В., Фриго Н.В.,
Негашева Е.С., Китаева Н.В., Каткова К.В.,
Кошелев Ю.А.*

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

Введение. Клиническое обследование пациентов при диагностике нейросифилиса (НС) и последующее наблюдение после проведенной антибактериальной терапии включает исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) и сыворотки крови (СК), а также определения индекса интрацеллюлярного синтеза специфических антител (ИТРА).

Цель исследования. Оценить динамику лабораторных показателей у пациентов с НС после проведения им специфической терапии в сопоставлении с данными обследования до начала лечения.

Материалы и методы. Исследованы 72 парных образца (СК + ЦСЖ), полученные от пациентов при постановке и до начала лечения НС и через 2–5 лет после лечения. В ликворе определяли плеоцитоз, протеинарию, содержание общих IgG, специфические антитела к антигенам бледной трепонемы в ИФА, РИФц, РПГА, РМП или ВДРЛ и в крови – общие IgG и специфические антитела в ИФА, РИФаbc200, РПГА и РМП.

Результаты. При постановке диагноза НС было исследовано 30 парных проб: в ЦСЖ плеоцитоз наблюдали у 10 (33%), протеинарию – у 12 (40%), положительные результаты (3+ и 4+) в РИФц – у 30 (100%) пациентов; индекс ИТРА варьировал в интервале 18–846 единиц (M=422). Через 2 года после окончания терапии по поводу НС было обследовано 20 пациентов: в ЦСЖ плеоцитоз установлен в 2 (10%), протеинария – в 4 (20%), положительные результаты (3+ или 4+) в РИФц – в 20 (100%) случаях; индекс ИТРА в 1 случае не мог быть рассчитан (отрицательные результаты исследования в РПГА) и в 19 случаях этот показатель составил 13–326 единиц (M=214). Через 3 года после окончания терапии по поводу НС были получены и обследованы 14 парных проб: в ЦСЖ плеоцитоз сохранялся в 4 (29%), протеинария – в 6 (43%), положительные результаты (3+ и 4+) в РИФц – в 14 (100%) случаях; индекс ИТРА

варьировал в интервале 26–658 единиц (M=250). В сроки 4–5 лет после окончания терапии НС были обследованы 8 пациентов: в ЦСЖ плеоцитоз наблюдали в 4 (50%), протеинарию – в 4 (50%), положительные результаты (4+) в РИФц – в 8 (100%) случаях; ин-декс ИТРА составил 15–627 единиц (M=219).

Выводы. 1. Выявлено снижение средних значений ИТРА у пациентов с НС через 2 года после лечения на 51% по сравнению со средними показателями при установлении этого диагноза и до начала специфической терапии. 2. У значительной части пациентов 4 (9,5%) при контрольных исследованиях ликвора даже через 2–5 лет после окончания терапии НС продолжают определяться плеоцитоз, протеинария и интрацеллюлярный синтез специфических антител к антигенам бледной трепонемы, что может свидетельствовать о продолжающемся неблагополучии обменных процессов в ЦНС, в том числе обусловленных специфическим процессом. 3. Целесообразно продолжить динамическое наблюдение за пациентами, перенесшими НС, с прицельной оценкой лабораторных показателей парных образцов, полученных от одних и тех же пациентов (при установлении диагноза и контрольных исследований после проведенной терапии).

ОБЪЕМ ДООБСЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ ДО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СУТОЧНЫЙ СТАЦИОНАР

*Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова
И.В., Радионова Е.Е., Вартапетян Н.В.,
Деньдоброва Ф.Н., Лебедева Е.В.*

*Московский научно-практический центр
дерматологии и косметологии Департамента
здравоохранения Москвы, кафедра кожных
болезней и косметологии Факультет
дополнительного профессионального образования
Федерального государственного автономного
образовательного учреждения «Российский
национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова»*

За период с января 2018 года по август 2019 года на стационарном лечении находилось 380 пациентов с диагнозом «Сифилис». Из них 322 со скрытыми формами, как ранними, так и поздними, 58 с диагнозами Первичный сифилис половых органов и Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. На долю скрытых форм (84,7% от общего количества пациентов) пришелся 151 случай скрытого раннего сифилиса, а также скрытого неуточненного как ранний или поздний (что составило 46,8% от скрытых форм, 39,7% от общего количества пациентов за данный период времени), 96 случаев скрытого позднего сифилиса (что составило 29,8% от скрытых форм, 25,2% от общего количества пациентов за данный период времени), 75 случаев асимптомного нейросифилиса (что составило 23,2% от скрытых форм, 19,7% от общего количества пациентов за данный период времени).

За период Госпитализации пациентам со скрытыми формами, а также с диагнозами Сифилис первичный и Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек, проводилось дообследование в объеме диагностической спинномозговой пункции (в случаях неустановленного ранее диагноза Нейросифилиса), а также скрининг госпитального комплекса (HIV, HbsAg, aHCV).

Полученные данные позволяют избрать путь введения препаратов для лечения сифилиса. Таким образом, практически в половине случаев (47,9%) у пациентов обнаружены изменения в спинномозговой жидкости, не позволяющие установить диагноз Нейросифилиса, но требующие смены тактики лечения, избрав внутривенный путь введения препаратов. Далее, в 3 из 380 случаев впервые обнаружены антитела методом ИФА к HIV (подтвержденным иммуноблоттингом), в 9 из 380 случаев впервые обнаружены aHCV, в 7 случаях впервые обнаружены HbsAg.

Резюмируя, хочется отметить важность проведения минимального дообследования (госпитального комплекса) у пациентов с Сифилисом до начала специфического лечения, результаты которого позволяют избрать верный путь введения антибактериальных препаратов в каждом индивидуальном случае, что в последующем может предотвратить развитие серологической резистентности и переход из скрытых ранних, поздних, а также неуточненных форм в поражение нервной системы с изменениями в спинномозговой жидкости.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА У МУЖЧИН, АССОЦИИРОВАННОГО С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ У ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРШ

Ким Д.Г., Гомберг М.А., Гущин А.Е.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Бабушкинский», Москва

Введение. В клинической практике пациенты с НГУ подлежат обследованию на признанные патогены – *S. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, которые являются наиболее частыми причинами воспаления в уретре. После исключения «признанных» патогенов, относящихся к ИППП, более чем в 35% случаев установить этиологический фактор воспаления в уретре не удается. В таких случаях нельзя исключить, что в качестве причин развития уретрита могут выступать факультативные и/или облигатные анаэробные бактерии, многие из которых связаны с нарушениями микробиоты влагалища у женщин, самым частым проявлением которых является бактериальный вагиноз (БВ).

Цель. Оценить особенности клинического течения уретрита у мужчин, ассоциированного с БВ у их половых партнерш. **Материалы и методы.** Изучали соскобный материал из уретры и первую порцию мочи у 166 гетеросексуальных мужчин, обратившихся для обследования на ИППП, и из влагалища 174 их половых партнерш. Все образцы были исследованы на наличие ДНК возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*) с помощью набора реагентов для ПЦР «АмпЛиПрайм®-NCMT» и «АмпЛиСенс® HSV I, II-FL» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Обсчет результатов производился при помощи программного обеспечения, прилагаемого к указанному набору реагентов. Единицы измерения концентрации ДНК микроорганизмов – геномный эквивалент в одном миллилитре жидкости (ГЭ/мл). Оценку лабораторных признаков уретрита проводили на основании микроскопии мазка, окрашенного по Граму и/или микроскопии осадка первой порции мочи. Для диагностики БВ использовали критерии Амсела. В рамках иссле-

дования разработана анкета для участников исследования с целью регистрации анамнестических, клинических и лабораторных данных пациентов.

Результаты. После исключения ИППП, в исследовании продолжили участвовать 153 мужчины и 161 женщина. Мужчины были разделены на клинические группы с подгруппами в зависимости от наличия или отсутствия воспаления в уретре и состояния микрофлоры влагалища их половых партнерш: 1А (уретрит БВ+), 1Б (уретрит БВ-), 2А (норма БВ+), 2Б (норма БВ-). Установлено, что у мужчин с уретритом 46% женщин-половых партнерш имели статус БВ-положительных, при этом у мужчин группы 2 (норма) БВ-положительными были только 22%. 53,4% мужчин группы 1А были в возрасте наибольшей сексуальной активности (18–30 лет), тогда как к этой возрастной группе принадлежало только 25,4% пациентов группы 1Б. Мужчины группы 1А чаще имели двух и более сексуальных партнерш за последние 6 мес, чем мужчины группы 1Б и здоровые мужчины контрольной группы: 60,5%, 47,1% и 30,5%, соответственно. У пациентов с позитивным БВ статусом половых партнерш значительно чаще по сравнению с пациентами, чьи половые партнерши имели негативный БВ-статус была сохранена крайняя плотность (в группе 1А у 93% мужчин, в группе 1Б – у 27,4%). Жалобы на дизурию и боли в нижней части живота и органах мошонки пациенты группы 1А предъявляли приблизительно в 5 раз реже, чем пациенты группы 1Б, суммарно 9,2% и 48,9%, соответственно. Также было установлено, что у мужчин группы 1А высокая степень выраженности воспаления в уретре встречалась в 2 раза реже, чем у мужчин группы 1Б (28% и 56,9%, соответственно), а клинические проявления уретрита у мужчин с позитивным БВ статусом половых партнерш были менее выражены, чем у мужчин с уретритом, чьи половые партнерши имели негативный БВ статус.

Выводы. Характерными отличительными признаками уретрита у мужчин, ассоциированного с БВ у их половых партнерш, являются значительно более низкая степень выраженности воспаления в уретре, а также скудность клинических симптомов заболевания в сравнении с НГУ другого происхождения. Преобладание среди таких пациентов мужчин в наиболее сексуально активном возрасте и признаками рискованного сексуального поведения подтверждают гипотезу о возможности передачи БВ-ассоциированных микроорганизмов при половых контактах. Наличие циркумцизии снижает риск БВ-ассоциированных уретритов у мужчин.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА2В У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ СКРИНИНГА НА ВПЧ

Ким Д.Г., Халдин А.А., Сунятуллина Н.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Бабушкинский», Москва

Введение. Аногенитальная папилломавирусная инфекция является наиболее распространенной вирусной инфекцией, передаваемой половым путем. По данным ВОЗ ВПЧ инфицированы от 50 до 80% населения, однако клинические проявления папилломавирусной инфекции – аногенитальные бородавки наблюдаются только у 5–10% ин-

фицированных лиц. Вероятность передачи инфекции при сексуальных контактах высока и может происходить и в отсутствие видимых клинических проявлений заболевания. Медико-социальная значимость папилломавирусной инфекции обусловлена ее этиологической ролью в развитии практически всех случаев рака шейки матки, а также значительной части карцином аногенитальной и орофарингеальной области. В этой связи вопрос о тактике ведения пациентов с субклиническими и латентными формами папилломавирусной инфекции приобретает особую значимость. В большинстве случаев наблюдается спонтанная элиминация ВПЧ в течение 1–2 лет при активном участии иммунной системы организма-хозяина, где одну из ключевых ролей играет система интерферона. В тоже время известно, что ВПЧ высокого канцерогенного риска персистируют дольше, чем низкого, способствуя прогрессии инфекции в дисплазию и рак *in situ*.

Цель. Оценить эффективность применения рекомбинантного интерферона альфа2b у пациентов с субклиническими и латентными формами папилломавирусной инфекции. Материалы и методы. Проведено исследование 87 образцов соскобного материала из уретры у мужчин и 53 образцов из цервикального канала женщин, обратившихся за медицинской помощью в Центр вирусной патологии кожи и слизистых оболочек ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Бабушкинский». Все образцы были исследованы на наличие ДНК ВПЧ 6,11,31,33,51,52,56,16,18 типов методом ПЦР в режиме реального времени. Участники исследования подлежали тщательному клиническому осмотру с целью выявления манифестных форм аногенитальной папилломавирусной инфекции. Женщинам была проведена кольпоскопия и цитологическое исследование шейки матки. Пациентам с положительными результатами скрининга на ВПЧ и отсутствием клинических проявлений папилломавирусной инфекции была назначена терапия, включающая применение ректальных суппозиторий с рекомбинантным интерфероном альфа2b в комбинации с антиоксидантами по 3 млн. ЕД, 1 раз в день на ночь, в общей сложности 3 курса по 10 дней с интервалами между курсами 10 дней. Контрольное исследование проводили через 1 месяц после окончания терапии.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 29,8±6,7 лет. Было установлено, что наиболее частым типом ВПЧ у пациентов исследуемой группы был 16 тип, он был обнаружен у 39,2% пациентов. Следующим по частоте выявляемости был ВПЧ 6 – в 35,5% случаев, далее следовали ВПЧ 18 – 21,5%, ВПЧ 11 – 10,3%, ВПЧ 52 – 8,2%, ВПЧ 31 – 7,8%, ВПЧ 51 – 7,2%, ВПЧ 33 – 6,4%, ВПЧ 56 – 4,6%. Кроме того, в 61,2% случаев обнаружения вируса был диагностирован только один тип ВПЧ, в остальных 38,8% – одновременно 2 типа и более. Наиболее часто наблюдалось сочетание ВПЧ 16 и 18 типов – у 8,1% пациентов, ВПЧ 6 и ВПЧ 16 типа – у 4,2%, ВПЧ 11 и ВПЧ 16 – 3,9%. Контрольное обследование пациентов спустя 1 месяц после окончания терапии показало, что положительные результаты обследования на ВПЧ были получены у 5 (5,7%) мужчин и 3 (5,6%) женщин. Пациенты с положительными результатами контрольных анализов на ВПЧ после окончания терапии подлежали повторному курсовому лечению рекомбинантным интерфероном альфа2b в комбинации с антиоксидантами и клинико-лабораторному наблюдению в динамике. Выводы. Наш опыт терапии пациентов с положительными результатами скрининга на ВПЧ и отсутствием клинических проявлений аногенитальной папилломавирусной инфекции рекомбинантным интерфероном альфа2b в комбинации с антиоксидантами показал хорошие результаты, учитывая элими-

нацию ВПЧ после окончания лечения в необычно короткие сроки. В целях более полной оценки полученных результатов планируется проведение дальнейших исследований с формированием группы контроля.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Кретова К.А., Демидова Е.И., Криницына Ю.М.,
Сергеева И.Г.*

*Новосибирский Государственный Университет,
Новосибирск*

На сегодняшний день эпидемия ВИЧ-инфекции представляет собой одну из наиболее серьезных социальных проблем человечества и среди большого количества проявлений ВИЧ-инфекции поражения кожи занимают особое место, так как с момента манифестации заболевания являются наиболее частым и ранним ее проявлением. ВИЧ-инфицированные пациенты имеют более многочисленные поражения кожи, в сравнении с ВИЧ-негативными людьми. Заболевания кожи и слизистых наблюдаются у 92% пациентов, зараженных ВИЧ.

Целью нашего исследования является изучение предварительных и заключительных дерматовенерологических диагнозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы. На базе Центра профилактики и борьбы со СПИДом методом случайной последовательной выборки было набрано 48 пациентов, из них 31 мужчина, средний возраст 40 лет, 17 женщин, средний возраст 39 лет. Из 48 пациентов 29 – получали антиретровирусную терапию, 19 не получали. HBV анамнез был у 2 пациентов, у 15 HCV и 1 пациент с HBV+HCV+HDV. Стадия ВИЧ-инфекции на момент обращения: 35 пациентов со стадией 4А, 5 пациентов 4Б стадией и 8 пациентов с 3 стадией. Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие, ВИЧ-положительный статус пациента, наличие дерматовенерологических проявлений.

Методы: клинический осмотр, фотодокументирование, лабораторные методы исследования ВИЧ-статуса пациента (количественное определение РНК ВИЧ методом ПЦР, Определение CD4 клеток методом проточной цитофлуориметрии).

Результаты. При первичном обращении к дерматологу исследуемой группе пациентов были поставлены предварительные диагнозы (пиодермии (4%), грибковые инфекции кожи (12%), инфекционно-паразитарные заболевания кожи (4%), нейродерматозы (6,25%), крапивница (4%), вирусные болезни кожи (8,3%), пузырьные дерматозы (2%), лихены (6,25%), дерматиты и токсикодермии (8,3%), экземы (6,25%), псориаз (14,5%), болезни сальных желез (12,5%), ИППП (6,25%), доброкачественные меланоцитарные образования (2%), злокачественные сосудистые опухоли (2%)), но в связи с разнообразием клинической картины заболеваний всем исследуемым пациентам были проведены ряд дополнительных, специфических дерматологических исследований. В последующем спектр заключительных дерматовенерологических диагнозов значительно изменился: пиодермии (0%), грибковые инфекции кожи (10,4%), инфекционно-паразитарные заболевания кожи (6,25%), нейродерматозы (0%), крапивница (2%), вирусные болезни кожи (8,3%), пузырьные дерматозы (0%), лихены (2%), дерматиты и токсикодермии (16,7%), экземы

(8,3%), псориаз (18,75%), болезни сальных желез (16,7%), ИППП (6,25%), доброкачественные меланоцитарные образования (4%), злокачественные сосудистые опухоли (0%). Заключение. Таким образом, вследствие нарушения иммунитета и сопутствующих патологий клиническая картина дерматологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов может быть не специфична для ряда дерматозов, что влияет на правильность поставленных диагнозов и дальнейшего лечения. В связи с этим возникает необходимость проводить все доступные дополнительные методы исследования для постановки окончательного диагноза.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСПУНКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Кузнецов Д.В., Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Колесова О.П., Стороженко О.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель: оценить эффективность проводимых методов нивелирования постпункционного синдрома.

Введение. Профилактика и лечение постпункционного синдрома – актуальная проблема ведения пациентов перенесших люмбальную пункцию. Люмбальная пункция (поясничный прокол, спинномозговая пункция, поясничная пункция) – введение иглы в субарахноидальное пространство спинного мозга на поясничном уровне. Проводится с целью диагностики состава спинномозговой жидкости, а также с лечебной или анестезиологической целью. Является единственным достоверным и эффективным методом в диагностике нейросифилиса.

Наиболее распространенным осложнением спинномозговой пункции является постпункционная головная боль (ППГБ). Обычно ППГБ развивается в течение 24–48 часов после проведения пункции и разрешается спонтанно в течение 5–10 дней. К 10-м суткам остаточные головные боли сохраняются не более чем у 10% пациентов, ощущавших их в первые сутки после операции. Выраженность ППГБ варьируется от легкой до интенсивной, имеет симметричный характер (чаще лоб и затылок). Часто ППГБ сопровождается тошнотой и рвотой. Иногда отмечается снижение слуха, диплопия, болезненные ощущения в мышцах шеи. Боль усиливается при нахождении пациента в вертикальном положении и ослабевает (до отсутствия) в горизонтальном. Механизмы возникновения ППГБ. Механизм ППГБ доподлинно не известен. Ее возникновение объясняют снижением субарахноидального давления (синдром внутречерепной гипотензии) в результате потери СМЖ во время пункции и через пункционный дефект. По нашим наблюдениям общий объем потери СМЖ не связан с интенсивностью ППГБ. Возможно, что острое изменение объема СМЖ является лишь первичным, индуцирующим механизмом ППГБ. Потеря СМЖ и изменение давления приводит к дилатации сосудов головного мозга что, по всей видимости, является основным механизмом ППГБ. Таким образом, в основе ППГБ лежат несколько механизмов, их комбинация с преобладанием тех или иных факторов может быть различна. Поэтому и различная интенсивность и характер ППГБ у разных пациентов.

Материалы и методы. Пациенты, находившиеся под нашим наблюдением в стационаре МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» после проведенной спинномозговой пункции с диагнозом: Постпункционный синдром

(различной степени выраженности).

Профилактика. Значимыми факторами профилактики ППГБ являются: Диаметр спинальной иглы и ее тип. Спинальные иглы диаметром 20G являются оптимальными для проведения люмбальной пункции. На своем пути такие иглы, в большей степени раздвигают волокна тканей, чем рассекают, что способствует быстрому закрытию дефекта. Также к профилактике ППГБ относится неукоснительное соблюдение пациентом постельного режима и обильного приема жидкости в первые сутки после проведения люмбальной пункции. Психологическая поддержка. Даже заранее предупрежденный пациент (а это надо делать всегда), воспринимает ППГБ очень негативно.

Лечение ППГБ. Классическая схема – постельный режим, нагрузка жидкостью (выпитой или в инфузиях) и медикаментозная терапия. По нашим наблюдениям данные мероприятия позволяют сократить длительность ППГБ в два и более раза, несмотря на то, что специальные исследования не подтвердили ее эффективность.

Выводы. Таким образом, профилактика и лечение постпункционного синдрома является актуальным в плане ведения пациентов, перенесших люмбальную пункцию, значимо улучшая качество жизни пациента и сокращая сроки пребывания пациента в стационаре.

РАННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС: 20 ЛЕТ СПУСТЯ...

Лосева О.К., Доля О.В.

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

Приводятся и обсуждаются 3 клинических случая обследования молодых людей 18, 20 и 23 лет, перенесших в первые месяцы жизни ранний врожденный сифилис – как с симптомами (в 2 случаях), так и скрытый (в 1 случае). Наиболее благоприятные результаты получены при обследовании 20-летней пациентки, у которой после рождения был диагностирован ранний врожденный скрытый сифилис. У ее матери ранний скрытый сифилис был выявлен на 5-й день после родов. Лечение ребенка начато на 5-й день жизни (пенициллином). На обследование в 20-летнем возрасте была направлена из ж/к, где наблюдалась по беременности (14 недель). При серологическом обследовании на этом сроке и на 28-й неделе беременности получены идентичные результаты: РМП отр., РПГА 3+, ИФА сум. КП=6,1, РИФ(-)/3+, РИБТ 52%. Констатирована анамнестическая позитивность ТТ после лечения по поводу РВС в анамнезе. Профилактическое лечение по беременности не проводилось. Родила в срок здорового ребенка, обследован в возрасте 3 и 6 мес. РМП, РИФ, и РИБТ отрицательные. Молодой человек, 18 лет, студент медицинского института, обследовался по собственной инициативе в связи с длительным сохранением позитивности НТТ после лечения по поводу манифестного РВС (папулы ладоней и подошв, гепатоспленомегалия; двусторонняя пневмония, ликвор без патологии), установленного в 3-месячном возрасте. У матери в тот же период выявлен ранний скрытый сифилис. Специфическое лечение ребенка пенициллином с 3 месяцев. В связи с сохранением позитивности НТТ проведено 3 курса дополнительного лечения – в возрасте двух, четырех с половиной и семи лет: первые 2 курса – роцефином, 3-й – пенициллином. При обследовании в возрасте 18 лет позитивность НТТ и ТТ сохраняется: РМП 3+, ИФА сум.3+,

КП=8,1, РИФ 3+/4+, РИБТ 56%. Жалоб не предъявляет, от СМП отказался. Д-з: серорезистентность. Патологии ССС и ЖКТ не выявлено. Даны разъяснения и рекомендации по наблюдению за состоянием здоровья. Девушка 23 лет была направлена на консультацию дерматовенеролога психиатром, к которому она обратилась с жалобами на депрессию, плохую память и бессонницу. При этом она сообщила психиатру, что после рождения болела РВС и показала выписки из и/б. Диагноз: РВС с симптомами (сифилитическая пузырчатка, ринит, менингит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, анемия, гипотрофия) был поставлен сразу после рождения, лечение препаратами пенициллина начато со вторых суток после родов. Мать лечилась также после родов. Девочка с 3-го месяца жизни наблюдалась и получала лечение у невролога и психиатра с диагнозом: синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Отмечалась задержка речевого развития, нормализовавшегося с помощью логопеда к 6 годам. Были трудности при обучении в массовой школе, агрессивное поведение. Проходила реабилитацию в санатории. При серологическом обследовании в МНПЦДК (при обращении в 23 года): РМП отр., РИБТ отр., ИФА (IgG) отр., РИФ (-)/2+, РПГА 2+ т. 1:80. Д-з: анамнестическая (слабая) позитивность отдельных ТТ (РИ-Фабс., РПГА) после леченного РВС в отдаленном анамнезе. Специфическое лечение не показано. Наблюдение психиатра, невролога.

Выводы. 1. Отдаленные результаты лечения РВС зависят от наличия или отсутствия клинических проявлений (они наиболее благоприятны при скрытом РВС), сроков начала лечения после родов и наличия или отсутствия патологии СМЖ. 2. При позднем начале лечения высок риск развития серорезистентности, что требует дополнительного лечения и длительного наблюдения (не менее 10 или более лет) и развязнительной работы с родителями, а впоследствии и с самим пациентом, о возможных осложнениях при серорезистентности. 3. Наиболее тяжелым по последствиям является поражение нервной системы, особенно с неврологической симптоматикой. Это требует длительного наблюдения, своевременного ликворологического контроля, а также сотрудничества в лечении и наблюдении с невропатологами и психиатрами.

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ И НЕУТОЧНЕННЫМ СКРЫТЫМ СИФИЛИСОМ

Лосева О.К., Туаева Р.Г.

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

Актуальность. Среди поздних форм сифилиса одна из наиболее угрожающих жизни и здоровью пациентов – это кардиоваскулярный сифилис (КВС). Одна из ведущих форм выявления КВС – это обследование сердечно-сосудистой системы у больных поздним скрытым и неуточненным скрытым сифилисом.

Цель: установить частоту и особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с поздним скрытым и неуточненным скрытым сифилисом.

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов с установленным диагнозом «Поздний скрытый сифилис» (17 пациентов) и «Скрытый сифилис, неуточненный как ранний

или поздний» (13 пациентов), в возрасте от 20 до 59 лет, мужчин – 24, женщин – 6. Методы обследования: клинические (анамнез, физикальное обследование), инструментальные (ЭХО-КГ, ЭКГ, УЗДГ брахиоцефальных артерий). Результаты. При обследовании были выявлены следующие изменения: на ЭХО-КГ: уплотнение стенок и корня аорты, створок аортального клапана – у 15 пациентов, расширение корня – у 5 и восходящего отдела аорты – у 2, митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст. – у 16 и легочная регургитация 1 ст. – у 4, диастолическая дисфункция левого желудочка – у 7 пациентов; на ЭКГ: нарушение реполяризации миокарда задней стенки левого желудочка – у 3 и передне-боковой стенки левого желудочка – у 1 больного, гипертрофия левого желудочка – у 4 человек, синдром ранней реполяризации – у 2, умеренные изменения миокарда левого желудочка – у 2 пациентов, нарушение проводимости правой ножки пучка Гиса – у 4, нарушение внутрижелудочковой проводимости – у 1, признаки перегрузки левого желудочка – у 1 пациента; на УЗДГ БЦА: стенозирующий атеросклероз БЦА – у 2 и у 1 – нестенозирующий атеросклероз БЦА, стенозы левой ОСА, ВСА – у 3 пациентов, признаки начальных проявлений атеросклероза БЦА – у 4, С-образная извитость ВСА с обеих сторон – у 2 пациентов, С-образная деформация левой ВСА – у 1, признаки венозной дисциркуляции – у 1, расширение внутренней яремной вены – у 1 пациента. КВС диагностирован у 5 из обследованных 30 пациентов с диагнозами «поздний скрытый» либо «скрытый неуточненный как ранний или поздний» сифилис. В 2018г., по статистическим данным оргметодотдела МНПЦДК, число вновь зарегистрированных больных поздним скрытым сифилисом в Москве составляло 1469 человек, скрытым неуточненным – 688 (в сумме 2157). Число больных КВС в тот же период – 20, что составляет 0,9% от вышеуказанной суммы. В нашем исследовании, в котором подбор больных в исследуемую группу был случайным, число больных, у которых был диагностирован КВС, равнялось 5 из 30, т.е. 16,6%.

Выводы. 1. Проведенное исследование показало, что есть все основания полагать, что имеет место неполное выявление специфического поражения сердечно-сосудистой системы у больных сифилисом. 2. Основной причиной неполного выявления позднего КВС следует считать пассивность лечащих врачей-дерматовенерологов, которые не направляют больных поздним и скрытым сифилисом на инструментальное диагностическое обследование ССС.

НУЖНО ЛИ ОБСЛЕДОВАТЬ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМ ЧЕЛОВЕКА?

Лысенко О.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

В важности обследования и лечения женщин, инфицированных вирусом папиллом человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, перестали сомневаться с того момента, как Пауль цур Хаузен доказал связь папилломавирусной инфекции (ПВИ) с развитием рака шейки матки. Не вызывает ни у кого сомнения и тот факт, что ПВИ передается половым путем в довольно высоком проценте случаев, Winer R.L., Feng Q. et al. (2008) утверждают, что этот уровень приближается к 85%. В России инфицированность

ВПЧ высокого онкогенного риска не подлежит учету, и обследование половых партнеров, как это осуществляется при других видах ИППП, при ПВИ не проводится даже в случае инфицирования одного из супругов. Считается, что последствия развития ПВИ высокого онкогенного риска для мужчин не столь значимы, и заболевание, если оно и возникает, протекает бессимптомно. Тот факт, что данные мужчины смогут стать источниками инфицирования других женщин, по-видимому, в учет не принимается. Целью нашей работы явилось изучение частоты инфицирования мужчин ВПЧ высокого онкогенного риска и особенности сексуального поведения этих мужчин, как возможных источников ПВИ. Лабораторное исследование методом ПЦР были проведено 326 мужчинам, обратившимся на амбулаторный прием по разным поводам, в том числе в качестве профилактического обследования. ВПЧ высокого онкогенного риска обнаружен у 177 (54,3%), из них 83 человека находились в браке более 2 лет, их жены на наличие ПВИ до момента обращения мужчин обследованы не были. На изучение манеры сексуального поведения дали согласие 38 мужчин, состоящих в браке. Оказалось, что первый половой контакт до 15 лет имели 13 мужчин, а до 17 лет – еще 12 человек. Таким образом, 25 мужчин из 38 начали половую жизнь до совершеннолетия, и только 1 из изучаемых первый сексуальный контакт имел после 21 года. Средний возраст начала половой жизни мужчин составил 16,7 лет. Одним из главных предикторов развития папилломавирусной инфекции является число половых партнеров. Изучая данный показатель у наблюдаемых нами мужчин, мы установили, что 10 из них имели более 10 половых партнеров, а еще 20 – от 5 до 10. Мужчин, у которых супруга была единственным партнером, не оказалось, только 1 человек имел 1 половой контакт до брака. Среднее число половых партнеров у мужчин составило 7,7. О необходимости использования защитных средств при случайных половых контактах знали все 38 изучаемых, однако барьерный метод использовали только 9 из них, остальные рассчитывали на безопасность партнерши. До момента обследования на наличие ВПЧ другие ИППП имели 12 человек (5 – хламидийную инфекцию, 4 – гонококковую, 3 – сочетанную, вызванную несколькими возбудителями). Таким образом, ВРЧ высокого онкогенного риска выявляется более чем у половины мужчин, обратившихся на венерологический прием. Обследование половых партнеров при ПВИ не проводится, несмотря на передачу ее половым путем. Высокий уровень половой активности мужчин сопряжен с большой частотой случайных половых контактов, что, с одной стороны, повышает возможность заражения самих мужчин, с другой стороны – вероятность инфицирования ими других женщин, ПВИ у которых может привести к развитию рака шейки матки.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ПРИ НЕЙРОСИФИЛИСЕ

Магарышкина О.В., Абдулаева Н.А., Кузнецов Д.В., Кудрявцева Л.Е., Колесова О.П., Стороженко О.А.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. В период спада эпидемии сифилиса, начали преобладать поздние формы инфекции. В настоящее время актуальным вопросом практического здравоохранения является сифилитическое поражение органа зрения и

нервной системы. Это связано с имеющимися проблемами сложной и несвоевременной диагностики скрытого сифилиса, который приводит к неадекватному лечению и повышает возможность развития поздних манифестных форм, в том числе и нейросифилиса, особенностью которого является атипичная и малосимптомная клиника, а также со сложностями контроля излеченности. Исходы течения нейросифилиса, при отсутствии адекватного лечения, могут приводить к необратимым поражениям любых отделов нервной системы и снизить качество жизни пациента, вплоть до инвалидизации или смерти. Помимо специфических воспалительных увеитов сифилитической этиологии, свидетельством поражения органа зрения является расстройство зрачковых реакций.

Цель. Описание клинического наблюдения пациента с синдромом Аргайла-Робертсона, являющегося признаком поражения сифилисом ЦНС.

Материалы и методы. Пациент Д., 59 лет, в 2001 г. получил курс специфического лечения бициллином №10 в КВД по м/ж. Данных о КСК нет. Со слов, 10 лет назад снят с учета. В 2019 г. обратился к неврологу с жалобами на трудности при ходьбе. Данные серологического обследования: РМП 4+1:4; РПГА 4+>1:2560; ИФА полож. кп 16,5; РИФ 4+/4+; РИБТ 78%. От ликворологического обследования пациент отказался. При изучении офтальмологического статуса обращает внимание выраженная анизокория (OD d=7 мм, OS d=3 мм), деформация зрачков и отсутствие прямой и содружественной реакции на свет с сохранением реакции на конвергенцию и аккомодацию. Передний сегмент и глазное дно без специфических особенностей. Вышеуказанные изменения со стороны органа зрения свидетельствуют о наличии прямого синдрома Аргайла-Робертсона, который характерен для поражения сифилисом ЦНС. Впервые был описан шотландским врачом Argyll Robertson (1837–1909). Патофизиологический механизм этого синдрома полностью не изучен, принято считать, что синдром обусловлен поражением трепонемным токсином (в случае нейросифилиса) области около ядра Якубовича–Вестфала–Эдингера, что в итоге приводит к нарушению миотической реакции цилиарного ганглия. Необходимо отметить, что к несифилитическим причинам синдрома Аргайла-Робертсона можно отнести диабетическую полинейропатию, энцефалопатию Вернике, болезнь Лайма, саркоидоз, рассеянный склероз. Дифференцировать необходимо с синдромом Ади (тоник зрачок Ади), который характеризуется монотонно расширяющимся зрачком и обусловлен поражением постганглионарных волокон в парасимпатической иннервации глаза. Для него присущи 3 отличительных признака: мидриаз, потеря глубоких сухожильных рефлексов и нарушение потоотделения. Также следует отметить, что при синдроме Ади, в отличие от синдрома Аргайла-Робертсона, наблюдается дальновзоркость вследствие аккомодативного пареза, светобоязнь и трудности при чтении. Исключив у пациента вышеперечисленные заболевания, можно утверждать, что расстройство зрачковых реакций обусловлено именно поражением ЦНС трепонемным токсином. Соответственно, с учетом синдрома Аргайла-Робертсона пациенту были проведены курсы специфического лечения. Выводы. Принимая во внимание данные анамнеза, результаты серологической диагностики, данные офтальмологического осмотра, можно сделать вывод о том, что синдром Аргайла-Робертсона является патогномичным синдромом нейросифилиса, подтверждение которого непосредственно отображается на схеме специфического лечения сифилиса. Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по сифилису, увеличения случаев нейро-

сифилиса, а также возрастание частоты малосимптомных клинических проявлений данного заболевания, необходимо совершенствование диагностики сифилиса путем совместных усилий дерматовенерологов, офтальмологов и неврологов.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНОГО СИФИЛИСОМ

Магарышкина О.В., Кузнецов Д.В., Колесова О.П., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Стороженко О.А.

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

Пациент Б., 1965 г. р., был направлен на консультацию в Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса в августе 2015 года из ГНЦДК, где проходил обследование.

Из анамнеза: По поводу А.51.5 от 2008 г., проведен курс специфического лечения цефтриаксоном по 1, 0 в\м № 20 в ГНЦДК. КСК не проводилось. При обследовании в ГНЦДК от 22.12.10 и 28.09.12 - РМП 4+. В августе 2015 года пациент находился на обследовании в НИИ неврологии с диагнозом специфическое многоочаговое поражение головного мозга, где 13.08.15 проведена спинномозговая пункция. В ликворе: ИФА суммарные обнаружены к\п 9,1, РИФ 3+, РИБТ отрицательная, РМП отрицательная, белок 0,348 г\л, цитоз 7\3.

Установлен диагноз А.52.1 и пациент был госпитализирован в филиал

«Клиника им. В.Г. Короленко», где получил курс специфического лечения пенициллином по 12 млн. ЕД х 2 раза в сутки в течение 7 дней, затем по заявлению пациента был выписан и продолжил лечения цефтриаксоном по 2, 0 в\м №7 в ГНЦДК.

Повторно направлен на консультацию Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса для решения вопроса о проведении контрольной спинномозговой пункции в сентябре 2016 года.

Перед контрольной спинномозговой пункцией пациент был осмотрен смежными специалистами ГЦСУ – терапевтом, на основании предоставленной ЭХО кардиографии, проведенной 30.04.16, сделано предположение о специфичности выявленный на ЭХО кардиограмме изменений.

19.10.16 консультирован проф. Лосевой О.К. – установлен диагноз Поздний кардиоваскулярный сифилис. Специфическое лечение начато с подготовительного этапа (К\т доксициклин), затем продолжено в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» 2 курсами пенициллина по 400 тыс. ЕД X 8 раз в сутки в течение 28 и № 14 дней.

Выводы. Для диагностики всех форм сифилиса, особенно поздних форм на этапе установления диагноза и серорезистентности, рекомендуется проводить комплексное обследование для выявления возможных осложнений. Такой подход позволит сделать верное суждение о характере осложнений и выбрать правильную тактику лечения (как основного, так и дополнительного).

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВОМ ПУТЕМ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Манапова Э.Р., Фазылов В.Х., Беляева Й.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань

Цель: сравнительный анализ инфекций, передаваемых половым путем у ВИЧ и ВГС/ВИЧ инфицированных пациентов при постановки на диспансерный учет.

Материал и методы. В группу исследования вошли 49 пациентов с ВИЧ-инфекцией в возрасте $37,8 \pm 1,61$ года с длительностью инфицирования ВИЧ $2,85 \pm 0,18$ года (первая группа) и 31 – с сочетанной ВГС/ВИЧ инфекцией (вторая группа) в возрасте $36,4 \pm 1,2$ года и длительностью инфицирования ВИЧ $3,82 \pm 0,1$ года. При ВИЧ-моноинфекции половой путь инфицирования связан с поведенческим риском незащищенных сексуальных контактов, поэтому распределение по полу в данной группе было примерно одинаково: мужчин – 44,9% и женщин – 55,1%. Большинство (82%) имело вирусную нагрузку (ВН) РНК ВИЧ ПЦР $< 100\,000$ копий/мл и уровень CD4+ клеток > 350 /мкл (80%). В группе ВГС/ВИЧ-инфекции преобладали пациенты мужского пола (77%), что обусловлено преимущественно парентеральным путем заражения (мужчины чаще демонстрируют рискованное поведение в плане употребления ПАВ (в/в героин), с низкой и средней ВН РНК ВИЧ (81%) и уровнем CD4+ лимфоцитов более 350 кл./мкл (61%). Все пациенты были наивными – не получали антиретровирусную терапию (АРВТ), маркеры HCV- и HBV-инфекций были исключены на основании ИФА и ПЦР. У пациентов с ВИЧ-моноинфекцией ИППП выявлялись у 63%, с преобладанием заболевания у лиц женского пола (67%); в группе с сочетанной ВГС/ВИЧ-инфекцией – у 39% женщин ($p < 0,05$) и в 62% случаев у мужчин ($p < 0,05$). Среди пациентов преобладали лица репродуктивного возраста, ведущие активную половую жизнь, 64% и 61% пациентов соответственно в первой и во второй группе находились в возрасте от 30–39 лет. У пациентов первой и второй группы диагностированы урогенитальный хламидиоз (в 55% и 10%, $p < 0,01$), микоплазмоз (44% и 10%, $p < 0,05$), уреаплазмоз (38% и 13%, $p < 0,05$) и урогенитальный кандидоз (16% и 6%, $p < 0,05$) случаев, с мало- или асимптомным течением в 68% случаев. У 11% и 19% пациентов первой и второй группы выявлялся первичный и вторичный сифилис, в возрасте $37,4 \pm 1,2$ лет. На момент обследования клинических проявлений генитального герпеса не было, а рутинные серологические исследования по выявлению антител к вирусу простого герпеса 2 типа у ВИЧ-инфицированных пациентов не рекомендованы. У 14% и 19% пациентов первой и второй группы выявлялся первичный и вторичный сифилис, в возрасте $37,4 \pm 1,2$ лет, с равным распределением по полу в обеих группах. По нашим результатам также у пациентов с сифилисом на момент постановки на диспансерный учет выявлены самые низкие уровни CD4+ лимфоцитов ($p < 0,05$), а уровень ВН РНК ВИЧ превышал показатели при других ИППП и у пациентов без ИППП ($p < 0,01$), при отсутствии АРВТ. При этом среди пациентов с сочетанными инфекциями сифилис и ВГС/ВИЧ ВН РНК ВИЧ достоверно была выше показателя у ВИЧ-моноинфицированных с сифилисом ($p < 0,01$).

Таким образом, на момент постановки пациентов на учет со сроком инфицирования ВИЧ менее 4 лет ИППП преобладали в группе ВИЧ-моноинфекции с преимуще-

ственно половым путем инфицирования, у 67% женщин с большей частотой выявления урогенитального кандидоза, хламидиоза, уреаплазмоза и микоплазмоза при малосимптомном течении по сравнению с данными при сочетанной ВГС/ВИЧ-инфекции. У пациентов с сифилисом отмечались более низкие показатели CD4 лимфоцитов и высокие уровни ВН РНК ВИЧ; с достоверно более высокими уровнями ВН РНК ВИЧ и низкими относительными показателями CD4 клеток в группе с сочетанными инфекциями сифилис и ВГС/ВИЧ. Обоснованным является назначение АРВТ для профилактики передачи ВИЧ-инфекции в серодискордантных парах, т.к. показатели распространенности ИППП среди ВИЧ-моноинфицированных (с половым путем передачи заболевания) обуславливают высокий риск заражения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ГЕРПЕСВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ЧЕЛОВЕКА

Марданлы С.Г., Марданлы С.С.

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

Эпидемический процесс герпесвирусных инфекций характеризуется отсутствием четко выраженной периодичности, сезонности и цикличности. Частота бессимптомных форм и невозможность дифференциальной диагностики манифестных форм только по их клиническим проявлениям стали причиной того, что данные официального учета заболеваемости герпесвирусными инфекциями не отражают их реального распространения среди населения, что затрудняет своевременное принятие адекватных управленческих решений и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий. Указанные особенности определяют необходимость совершенствования системы эпидемиологического надзора за герпесвирусными инфекциями путем организации эффективного мониторинга, с использованием современных методов лабораторной диагностики, позволяющих своевременно выявлять маркеры активно текущей и латентной инфекции.

Цель. Совершенствование системы эпидемиологического надзора за герпесвирусными инфекциями путем разработки нового оригинального набора отечественного набора реагентов для одновременного дифференциального определения антител сразу к нескольким герпесвирусам человека.

Результаты исследования. В качестве основы создания нового отечественного теста («Лайн-Блот ВГЧ-профиль») была выбрана технология мультипараметрического исследования в линейном иммуноблоттинге (ЛИБ). Были разработаны: оригинальный формат иммуносорбента, представляющего собой нитроцеллюлозную мембрану с нанесенными на нее 5 поперечными линиями антигенов (HSV-1, -2, VZV, EBV, CMV) и необходимые растворы реагентов (разводящий, субстратный и промывающий растворы, конъюгат, стоп-реагент). Предварительные клинические испытания нового набора реагентов проводились на сыворотках крови ВИЧ-инфицированных лиц (127 шт.; ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»), сыворотках крови беременных женщин (86 шт.; НИИ Защиты матери

и ребенка, Москва), сыворотках крови лиц, проходивших лечение или обследование (105 шт.; ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН), а также на сыворотках стандартизованных панелей, содержащих и не содержащих антитела к антигенам возбудителей ГВИ. Клинические испытания показали высокую диагностическую информативность определения IgG (91,0–100%) и IgM (98,4–100%) с использованием нового набора реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль», что позволило представить к регистрации в Российской Федерации.

Заключение. Разработан оригинальный набор реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль», который его позволяет в рамках одного лабораторного исследования достоверно определять состояние гуморального иммунитета пациента в отношении каждого специфического антигена основных возбудителей герпесвирусных инфекций человека (HSV-1, -2, VZV, EBV, CMV), а также оценивать давность инфицирования VZV и дифференцировать HSV-1 от HSV-2.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И., Мун А.В.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент

Актуальность. ВИЧ-инфекция является проблемой современной медицины. ВИЧ-инфекция в связи с разнообразием клинической картины, трудностью в диагностике и лечении способствует распространению этого тяжелого заболевания среди населения. Ежегодно в мире ВИЧ заражается около 2 миллионов человек. Наиболее частыми индикаторами ВИЧ-инфекции являются ВИЧ-ассоциированные кожные заболевания. В Республике Узбекистан по данным официальной статистики зарегистрировано более 28 000 лиц с ВИЧ-инфекцией. При этом доля парентерального пути передачи составила 40,6%, полового 41,8%, и вертикального 3,4%.

Цель исследования. Изучить особенности течения дерматозов у детей в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией с кожными проявлениями. Возраст больных на момент проведения исследования составил от 4 до 18 лет (средний возраст 9,2 года). Всем пациентам проводилась развернутая иммунограмма периферической крови и назначена антиретровирусная терапия.

Результаты. Из них у 8 больных (44,4%) был выставлен диагноз кандидоз кожи и слизистых оболочек, у 4 больных (22,2%) – обыкновенные бородавки и контактный дерматит, у 3 больных (16,6%) – атопический дерматит, у 2 больных (11,1%) – себорейный дерматит, у 1 больного (5,5%) – опоясывающий лишай. Клиническая эффективность назначения антиретровирусной терапии оценивалась по уровню CD4+ и ИРИ. Иммунологическое исследование показало прямую корреляционную связь низкого уровня CD4+ со степенью тяжести поражения кожи. Поражения кожи, связанные с ВИЧ инфекцией, встречаются весьма часто у детей, что свидетельствует о важности тщательного и целенаправленного обследования пациентов, особенно входящих в группы риска, часто болеющих вирусными, грибковыми и бактериальными заболеваниями и имеющими резистентность к проводимой терапии.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В 2019 ГОДУ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ ФОРМ СИФИЛИСА (ПО ДАННЫМ СПБГБУЗ «ГОРОДСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»)

Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Дудко В.Ю., Агабабаева Ж.А., Смирнова Н.В., Козьминский Е.Б.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург

Учитывая социальную значимость позднего скрытого сифилиса, трудностью установления диагноза, приобретение пациентом стойкой инвалидизации, необходимостью дорогостоящего оперативного лечения в случае развития висцеральных форм, целесообразно проведение обследования и лечения таких пациентов в специализированном венерологическом стационаре.

Целью работы явился анализ заболеваемости сифилисом в 2019 году. Задачами ставились: частота выявления поздних форм и висцерального сифилиса, анализ медикаментозного лечения с учетом действующих стандартов и федеральных клинических рекомендаций.

Материалом явился анализ 1437 медицинских карт стационарного больного венерологического отделения СПбГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (далее – ГорКВД), использовался метод статистического анализа.

Результаты. В 2019 году сохранился высокий уровень позднего скрытого сифилиса: данный диагноз был выставлен в 2019 году у 371 пациента (в 2018 – 401; 2017 – 300). Диагноз раннего нейросифилиса после проведения люмбальной пункции установлен в 2019 году у 110 пациентов (в 2018 – 61, 2017 – 33), позднего асимптомного нейросифилиса в 2019 у 78 пациентов (2018 – 73, 2017 – 73), нейросифилис с симптомами в 2019 году у 17 пациентов (2018 – 13). Сифилис сердечно-сосудистой системы был установлен впервые в 2019 году у 43 пациентов (2018 год – 39).

Выводы. Все перечисленные состояния могут угрожать жизни пациентов и требуют двухэтапного лечения с сохранением постоянной концентрации антибиотика в крови во избежание осложнений (ишемический инсульт, поражение аортального клапана и коарктации аорты, психических и неврологических нарушений различной степени тяжести, что приводит к инвалидизации пациента). Согласно ст. 37 ФЗ РФ №323 от 21.11.2011 (ред. от 27.12.2019) организация оказания медицинской помощи должна осуществляться в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи. В Федеральных клинических рекомендациях РОД-ВК 2015 года единственным препаратом, указанным для лечения больных скрытым поздним, ранним и поздним висцеральным, ранним и поздним нейросифилисом, является натриевая соль бензилпенициллина. Только данный препарат с введением 2 раза в сутки внутривенно позволяет создавать постоянную концентрацию антибиотика в крови пациента и обеспечивает высокую трепаноцидную активность. В стандарте медицинской помощи больным поздним сифилисом (при оказании специализированной помощи) в стационаре, утвержденным приказом МЗ и

соцразвития РФ от 8.12.2006 года №829 наряду с бензилпенициллином указан ампициллин. В Федеральных клинических рекомендациях РОД-ВК 2015 года (далее – ФКР) ампициллина натриевая соль также указывается для лечения первичного, вторичного и раннего скрытого сифилиса в качестве альтернативного лечения. Активное применение в последние 3 года для лечения поздних форм сифилиса препаратов резерва (цефтриаксона отечественного производства по схемам оригинального препарата) без учета эквивалентности генерических препаратов и оригинального препарата может привести к дальнейшему нарастанию поздних и висцеральных форм сифилиса и серорезистентности. В настоящее время сложилась критическая ситуация: в течение года в Санкт-Петербурге и в других регионах РФ в связи с отсутствием субстанции приостановлен выпуск препарата бензилпенициллина, необходимого дерматовенерологам для проведения специфической терапии, особенно при поздних формах сифилиса. Организаторы здравоохранения рекомендуют использование препарата резерва цефтриаксона, однако исследования по эффективности цефтриаксона генерического при поздних и висцеральных формах сифилиса не проводились. На сегодняшний день уже недостаточно срочного решения вопроса о возобновлении производства пенициллинов, а с учетом отсутствия препаратов пенициллина в практическом здравоохранении необходимо срочно решить вопрос о временном применении другого доступного и эффективного препарата и внести изменения в нормативные документы.

К ВОПРОСУ О ТЕСТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ

Прожерин С.В.

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Екатеринбург

Ежегодный рост численности когорты людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), поздняя диагностика ВИЧ-инфекции являются актуальными проблемами для большинства субъектов России. Процент охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ – один из целевых показателей реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Широкий охват тестированием призван обеспечить своевременную диагностику и раннее начало лечения ВИЧ-инфекции. Цель и задачи. На основании действующих нормативно-правовых документов уточнить показания и сроки проведения тестирования на ВИЧ при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

Материалы и методы. Анализ санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (СП), клинических рекомендаций российского общества дерматовенерологов и косметологов (КР).

Результаты. Порядок освидетельствования на ВИЧ-инфекцию регламентирован СП. Применительно к посетителям кожно-венерологических учреждений следует рекомендовать на добровольной основе обследование на ВИЧ с проведением до- и послетестового консультирования по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции больным с подозрением или подтвержденным диагнозом инфекций, передающихся половым путем (ИППП) при выявлении и через 6 мес., представителям прочих уязви-

мых групп населения, а также при наличии клинических показаний. К последним в том числе относятся: волосатая лейкоплакия языка, саркома Капоши, генерализованные или хронические формы инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, рецидивы опоясывающего герпеса (ОГ) у лиц <60 лет, внелегочной криптококкоз, глубокие микозы, лимфомы, хронические и рецидивирующие бактериальные, грибковые, вирусные заболевания кожи и слизистых, включая рецидивирующую пиодермию. В субъектах России с генерализованной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции (>1% беременных женщин являются ВИЧ+) СП регламентируют обследование на ВИЧ всех жителей 18–60 лет при обращении за медицинской помощью. КР «Дерматовенерология 2015» (печатный вариант) и их обновленная электронная версия, размещенная на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии», содержат указания на проведение однократного исследования на ВИЧ при диагностике аногенитальных бородавок (КР204), саркомы Капоши (КР238), пруриго (КР233). КР по генитальному герпесу (КР208) предусмотрено тестирование на ВИЧ при >6 рецидивах в год. При неустановленном источнике заражения при трихомониазе (КР241), микоплазменной (КР216), хламидийной (КР194) и гонококковой (КР218) инфекциях рекомендован анализ на ВИЧ через 3–6–9 мес. Названные КР не содержат информации о необходимости тестирования на ВИЧ при выявлении указанных ИППП. КР197 не предусмотрено исследование на ВИЧ больных сифилисом. В обновленных КР209 отмечено, что ОГ может являться ранним маркером заражения ВИЧ, в классификации выделена отдельная форма (ОГ у больных ВИЧ-инфекцией), описаны особенности течения у ЛЖВ. В КР по контактиозному моллюску (КР220) отражены особенности локализации высыпаний на коже у ВИЧ-позитивных пациентов (лицо, шея, туловище), склонность к рецидивам. О часто наблюдаемом себорейном дерматите у ЛЖВ говорится в КР215. Однако отсутствуют рекомендации проведения теста на ВИЧ в случаях диагностики данных заболеваний у взрослых. Выводы. Учитывая высокую социальную и эпидемиологическую значимость раннего выявления у населения ВИЧ-инфекции, требуется уточнение показаний и сроков проведения тестирования на ВИЧ в КР по профилю «Дерматовенерология» при их актуализации. Прежде всего это касается ИППП, имеющих биологический и эпидемиологический синергизм с ВИЧ-инфекцией. Необходимо внесение изменений в соответствующие разделы КР по сифилису (КР197), урогенитальному трихомониазу (КР241), микоплазменной (КР216), хламидийной (КР194) и гонококковой (КР218) инфекциям, генитальному герпесу (КР208), аногенитальным (венерическим) бородавкам (КР204) путем дополнения их рекомендацией проведения исследования на ВИЧ всем больным с неизвестным или ранее отрицательным ВИЧ-статусом при постановке диагноза и через 6 месяцев. Целесообразно включить в соответствующие КР тестирование на ВИЧ всем лицам в возрасте 18–60 лет с неизвестным или ранее отрицательным ВИЧ-статусом при локализации очагов контактиозного моллюска на лице, шее, туловище, первом эпизоде и рецидивах ОГ, при диагностике себорейного дерматита.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА М. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАНТНЫМИ ШТАММАМИ И БЕЗ МУТАЦИЙ

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

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

Введение. *Mycoplasma genitalium* – инфекция передаваемая половым путем, может вызывать воспалительные заболевания органов урогенитальной системы, а также приводить к нарушениям репродуктивной функции. Характерной особенностью *M. genitalium*-инфекции является стремительное распространение антибиотикорезистентных штаммов, при этом имеются немногочисленные публикации, посвященные оценке клинических проявлений заболевания, вызванного мутантными и «дикими» штаммами возбудителя.

Цель. Оценить клинические проявления *M. genitalium*-инфекции у пациентов с мутантными штаммами и без мутаций. Задачи исследования: Охарактеризовать клиническую картину *M. genitalium*-инфекции, в том числе вызванной мутантными и «дикими» штаммами возбудителя.

Материалы и методы. Проанализированы клинические данные 454 первичных пациентов с *M. genitalium*-инфекцией. Применялся метод ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенирование домена V23S rRNAM.genitalium, пиросеквенирование *M. genitalium* к антибактериальным препаратам, определение генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью *M. genitalium* к макролидам и фторхинолонам.

Результаты. Из 454 первичных пациентов с *M. genitalium*-инфекцией у 371 (81,7%) обнаружены «дикие» (без мутаций) штаммы *M. genitalium* (1 группа), у 83 больных (22,3%) выявлены мутации устойчивости к макролидам и фторхинолонам (2 группа). В обеих группах преобладали мужчины (87,1% и 84,3%). Среди пациентов 1 группы преобладает возраст 26–30 (21,5%) лет у мужчин и 21–25 (41,7%) лет у женщин. Во 2 группе *M. genitalium*-инфекция наиболее часто встречалась в следующих возрастных диапазонах – 31–35 (31,4%) лет у мужчин и 26–30 (38,5%) лет у женщин. Пациенты с «дикими» штаммами чаще обращались в клинику с наличием субъективных симптомов заболевания (71,8% мужчин и 54,2% женщин). У мужчин из 2 группы также преобладали жалобы при обращении к врачу (70%). Женщины же 2 группы чаще обращались для профилактического обследования (38,5%). Мужчины обеих групп в большинстве случаев предъявляли жалобы на дизурию (18,3% и 21,4%). Под понятием «дизурия» объединялись различные комбинации субъективных симптомов: резь, жжение, зуд при мочеиспускании, учащенное, болезненное мочеиспускание. Женщины первой группы наиболее часто жаловались на выделения из мочеполювых путей (39,6%), в то время как женщины второй группы беспокоили выделения из мочеполювых путей и высыпания (по 7,7%). Клинические симптомы заболевания (гиперемия наружного отверстия уретры, уретральные выделения, высыпания в области наружных половых органов) изолированно или в различных сочетаниях были обнаружены у 156 (48,3%) мужчин и 29 (60,4%) жен-

щин 1-й группы. Во 2-й группе пациентов проявления уrogenитального заболевания были установлены у 33 (47,1%) мужчин и 6 (46,2%) женщин. У мужчин 1 группы при клиническом обследовании преобладали гиперемия наружного отверстия уретры и уретральные выделения – 54 (34,6%); у большинства мужчин 2 группы – 14 (42,4%) преваляли уретральные выделения. Среди клинических симптомов заболевания у женщин доминирует сочетание цервицита и вагинита у женщин 1 группы (44,8%) и только симптомы цервицита у женщин 2 группы (50%).

Выводы. Не выявлено значительных различий в цели обращения, а также наличия и характера симптомов *M. genitalium*-инфекции среди пациентов-мужчин в зависимости от особенностей возбудителя (с наличием или отсутствием мутаций резистентности к макролидам и фторхинолонам): 71,8% и 48,3% в 1 группе и 70% и 47,1% во 2 группе соответственно. Установлено, что женщины 1 группы чаще обращались за медицинской помощью с жалобами (54,2%), в отличие от пациенток 2 группы, где преваляло профилактическое обследование (38,5%). Частота клинических проявлений *M. genitalium*-инфекции среди женщин 1 группы (60,4%) превышает аналогичные показатели у пациенток 2 группы (46,2%) в 1,3 раза.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ (В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ)

Саламов Г.Г., Кисель О.В.

Медицинский центр информации и анализа Российской академии медицинских наук, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

После эпидемии сифилиса и взрывном росте наркомании, ВИЧ-инфицированности в 90-е годы прошлого столетия сейчас мы наблюдаем рост скрытых, поздних форм сифилиса и эпидемию ВИЧ. По данным статистики, заболеваемость сифилисом и ВИЧ-инфекцией имеют прямую корреляционную связь. Контингент заболевших связан с группами риска, лицами с девиантным поведением, пренебрежением к использованию барьерных методов защиты от ИППП, частой сменой половых партнеров, употреблением наркотиков. Несмотря на обсуждающееся в последнее время мнение о возрастающей роли парентерального пути заражения сифилисом в среде наркоманов, половой путь передачи остается основным для сифилиса и увеличивает риски половой передачи ВИЧ-инфекции. С появлением препарата «Трувада» как средства профилактического лечения ВИЧ и гепатита В у части пациентов возникла некая убежденность в том, что, приняв лекарство, они защищены и барьерные методы защиты от ИППП не важны. Практикуя «незащищенный секс», пациенты рискуют новым заражением, а употребление ими наркотиков не только резко снижает до инстинктивного уровень мышления, но и приводит к повреждению гемато-энцефалического барьера, негативно влияет на клеточный иммунитет. Эти факторы способствуют проникновению патогенов в нервную систему, развитию резистентных форм заболеваний.

Цель исследования: оценка распространенности сифилитической инфекции среди ВИЧ-инфицированных пациентов и определение причинных факторов.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты 107 ВИЧ-инфицированных пациентов, наблюдающихся в медцентре за период 2017–2018 г. Серологический скрининг ВИЧ и сифилиса проводился в лаборатории НИИ СП им. Н.В. Склифосовского: ПЦР (РНК ВИЧ) количественно, оценка клеточного иммунитета, РМП с кард.а/г, ИФА с треп.а/г (сумм), РПГА с треп.а/г. Выявленные формы сифилиса были пролечены по схемам, рекомендованным федеральными стандартами. Критериями излеченности были динамика снижения позитивности серологических реакций, негативация антител к кардиолипину антигену в РМП в течение года после лечения. Все пациента были разделены на две группы: Группа 1 – 54 МСМ, находящихся на различных стадиях ВИЧ-инфекции, получающие антиретровирусную терапию. 23 из них нерегулярно принимают метамфетамин и практикуют незащищенный секс, убежденные в том, что АРВТ («Трувада») защитит их от инфекций, передаваемых половым путем. Группа 2 – 53 пациента, включающая 20 женщин и 33 гетеросексуальных мужчин, получающих различные препараты АРВТ. Из них 5 мужчин и 1 женщина – наркоманы. Средний возраст среди мужчин был 37,4 года, среди женщин – 25,3 года.

Результаты. В 1 группе – у 37 из 54 пациентов был выявлен сифилис (68,5%), причем у 19 из них (51,3%) была реинфекция (регистрирована дважды и более). В той же группе пациентов, в 7 случаях снижение титров серологических реакций не было достигнуто вследствие реинфекции или низкого уровня CD4-лимфоцитов. Первичными факторами распространения сифилиса в 1 группе (среди МСМ) были: стремительный рост наркоманов среди МСМ за последние 2–3 года с сопутствующими приему наркотических средств психологическими и поведенческими отклонениями в сексуальной сфере. По сравнению с первой группой, вторая группа показала более низкий уровень заболеваемости сифилисом: 7 случаев из 53 (13,2%), среди которых 6 мужчин и 1 женщина, принимающие наркотики. Клинико-серологическое излечение было достигнуто у 6 пациентов данной группы. Основными факторами заражения сифилитической инфекцией среди гетеросексуальных мужчин и женщин были беспорядочные половые связи на фоне приема наркотиков и пренебрежение барьерными методами контрацепции.

Выводы. Полученные результаты иллюстрируют пандемию сифилиса среди ВИЧ-инфицированных МСМ в г. Москве, где первой причиной инфицированности является активное использование наркотиков. Предпочтение таким препаратам как «Трувада» как средства профилактики ВИЧ-инфекции в рамках антиретровирусной терапии, вместо барьерной контрацепции, может в перспективе стать фактором, способствующим росту не только эпидемии ВИЧ-инфекции и сифилиса, но и увеличивающейся множественной перекрестной резистентности к АРВТ.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМОМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Свечникова Е.В., Маршани З.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Цель: выявить количество пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), пролеченных в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2019 год, проанализировать структуру ИППП за выделенный период. Провести сравнительную характеристику в отношении данных заболеваний, диагностированных в 2018–2019 гг.

Методы и материалы. Проведен ретроспективный анализ структуры зарегистрированных случаев инфекций, передаваемых половым путем среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2019 год. Проведен сравнительный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем с 2018 годом.

Результаты. Всего за 2019 год в отделении дерматовенерологии и косметологии у 82 пациентов были выявлены инфекции, передаваемые половым путем, подтвержденные результатами клинико-лабораторного обследования. У 57,3% пациентов (n=47) выявлены аногенитальные (венерические) бородавки; у 23,2% (n=19) – генитальный герпес; у 13,4% (n=11) – хламидийная инфекция; у 4,9% (n=4) – урогенитальный трихомониаз; у 1,2% (n=1) – гонококковая инфекция; впервые выявленные случаи сифилиса в 2019 г. не зафиксированы. Чаще болели женщины – 53,7% (n=44). У 43,2% (n=19) пациентов женского пола были диагностированы аногенитальные (венерические) бородавки; у 27,3% (n=12) – генитальный герпес; у 20,4% (n=9) – хламидийная инфекция; у 9,1% (n=4) – урогенитальный трихомониаз. Среди мужчин (n=38), которые составили 46,3% от всего числа заболевших, чаще всего встречались случаи аногенитальных (венерических) бородавок – 73,7% (n=28), затем по частоте встречаемости идут генитальный герпес – 18,4% (n=7), хламидийная инфекция – 5,3% (n=2), гонорея – 2,6% (n=1). В 2018 году у 89 пациентов были диагностированы случаи ИППП. Большую часть также составили обращения пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками – 48,3% (n=43); 24,7% (n=22) – хламидийной инфекцией; 20,2% (n=18) – генитальным герпесом; 3,4% (n=3) – урогенитальным трихомониазом; 2,2% (n=2) – сифилисом, где 1,1% (n=1) – сифилис поздний скрытый, 1,1% (n=1) – скрытый, неуточненный как ранний или поздний сифилис; 1,1% (n=1) – гонококковой инфекцией. Доля посещений мужчинами, больными ИППП, за рассматриваемый период составила 46,1% (n=41) от всех посещений больными ИППП. Среди них 58,5% (n=24) больных аногенитальными (венерическими) бородавками, 26,8% (n=11) – хламидийной инфекцией, 9,8% (n=4) – генитальным герпесом, 2,4% (n=1) – гонореей, 2,4% (n=1) – сифилисом скрытым, неуточненным как ранний или поздний. Количество посещений женщин, больных ИППП, за 2018 г. составило 53,9% (n=48), среди которых чаще всего встречались случаи аногенитальных (венерических) бородавок – 39,6% (n=19), генитального герпеса – 29,2% (n=14), затем по частоте встречаемости шли хламидийная инфекция – 22,9% (n=11), урогенитальный трихомониаз – 6,2% (n=3), сифилис поздний скрытый – 2,1% (n=1).

Выводы. Таким образом, по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москва за 2019 год установлено, что среди лиц, обратившихся в отделение, независимо от пола, преобладающее число пациентов было с аногенитальными (венерическими) бородавками, затем по частоте обращений следуют больные генитальным герпесом, хламидийной инфекцией и малое количество урогенитальным трихомониазом и гонореей. Пациентов с впервые выявленным сифилисом в 2019 г. зафиксировано не было. Как и в 2018 году, чаще ИППП были диагностированы у лиц женского пола. В сравнении с 2018 годом количество пациентов с ИППП незначительно снизилось, структура заболеваемости в зависимости от выявленной нозологии несколько поменялась – генитальный герпес встречался чаще, чем хламидиоз. Среди женщин с ИППП уменьшилось количество случаев заболеваний, вызванных *Chlamydia trachomatis*.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА ПЕРИОД С 2016 ПО 2018 ГОД

**Скворцова А.И., Халдин А.А., Иванова М.А.,
Новожилова О.Л., Сунятуллина Н.Р., Ким Д.Г.**

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

Актуальность. Аногенитальные бородавки (АБ) – вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека 6,11 типов и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. АБ относятся к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), вирусной этиологии, в связи с чем остаются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем ввиду высокой заболеваемости и контагиозности.

Цель исследования: анализ эпидемиологической ситуации в отношении заболеваемости АБ в городе Москве за 2016–2018 гг.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ заболеваемости АБ в городе Москве за период 2016–2018 гг. на основании данных форм федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями», № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными болезнями».

Результаты. В результате проведенного анализа установлено, что официально регистрируемая заболеваемость населения г. Москвы АБ в 2018 г. снизилась по отношению к 2017 г. на 18,1%, а по сравнению с 2016 г. снизилась на 14,4%. Максимальный показатель заболеваемости за указанный период отмечен в 2017 г. (2253 случая, или 18,2 случая на 100 000 населения), а минимальный – зарегистрирован в 2018 г. (1863 случая, или 14,9 случаев на 100 000 населения). В 2018 г., как и в 2017, 2016 гг., АБ занимают второе ранговое место после сифилиса в структуре заболеваемости ИППП (21,7%). Среди пациентов, страдающих АБ, в 2018 г. наблюдается преобладание лиц мужского пола (946 случаев или 50,8% мужчин и 917 случаев или 49,2% женщин). Напротив, в период с 2016 по 2017 год

наблюдалась тенденция к преобладанию среди пациентов с АБ женщин (соотношение лиц женского и мужского пола, больных АБ, в 2017 г. – 1,2:1, в 2016 г. – 1,3:1). Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости АБ на протяжении 2016–2018 гг. составили лица в возрасте 18–29 лет (в 2018 г. – 53,8%, в 2017 г. – 53,9%, в 2016 г. – 50,2%), а наименьший – дети 0–14 лет (в 2018 г. – 0,1%, в 2017, 2016 г. – 0,5%). В 2016–2018 гг. отмечается снижение заболеваемости АБ детей 0–14 лет и подростков 15–17 лет. Заболеваемость АБ среди детей 0–14 лет в 2018 г. составила 0,06 случаев на 100 тыс. детского населения, что на 90% ниже по сравнению с 2017, 2016 гг. (0,6 случаев на 100 тыс. детского населения). Заболеваемость АБ среди подростков 15–17 лет в 2018 г. – 9,7 случая на 100 тыс. подросткового населения, что на 18,5% ниже по сравнению с 2017 г. (11,9 случая на 100 тыс. подросткового населения) и на 63,1% ниже по сравнению с 2016 г. (26,3 случая на 100 тыс. подросткового населения).

Выводы. Несмотря на официально регистрируемое снижение заболеваемости за период с 2016 по 2018 год, АБ являются второй по распространенности в городе Москве ИППП после сифилиса. Кроме того, особую тревогу вызывает преобладание среди пациентов, страдающих АБ, лиц возрастной категории 18–29 лет, являющихся наиболее сексуально активной частью населения и представляющих наибольшую эпидемиологическую опасность в отношении распространения данной ИППП. Представленные результаты анализа тенденций в отношении заболеваемости АБ обосновывают необходимость укрепления системы эпидемиологического надзора за данной патологией как одной из наиболее распространенных ИППП. В частности, взаимодействие и координация деятельности врачей-дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов является важнейшей составляющей частью работы, направленной на снижение заболеваемости АБ, сохранение репродуктивного здоровья населения.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ И ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Клиника «АНТА-Мед», Москва

Наряду со всеми преимуществами дермальных филлеров, всегда существует вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений. Поздние осложнения развиваются спустя несколько месяцев и даже лет после введения филлеров в виде узловых депозитов, миграции филлера, гранулем инородного тела, участков склероза, капсулы вокруг препарата. Для выбора оптимальной тактики лечения таких пациентов целесообразно точно определить локализацию филлера и тип осложнения. Высокочастотное ультразвуковое (ВЧ УЗ) исследование кожи – один из методов неинвазивной диагностики, который помогает ответить на данные вопросы.

Цель исследования. Изучение высокочастотных ультразвуковых паттернов поздних осложнений после инъекций филлеров.

Материалы и методы. Проводили ВЧ УЗ исследование кожи и мягких тканей у 36 пациентов, с поздними осложнениями контурной пластики в виде гранулем, фиброза, узловых депозитов и инкапсуляции препарата. Для высокочастотного ультразвукового сканирования применяли датчики с частотой 22 и 75 МГц и разрешением 72 и 21 мкм, шириной скана 12,8 мм, максимальной глубиной сканирования 16 и 4 мм соответственно. Акустическую плотность оценивали по шкале от 0 до 255 единиц.

Результаты. Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки поздних осложнений контурной пластики: гранулем инородного тела, инкапсуляции филлеров, фиброзных изменений гиподермы и дермы, миграции филлеров с образованием депозитов в мягких тканях.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование позволяет определять локализацию и границы патологических изменений при поздних осложнениях контурной пластики. Гранулемы инородного тела, нераспавшиеся депозиты филлеров, фиброз и инкапсуляция имеют специфические ультразвуковые паттерны, которые позволяют проводить дифференциальную диагностику между этими состояниями.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ФИЛЛЕРА МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Клиника «АНТА-Мед», Москва

В настоящее время существует большая группа косметологических пациентов с неясным анамнезом, посещавших специалистов в разных клиниках и получавших разнообразные процедуры. Часто информация о названии ранее введенных филлеров отсутствует, и определение типа филлера представляется крайне затруднительным. Высокочастотное ультразвуковое (ВЧ УЗ) исследование кожи может быть использовано для визуализации филлера в коже и мягких тканях, определения ультразвукового паттерна, специфичного для филлеров с разными физико-химическими свойствами, а также для оценки изменений окружающих тканей. **Цель исследования.** Изучение высокочастотных ультразвуковых паттернов филлеров на основе гиалуроновой кислоты, полиметилметакрилата, полиакриламидного геля, кальция гидроксиапатита и силикона. **Материалы и методы.** Проводили ВЧ УЗ исследование кожи и мягких тканей у 78 пациентов, которым ранее были введены различные филлеры. Для высокочастотного ультразвукового сканирования применяли датчики с частотой 22 и 75 МГц и разрешением 72 и 21 мкм, шириной скана 12,8 мм, максимальной глубиной сканирования 16 и 4 мм соответственно. Акустическую плотность оценивали по шкале от 0 до 255 единиц.

Результаты. Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки филлеров на основе гиалуроновой кислоты, полиметилметакрилата, полиакриламидного геля, кальция гидроксиапатита и силикона. Предложен алгоритм дифференциации типа филлера при высокочастотном ультразвуковом исследовании кожи.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование позволяет определять наличие и расположение филлера в коже и мягких тканях, а также с высокой вероятностью дифференцировать тип ранее введенного филлера. Предварительное исследование кожи пациентов перед инъекциями филлеров значительно повышает безопасность и эффективность данных процедур.

ВЛИЯНИЕ КУРСА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЕЛАЦИТАРНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В АНАМНЕЗЕ: СУБЪЕКТИВНАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА

Бейманова М.А., Шилова Б.В., Петунина В.В.

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

Цель исследования. Дать количественную оценку результатам применения фотодинамической терапии для коррекции инволюционных изменений кожи лица у пациенток в возрасте старше 60 лет с онкологическими заболеваниями кожи в анамнезе. Оценить безопасность.

Задачи исследования. 1. Сформировать группу пациентов с инволюционными изменениями кожи, отягощенными онкологическими заболеваниями кожи в анамнезе. 2. Оценить показатели субъективной оценки состояния кожи (глубина морщин, ровность цвета) методом ВАШ (визуально-аналоговых шкал) по шкале от 1 до 10. 3. Сопоставить результаты с оценкой визуализации кожи с применением программы обработки стандартизированных изображений ImageJ.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 14 пациенток с актиническим кератозом в анамнезе, в возрасте $71,9 \pm 10,8$, в диапазоне от 49 до 83 лет. До начала курса ФДТ и после него каждая из пациенток заполняла опросник, в котором оценивала глубину морщин области лба, носогубных складок и «гусиных лапок», а также ровность цвета кожи лица при помощи визуально-аналоговой шкалы от 1 до 10 баллов. Также оценку с использованием шкалы проводил врач. Для оценки глубины морщин, однородности цвета кожных покровов лица с учетом индивидуального оттенка использовались снимки области лба, носогубных складок, периорбитальной зоны, обработанные при помощи программы ImageJ.

Результаты. Пациенты оценили состояние кожи лица следующим образом. Выраженность морщин в области лба, носогубных складок и гусиных лапок составила до лечения $7,8 \pm 2,5$; $7,4 \pm 2,3$ и $9,1 \pm 3,3$ баллов соответственно. Врачебная оценка кожи в соответствующих зонах – $6,6 \pm 2,2$; $6,0 \pm 2,0$ и $7,4 \pm 2,1$ соответственно. Количественная оценка элементов изображения кожи с помощью ImageJ показала, что ширина морщин в названной локализации $0,54 \pm 0,15$; $0,98 \pm 0,33$; $0,25 \pm 0,08$ мм соответственно. Следует отметить, что, несмотря на сравнительно малую ширину, морщины вокруг глаз субъективно воспринимались как «наиболее выраженные», судя по показателям ВАШ. Имело значение кол-во морщин на стандартизованном участке кожи. В дальнейшем это предполагается учитывать при интегральном анализе изображения кожи с использованием ImageJ. Показатели ровности цвета кожи при опросе соответствуют уровню $2,3 \pm 1,1$ (минимальный балл

ВАШ соответствовал полностью неровному цвету лица по субъективному показателю). Врачебная оценка цвета кожи лица составила $3,4 \pm 1,2$. При оценке равномерности окраски кожного покрова с применением ImageJ однородность цвета лица составила $50,0 \pm 5,6\%$ (100%-ой считалось полное отсутствие гетерогенности окраски кожи). По результатам терапии отмечено улучшение показателей цвета лица и уменьшение ширины мелких морщин. Результаты показателей в области лба, носогубных складок до и после терапии достоверно не различались по субъективным оценкам, в отличие от данных анализа изображений. Оценка пациентов составила $7,0 \pm 1,6$; $6,8 \pm 2,0$ балла для указанных локализаций, врачебная $5,9 \pm 1,7$; $5,5 \pm 1,9$. Анализ изображений зафиксировал показатели на уровне $0,49 \pm 0,10$ мм; $0,80 \pm 0,14$ мм ($p < 0,05$ в обоих случаях по сравнению с показателями до лечения. Количественная оценка пациентов и врачебная в отношении «гусиных лапок» показали наличие значимого уменьшения после ФДТ: $7,8 \pm 2,0$, $6,5 \pm 1,8$ и $0,20 \pm 0,03$ мм соответственно ($p < 0,05$ во всех трех случаях). Показано снижение гетерогенности цвета кожи лица, как при субъективной, так и при инструментальной оценке. Этот показатель после курса фотодинамической терапии пациентками оценен в $5,0 \pm 0,9$ баллов, врачом – $6,1 \pm 0,8$ баллов, по данным анализа изображений он составил $72,2 \pm 7,7\%$.

Выводы. Фотодинамическая терапия курсом из 8 процедур приводит к улучшению самооценки состояния кожи лица и объективному уменьшению ширины морщин. Оценка пациента и врачебная оценка, как исходного состояния, так и результатов лечения отличаются в сторону субъективно более низких показателей качества состояния кожи лица пациентами.

Использование программы ImageJ подходит для быстрой обработки данных о результатах лечения. Она обладает возможностями, позволяющими количественно оценить инволюционные изменения кожи лица в процессе их коррекции. Профиль безопасности в процессе наблюдения. Во время курса процедур рецидивов нозологий не было.

ОСНОВНЫЕ КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С ДИФFUЗНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

**Биткина О.А., Варенова Т.Н., Вилка К.А.,
Удалова Е.С., Кашина А.С.**

Клиника «Александрия», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Большинством пациентов врача-трихолога являются лица женского пола. По нашим данным женщины составили 71,5% от обратившихся за консультацией.

Цель работы: изучение распространенности трихологических заболеваний у лиц женского пола разных возрастных групп с диффузными алопециями, выявление зависимости от провоцирующих факторов и сопутствующей патологии других органов и систем.

Материалы и методы. В период с декабря 2015 по декабрь 2019 гг. на базе клиники «Александрия» обследовано 261 пациентки с заболеваниями волосистой части кожи головы. Для установления диагноза использовались следующие методы: дерматоскопия, трихоскопия, люминесцентное исследование лампой Вуда, лазерная доплеровская

флоуметрия, микроскопическое исследование соскобов кожи и волос на присутствие спор и мицелия грибов. При необходимости назначались консультации врачей смежных специальностей.

Результаты и обсуждения. Проведен анализ обращаемости к врачу-трихологу в течение последних четырех лет. Возрастная характеристика пациенток: обследовались больные в возрасте от 1 месяца до 74 лет. Средний возраст составил $29 \pm 1,0$ лет. По установленным диагнозам заболеваемость распределилась следующим образом: Себорейный дерматит (57,4%), диффузные реактивные алопеции (38,6%), андрогенетическая алопеция (17,3%), гнездная алопеция (8,0%), вульгарные угри (3,8%), патомимия и трихотилломания (2,7%), псориаз (1,9%), синдром Литтла-Лассуэра (0,7%), псевдопелада Брока (0,7%), асбестовидный лишай (0,7%), отрубевидный лишай (0,7%), врожденная гипоплазия кожи 0,7%. Проведен анализ группы пациенток с диффузными алопециями. Возрастная характеристика: пожилой возраст (56–74) – 3%; зрелый возраст II период (36–55) – 21,7%; зрелый возраст I период (21–35) – 57%; юношеский возраст (16–25) – 16,3%; подростковый возраст (12–15) – 2%. Средний возраст 32 ± 1 года. В данной группе выявлены следующие сопутствующие заболевания: себорейный дерматит 48,5%; заболевание ЖКТ 24,7% (хронический гастрит 41,6%; заболевания гепатобилиарной системы 41,6%; хронический панкреатит 16,6%; хронический панкреатит 8,3%; заболевания кишечника 8,3%); гинекологические заболевания 11,8% (СПКЯ и другие кисты – 15,3%; женщины старше 30 лет, не имеющие беременности в анамнезе, – 26%, женщины, принимающие гормональные препараты, назначенные гинекологами, – 37%; эндометриоз – 14,7% миома матки – 7%); эндокринологические заболевания 10,8% (аутоимунный тиреоидит 27,3% узловой зоб 27,3%; сахарный диабет 18,2%; гипотиреоз 9%; метаболический синдром 10%); аллергические заболевания 10,8% (бронхиальная астма 40%, вазомоторный ринит и конъюнктивит 20%, отек Квинке 30%, пищевая аллергия 5%, крапивница 5%); гирсутизм 4,9%. Среди провоцирующих факторов выявлены: длительные психотравмирующие ситуации – 36,6%; послеродовый период – 6,4%, прием лекарственных препаратов (главным образом, гормоносодержащих средств, назначаемых гинекологом) – 12,8%.

Выводы. 1. Чаще к трихологу обращаются женщины с диффузным реактивным выпадением волос – 38,6%; 2. Среди больных диффузными реактивными алопециями в качестве провоцирующих факторов преобладали длительные психотравмирующие ситуации – 36,6%. 3. Среди сопутствующих патологий преобладали себорейный дерматит – 48,5% и заболевания ЖКТ – 24,7%. Обращение пациента к трихологу является пусковым моментом для тщательного комплексного обследования, включающего консультации эндокринолога, гинеколога-эндокринолога, медицинского психолога и других специалистов. Необходимо совершенствование алгоритмов обследования с помощью инструментальных методик (дерматоскопия, трихоскопия, фототрихограмма, лазерная доплеровская флоуметрия) и проведение «развернутых» лабораторных анализов крови с целью выявления гормональных нарушений, дефицитных состояний, иного коморбидного фона.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ ЛИЦА В ПРОЦЕССЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИДСОДЕРЖАЩЕГО КРЕМА ДЛЯ ЛИЦА

*Биткина О.А., Удалова Е.С., Варенова Т.Н.,
Вилка К.А.*

*Клиника «Александрия», Федеральное
государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Приволжский
исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, Центр Врачебной
Косметологии «Нечто Иное», Нижний Новгород*

Цель работы: изучение динамики показателей лазерной доплеровской флоуметрии и ультразвуковых и функциональных параметров кожи лица в процессе применения озонидсодержащего крема для лица.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с декабря 2018 по январь 2020 гг. на базе клиники «Александрия», Центра Врачебной косметологии «Нечто Иное» у 43 человек в возрасте от 25 до 65 лет, при комнатной температуре 22–23 градусов по Цельсию, лежа после 20-минутного отдыха. Для установления динамики параметров кожи лица в процессе применения озонидсодержащего крема для лица использовались следующие методы: макрофото, дерматоскопия, лазерная доплеровская флоуметрия, ультразвуковое исследование кожи на аппарате FaceAnalyser, изучение функциональных параметров кожи с помощью прибора MultiSkinTestCenter.

Результаты и обсуждения. Испытуемые – практически здоровые лица женского пола, которые обратились к косметологу с целью улучшения состояния кожи лица. Возраст пациенток варьировал от 25 лет до 70 лет. Средний возраст составил $42 \pm 1,0$ лет. Проведен анализ следующих групп пациенток: ● I группа: 17 человек в возрасте от 25 до 40 лет, средний возраст $32,6 \pm 1,1$ лет; ● II группа: 12 человек в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст $48,3 \pm 2,5$ лет; ● III – группа физиологического контроля – 15 человек, в возрасте от 25 до 35 лет, средний возраст $25,6 \pm 7$ лет. I и II группе испытуемых было проведено исследование показателя микроциркуляции на аппарате ЛАКК, ультразвуковое исследование кожи на аппарате FaceAnalyser, исследование функциональных параметров кожи лица на аппарате MultiSkinTestCenter® до применения и через месяц после применения озонидсодержащего крема для лица. Испытуемые I и II групп заполняли специально разработанную анкету, которая включала следующие позиции: перенесенные заболевания, сопутствующие заболевания, наследственность, акушерско-гинекологические анамнез, прием препаратов, уход за кожей, предшествующие косметологические процедуры, тип кожи, тип кожи по Фитцпатрику, субъективные ощущения после использования озонидсодержащего крема для лица. Испытуемые III группы до исследования использовали свои привычные средства домашнего ухода (не содержащие озониды кремы различных брендов). Пациентки подписывали информированное согласие. У I группы пациенток показатели микроциркуляции имели тенденцию к повышению на 1–3% через месяц после начала применения озонидсодержащего крема для лица. У II группы пациенток в определенных точках, а именно в области лба и подбородка показатели микроциркуляции повысились на 7–10%. Результаты I и II группы сравнивались с группой физиологического контроля. Динамика ультразвуковых и функциональных показателей состояния кожи лица: через месяц после использования

крема у I группы пациенток наблюдалось улучшение влажности рогового слоя эпидермиса на 2%; повышение уровня меланина в коже лица на 1%. Во II группе пациентов выявлено улучшение эластичности кожи на 1%. Дерматоскопические фотографии 4 фиксированных точек кожи лица до и через месяц после применения озонидсодержащего крема для лица демонстрируют изменения в виде улучшения микроциркуляции, тона и общего внешнего вида кожи лица.

Выводы. 1. Озонидсодержащая косметика – новое направление наружных препаратов в дерматологии, обладающих комплексным воздействием на функциональные параметры кожи. 2. Необходима дальнейшая комплексная оценка препаратов из серии озонидсодержащей косметики с различными значениями пероксидных чисел в зависимости от возраста пациентов и типа кожи.

ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАСТОЙНОЙ ЭРИТЕМЫ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Бондаренко В.В.

*Клиника лазерной косметологии «Линлайн»,
Москва*

Актуальность. Угри обыкновенные (acne vulgaris, акне) – являются одним из самых распространенных заболеваний кожи. В следствие длительно протекающего воспалительного процесса у 95% пациентов с вульгарными угрями формируются рубцовые изменения, что часто приводит к психосоциальной дезадаптации и снижению качества жизни. Причины появления рубцов «постакне» пока до конца не изучены. По данным литературы атрофические рубцы появляются в 83% случаев на местах эритематозных пятен и только в 16% случаев на местах папул и пустул (Jerry Tap, 2017). В настоящее время для коррекции застойной эритемы наиболее перспективными и эффективными являются лазерные технологии (IPL, импульсные лазеры на красителях, диодные, длинноимпульсные неодимовые, Nd:YAP/КТР-Q-sw, Nd:YAG/КТР-Q-sw лазеры). В современных стандартах лечения акне не предусмотрено мероприятий по профилактике развития рубцовой деформации постакне.

В связи с этим целью данного исследования стало изучение терапевтического действия лазера Nd:YAP Q-sw/КТР 1079/540 нм на эритематозные пятна и оценка клинической эффективности в профилактике появления атрофических рубцов постакне.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 пациентов в возрасте от 20 до 38 лет с явлениями постакне в области лица. Средняя длительность заболевания 3 года. Клиническая картина постакне характеризовалась наличием множественных пятен величиной от 1 до 6 мм различной окраски – от розового до лилово-синюшного. Элементы постакне локализовались на коже щек, лба, подбородка, височной области. Отдельные элементы постакне были представлены в виде атрофических рубцов с различными оттенками розового или красного цвета. Все больные с постакне в подавляющем большинстве переболели средней или тяжелой степенью вульгарных угрей. Практически все пациенты получали амбулаторную медицинскую помощь в виде местной или системной терапии. В соответствии с целями исследования все находившиеся под наблюдением пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа (основная) – 5 пациентов – получали терапию с применением ла-

зера Nd:YAP Q-sw/КТР 1079/540 нм. 2 группа (сравнения) – 5 пациентов, которые не получали никакого лечения. Для терапии застойной эритемы постакне использовался лазер Nd:YAP Q-sw/ 1079/540 нм, насадка КТР 3 мм. Для оценки эффективности применения лазерной технологии изучали динамику изменений в области очагов застойной эритемы. Период наблюдения составил 6 месяцев. Фотофиксация результатов лечения у пациентов из первой группы проводилась 1 раз в 2 недели в течение 2 месяцев, далее 1 раз в месяц до 6 месяцев, второй группы 1 раз в месяц.

Результаты. Динамическое наблюдение в течение 6 месяцев за пациентами из 1 группы показало, что после курса лазерных процедур, произошло значимое осветление очагов застойной эритемы, многие из очагов регрессировали. У пациентов 2 группы, не получавших лазерное лечение, в области очагов застойной эритемы в течение 6 месяцев появились новые атрофические рубцы постакне.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ – ПЕРВЫЕ РАЗОЧАРОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КОСМЕТОЛОГИИ

Борзых О.Б.

ООО «Мезогуру», Воронеж

Последние 2 года все чаще на слуху разговоры о генетическом тестировании. При этом подразумевают не генетическое тестирование для диагностики каких-либо серьезных заболеваний, а генетическое тестирование как прикладной метод диагностики в косметологии и диетологии. Компании, продвигающие данные тесты, заинтересованы в максимальном количестве проведенных данных исследований, в связи с чем стало распространенным проведение теста пациентом и самостоятельная расшифровка результатов. В связи с чем большинство докторов разделилось на 2 группы: те, кто ратуют за внедрение в клинику, и те, кто говорят, что это очередное шоу для потребителей.

Целью моего небольшого исследования было найти применение генетических тестов в ежедневной практике врача-косметолога. Прежде всего, необходимо отметить, что хоть и в настоящий момент мы работаем в концепции доказательной медицины, направление в сторону индивидуальной уже есть. В мировом сообществе медицины есть принятая концепция 4P медицины (предсказательная, предупредительная, партисипаторная и персонализированная), куда, в том числе относится генетическое тестирование. В России персонализированная медицина чаще всего существует лишь на бумаге, в частности еще в 2018 году был издан приказ МЗ об утверждении концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины. Никаких действий в сторону данной концепции отмечено не было.

Основными задачами стал поиск причин разочарований врачей и возможностей для практического применения врачом-косметологом. Для этого были проанализированы результаты 20 генетических тестов по разделу «Косметология». Все пациентки женщины, в возрасте от 16 до 56 лет. Основные претензии докторов, которые негативно относятся к генетическому тестированию, – это «одинаковость» результатов и рекомендаций. И действительно, если открыть отчеты, то в целом можно найти схожесть в рекомендациях. Но что касается полиморфизмов – у каждого пациента была отмечена своя уникальная генная сеть, на основании которой можно разработать индивидуальную работу, основанную на рисках возникновения различ-

ных состояний. Исходя из этого, на мой взгляд, причина первичного разочарования – это поверхностное изучение данного вопроса врачами (или отсутствие такого обучения). Также негативный эффект имеет доступность проведения генетического теста «через Интернет» исключая консультацию с практикующим врачом. Исходя из разделов отчета, какое практическое применение может нести генетический тест? Состояние рогового слоя эпидермиса дает нам возможность подбора домашнего ухода и агрессивности пилинговых составов. При этом важно, что мы можем опираться не на торговые марки наружных средств, а обращать внимание именно на составы – что возвращает нас к истокам дерматологии – науке о коже. Следующий раздел – параметры биостарения – дает нам представление о том, какие риски имеются у пациента в системе синтеза и деградации коллагена, гиалуроновой кислоты и эластина. Исходя из комбинации рисков, мы можем составить индивидуальный план работы – выбор препаратов для биоревитализации и мезотерапии, выбор аппаратных методик, эффективно ли будет применение нитевого лифтинга. Тут же стоит отметить раздел – гликирование: при высоком риске гликирования очень часто наши косметологические процедуры не дают достаточный результат без назначения диеты с продуктами, имеющими низкий гликемический индекс. При оценке фотостарения мы оцениваем как защитные силы самого организма в защите от повреждения УФ-лучами (а значит, и необходимость помощи в защите), так и склонность к пигментации. Исходя из этого назначаем пациентам уход и выбираем график работы с лицом относительно периода повышенной инсоляции. Раздел по метаболизму витаминов дает представление о том, на уровне каких витаминов в первую очередь стоит обратить внимание. При этом важная поправка – основанием для назначения витаминов является сниженный уровень по лабораторным анализам, а не найденный риск в отчете по генетическому тестированию.

Выводы. Основной причиной разочарования врачей в генетических тестах, в первую очередь, является отсутствие детального изучения информации по ним и о возможностях применения в работе. Практическое применение генетических тестов в работе врача-косметолога может быть в назначении домашнего ухода, дополнительной нутритивной поддержки, выбора тактики ведения пациента (назначение тех или иных инъекционных, аппаратных и нитевых процедур).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИДЛИНГА У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Гаджигорова А.Г., Цимбаленко Т.В.

Государственное бюджетное учреждение Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Андрогенетическая алопеция (АГА) – самая частая причина хронической потери волос, которая встречается как у мужчин, так и у женщин, и приводит к прогрессирующему выпадению волос на голове и формированию специфического поредения. Микронидлинг является новым, безопасным и эффективным методом лечения АГА. Микротравматизация кожи с помощью микроигл вызывает стимуляцию кожного сосочка и активацию стволовых клеток в bulge-зоне воло-

сяного фолликула, а также увеличивает кровоснабжение волосяных фолликулов.

Цель исследования: изучить эффективность метода монотерапии АГА микронидлингом на основании результатов изучения динамики данных фототрихограммы.

Материал и методы. В исследование были включены 15 пациентов, 11 женщин диагнозом АГА 1 стадии по Людвигу и 4 мужчины с диагнозом АГА 1–3 стадии по Норвуду, возраст пациентов составлял от 18 до 45 лет (средний возраст 31 год). Пациентам проводилась терапия микронидлингом, 1 раз в неделю, всего на курс 10 процедур. Для процедуры применяется стандартный мезороллер, содержащий 540 микроигл, 0,5 мм в длину, время воздействия 10–20 минут в зависимости от области алопеции. Результаты верифицировались с помощью фототрихограммы с подсчетом плотности волос на см², % волос в стадии телогена, % vellusных волос (волос менее 30 мкм в диаметре). Для проведения фототрихограммы использовался цифровой видеодерматоскоп Fotofinder, анализ изображений с подсчетом морфометрических параметров проводился с помощью программы TrchosciencePro.

Результаты оценивались через 3 месяца от начала терапии. Результаты исследования: У всех пациентов после лечения отмечалась положительная динамика. До начала лечения средняя плотность волос составляла 236/см², процент волос в стадии телогена – 24%, процент vellusных волос составлял 43%. Через 3 месяца от начала терапии пациенты продемонстрировали улучшение: наблюдалось увеличение плотности волос до 307/см², снижение процента волос в стадии телогена до 18%, снижение процента vellusных волос до 29%.

Выводы. Метод лечения АГА с помощью микронидлинга в качестве монотерапии продемонстрировал улучшение роста волос на основании анализа результатов данных фототрихограммы. Требуются дальнейшие клинические наблюдения для уточнения данных.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА МИКРОНИДЛИНГА И РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА МЕДИЦИНСКОМ АППАРАТЕ LUTRONIC GENIUS (ПРОИЗВОДИТЕЛЬ LUTRONIC CORPORATION, ЮЖНАЯ КОРЕЯ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА В РАМКАХ ПОСТ-АКНЕ СИНДРОМА

Гладько В.В., Измайлова И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Институт медико-социальных технологий», Москва

Введение. Актуальность проблемы связано с высокой социальной значимостью и распространенностью постакне синдрома, а также ограниченностью эффективности лечения. По данным PubMed, более 80% подростков во всем мире страдают различными формами acne vulgaris, из них около 15% кистозная форма acne vulgaris заканчивается атрофическими рубцами в рамках постакне-синдрома.

Цель и задачи. Разработать алгоритм лечения атрофических рубцов в рамках постакне синдрома с помощью медицинского аппарата LUTRONIC GENIUS (производитель Lutronic Corporation, Южная Корея), оценить с помощью профилометрии кожи эстетический результат коррекции.

Материалы и методы. Предлагаемый метод лечения апробирован на 20 пациентах. Группа включала 12 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 52 лет с фототипом кожи по классификации Fitzpatrick 1–5 с диагнозом: Атрофические рубцы в области лица в рамках Постакне синдрома. (L.90.5). Всем пациентам был выполнен курс сочетанного метода микронидлинга и радиоволновой терапии со следующими параметрами: глубина инъекций микронидлинга от 1,5 до 3,0 мм, интенсивностью энергетического потока радиоволны от 10 до 30 mJ/rip, количество эффективных линий от 250 до 370 за один сеанс терапии. Частота проведения процедуры: 1 раз в 4–6 недель, количество процедур в курсе лечения от 4 до 6. Оценка эффективности проводилась с помощью метода профилометрии с помощью 3D фотокамеры марки QuantifiCare производитель LifeViz (USA).

Результаты и выводы. Оценка эффективности лечения проводилась через 2 месяца после окончания курса терапии в рамках follow-up программы. Глубина атрофических рубцов уменьшилась в среднем от 0,1 до 2 мм. Эффективность оценивалась с помощью мерной шкалы: от 0,1 мм до 0,5 мм – 1, от 1,0 мм до 1,5 мм – 2, от 1,5 мм до 2,00 мм – 3. 78% пациентов составили группу с оценкой эффективности 3. Побочные эффекты: эритема, отек наблюдались у 45% пациентов с преобладанием светлых фототипов и проходили в течение короткого времени после процедуры, не требуя медикаментозного лечения.

Выводы. Сочетанный метод микронидлинга с радиоволновой терапией является эффективным и безопасным и может с успехом применяться в комплексной терапии атрофических рубцов в рамках постакне синдрома.

КОМБИНИРОВАННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРОГРАММА КЛЕТОЧНОГО ОМОЛОЖЕНИЯ

Григалашвили М.А., Демина О.М., Газитаева З.И., Карпова Е.И.

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

Современную косметологию сложно представить без применения фототехнологий: многие программы эстетической коррекции сопровождаются сочетанными протоколами именно со световыми методиками, поэтому им и отводится одна из приоритетных позиций в эстетической медицине. Эти методы имеют широкий спектр показаний, как для лечения дерматозов, так и для омоложения кожи. Но, к сожалению, многие обладают весомыми недостатками, включая длительный период восстановления, определенный дискомфорт во время процедуры и риски развития осложнений. Все это приводит к росту спроса на процедуры, которые обеспечивают оптимальные результаты с минимальными нежелательными реакциями. И здесь на первый план можно отнести фототерапию с использованием светодиодных источников (LED). Фототерапия оказывает омолаживающее действие на клеточном уровне, как за счет увеличения количества фибробластов в обрабатываемой области, так и за счет повышения их метаболического уровня, увеличения экспрессии сигнальных молекул. Это говорит о регуляции взаимодействия клеток между собой, т.к. по современным представлениям фибробласт являет-

ся не только источником синтеза волокнистых структур и межклеточного вещества, но и выступает в роли «дирижера», который руководит окружением за счет экспрессии регуляторных пептидов и сигнальных молекул.

Цель: оценка клинической эффективности комбинированной фотодинамической терапии в коррекции возрастных дефектов кожи. Материалы и методы. В настоящем исследовании приняли участие 20 женщин в возрасте от 35 до 64 лет (средний возраст 48 лет). У всех пациентов объективно отмечались признаки фото и хроностарения, что и служило критерием включения в исследование. Все пациенты субъективно предъявляли жалобы на снижение тонуса кожи, появление морщин различной глубины, сухость и тусклость кожи, ее неровный тон. Все участники исследования были разделены на две группы по 10 пациентов в каждой. В первой группе использовали монотерапию пилинговыми программами клеточной регенерации, включающие фитоэстрогены растительного происхождения (диосгенин, генестеин), комплекс кислот, регуляторные пептиды, витамины, сыворотку детокс и хронодиффузию, которая выполняет транспортную функцию. Курс составлял 4 сеанса с интервалом в 10 дней. Во второй группе проводили комбинированную терапию пилинговыми программами и фотодинамической терапией. Для ФДТ применяли световое воздействие с помощью аппарата Omniluxerevive, его конструкция включает головку с четырьмя светодиодными панелями, которые излучают свет с длиной волны 633 ± 6 нм. Использовали следующие параметры излучения: мощность излучения – 105 мВт/см², энергия – 105 Дж/см², площадь воздействия – 15x28 см, время 16 минут. Курс – 4 сеанса фототерапии с интервалами в 10 дней. Объективный анализ результатов проводили по индивидуальному протоколу, который включал клинические данные, фотодокументирование, применение международной шкалы GAIS и оценку морфофункциональных параметров кожи. Для неинвазивной оценки функционального состояния кожи до и после проведения процедур применялся комплексный анализ показателей жирности, эластичности, влажности, содержание меланина в коже и степень эритемы с помощью аппарата MultiSkinCenterMC 900 (Courage+Khazakaelectronic, Германия). Вся информация фиксировалась в индивидуальной карте пациента и оценивалась до начала исследования, на каждом визите и через 1 неделю после окончания процедур. Результаты. После курса терапии у всех пациентов отмечена положительная динамика в виде уменьшения глубины морщин, увеличение упругости и эластичности кожи, регресс телеангиэктазий и гиперпигментаций, но во 2-й группе, где применялась комбинированная ФДТ с пилинговыми программами, показатели улучшения функционального состояния кожи были выше, по сравнению с 1-й группой. В сравнительном аспекте отмечено повышение эластичности кожи (в 1 группе на 6,4%, во 2 – на 15,8%), увеличение показателя влажности (в 1 группе – 7,7%, во 2 – на 14,3%), снижение уровня меланина (в 1 группе на 12,8%, во 2 – среднем на 30%), уменьшение показателя уровня насыщенности эритемы кожи (в 1 группе на 5%, во 2 – на 15%). Таким образом, полученные результаты исследования показали, что комбинированная терапия с применением ФДТ обеспечивает более выраженную коррекцию возрастных дефектов кожи. Это обусловлено влиянием энергии света на фибробласты с последующим увеличением синтеза коллагена, восстановлением структуры внеклеточного матрикса, что определяет положительный клинический результат в омоложении кожи.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОМ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС

Денисова Е.А., Волков А.В.

Волосы.Ру, Санкт-Петербург

Пересадка волос – хирургический способ коррекции проблем недостатка или отсутствия волос. В случаях нерубцовых видов потери волос наиболее часто аутотрансплантация волос осуществляется пациентам с выраженными степенями потери при Андрогенетическом выпадении волос, также при помощи пересадки волос можно исправить эстетические недостатки, такие как высокая линия роста волос в области лба, смещение линии роста волос после эстетических операций, недостаточная густота и неудовлетворительная форма бровей и ресниц. Для получения оптимальных результатов при аутотрансплантации волос необходимо учитывать особенности, связанные с самим пациентом: его ожиданиями, возможностями донорской зоны, возрастом, активностью процесса хронической потери волос, а также процессом самой операции, включающим пред- и послеоперационные периоды. Представляют интерес возможности оптимизации результатов пересадки волос в наиболее часто встречающихся вариантах потери волос, связанных с Андрогенетическим выпадением волос, а также увеличения эффективности процедуры при помощи использования методик терапевтической коррекции, применяемых в трихологии. Совместная реабилитация пациента с врачом-трихологом позволяет добиться высокой эффективности процедуры пересадки собственных волос и радикального визуального изменения ранее существующей проблемы недостатка или отсутствия волос в случаях Андрогенетической потери волос.

СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖИЛЬБЕРА, СТРАДАЮЩИХ АКНЕ

Леденцова С.С., Гуляев Н.И., Гордиенко А.В., Орешко Л.С., Селиверстов П.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Санкт-Петербурга «Городская поликлиника №76», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Синдром Жильбера – наследственное заболевание, обусловленное дефектом гена, расположенного во второй хромосоме и отвечающего за выработку печеночного фермента – глюкоронилтрансферазы, благодаря которому не прямой билирубин (НПБ) связывается в печени. В результате у таких больных развивается гипербилирубинемия с желтухой разной степени выраженности. Подобная аномалия встречается у 3–10% населения, при этом с большей частотой у мужчин. У трети больных клинические проявления отсутствуют. Зачастую синдром Жильбера впервые встречается в 20–30-летнем возрасте во время обследования по другому поводу. Известно, что в группе молодых пациентов одним из самых часто встречающихся кожных

заболеваний является акне. Препаратом первой линии для лечения акне тяжелой степени тяжести является изотретиноин, обладающий, согласно аннотации гепатотоксическим эффектом, что определяет сложность выбора терапии при лечении пациентов с синдромом Жильбера страдающих тяжелой степенью тяжести акне. Целью исследования была оценка переносимости системных ретиноидов пациентами страдающих акне на фоне синдрома Жильбера.

Материалы и методы: 2 пациента мужского пола с синдромом Жильбера страдающие акне тяжелой степени тяжести. У одного мужчины 19 лет синдром был выявлен в ходе лечения системным ретиноидом, так как он не был обследован до назначения изотретиноина в полном объеме. Второй – 24 года, зная о своем диагнозе, назначил себе препарат изотретиноина самостоятельно и обратился после месяца его приема к дерматологу. В обоих случаях учитывая тяжесть акне и неоднократные попытки лечения различными препаратами, в том числе длительные курсы антибактериальной терапии либо без эффекта, либо с кратковременным эффектом, нами было принято решение не прекращать лечение до достижения кумулятивной дозы изотретиноина 100 мг на кг веса. Лечение проводилось под наблюдением гастроэнтеролога и контролем клинических, биохимических показателей крови каждые 2 недели. Так, клинический анализ крови обоих пациентов был без особенностей, признаков железодефицитной анемии не было. Биохимический анализ крови, без особенностей, за исключением показателей билирубина: перед началом исследования отмечалось повышение общего билирубина (ОБ) у первого пациента до 37,2 мкмоль/л за счет непрямого, НПБ составил 26,9 мкмоль/л; у второго пациента (норма ОБ 3,4–20,5 мкмоль/л, НПБ менее 19,0 мкмоль/л). Маркеры вирусных гепатитов – отрицательные. Общий анализ мочи – без особенностей. При УЗИ органов брюшной полости – без патологии. Кроме того, для подтверждения диагноза проводилось молекулярно-генетический анализ (кровь из вены); у обоих пациентов выявилась дефектная ДНК, участвующая в развитии синдрома Жильбера. У обоих пациентов на протяжении 7 месяцев терапии была достигнута кумулятивная дозировка изотретиноина. Показатели клинического и биохимического анализов крови оставались в пределах нормальных значений. Что касается показателей билирубина, то было отмечено значимое снижение его концентрации в крови до нормальных значений на 4-м месяце применения и до конца курса терапии изотретиноном.

Выводы. Подобные наблюдения представляют интерес для практической медицины и дают повод для дальнейшего изучения механизмов действия системного изотретиноина на обмен билирубина.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НИТЕВОГО ЛИФТИНГА. АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Маркова Н.Н., Жукова О.Г., Дыдыкин С.С., Кубикова Е.

Анатомическая кафедра медицинского факультета Университета Коменского, г. Братислава, Прага

Актуальность проблемы. В современном мире привлекательная внешность – это один из важнейших инструментов создания первого впечатления. Привлекательная внешность в значительной степени важна как для женщин,

таки для мужчин. Поэтому с каждым годом увеличивается процент пациентов косметолога мужского пола. При этом отмечаются требования производить эти вмешательства с минимальным риском для здоровья, с незначительной травмой, без разрезов и, соответственно, без последующих рубцов, а также с коротким реабилитационным послеоперационным периодом.

Цель. Изучить особенности использования нитевых методов с учетом гендерных особенностей. Разработать нитевые методы коррекции различные для мужчин и женщин, основываясь на гендерном анатомическом различии строения черепа, мышц, жировых пакетов и кожных покровов. **Материал и методы.** Подобрана группа пациентов для проведения данных методов. В группу включено всего 30 пациентов, среди них 16 женщин и 14 мужчин.

Результаты. Разработаны и представлены специальные различные методы нитевого лифтинга для мужчин и женщин с подчеркиванием индивидуальных гендерных различий, таких как особенность формы углов нижней челюсти, скул, лба, орбитального комплекса. Все эти анатомические структуры можно подчеркнуть, усилить и омолодить с помощью нитевых методов с учетом гендерных особенностей пациента.

Вывод. Используя предложенные методы нитевого лифтинга, мы сможем исключить феминизацию мужского и мускулинизацию женского лица, обеспечить пролонгированный и гармоничный результат коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛИРОВАННЫХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Михальчик Е.В., Цимбаленко Т.В., Морозова О.В., Балабушевич Н.Г., Гаджигороева А.Г.

Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства России, Москва

Изучение волосяных фолликулов (ВФ) кожи головы при андрогенетической алопеции (АГА) направлено на совершенствование диагностики и персонализированного лечения. При обследовании 50 пациентов с начальной стадией АГА и здоровых добровольцев измеряли размеры эпилированных ВФ, содержание в них аденозинтрифосфата (АТФ), интерлейкинов-6 и -10, протеазную и сульфотрансферазную активность, а также диаметр стержня волоса.

Методы исследования включали в себя трихоскопию, морфометрию, спектрофотометрию, хемилюминесценцию, иммуноферментный анализ, ПЦР. Одновременно были разработаны условия для анализа единичных ВФ. Сопоставление данных, полученных для здоровых добровольцев и пациентов, проводили с учетом длины ВФ. Такой подход позволил выявить у пациентов с АГА фолликулы, отличающиеся по свойствам от нормы. В наибольшей степени отклонения выявлялись при оценке содержания АТФ и морфометрических показателей. Экспрессия интерлейкинов в ВФ из зоны темени у пациентов и здоровых добровольцев практически не различалась.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ТРИХОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Гаджигороева А.Г., Львов А.Н., Бражников А.Ю., Юзбашян П.Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Учет показателей качества жизни у трихологических больных может помочь решению ряда практических задач, способных облегчить взаимодействие врача с пациентом и благоприятно сказаться на лечебном процессе: сформировать более полное представление о тяжести состояния больного, помочь пациентоориентированному выбору терапии, оценить результаты лечения с учетом субъективной удовлетворенности пациента. В настоящее время разработан ряд шкал для оценки связанного со здоровьем качества жизни: неспецифические или общие опросники (SF-36, EQ-5D), специальные дерматологические опросники (Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), СКИНДЕКС-29), адаптированные для алопеций в целом (специфический для патологии волос СКИНДЕКС-29 – СКИНДЕКС-29В, Hairdex), и опросники для отдельных нозологических форм алопеций (например, для гнездовой алопеции – Alopecia Areata Quality of Life Index). Широкому практическому применению опросников у больных алопециями могут препятствовать ограниченное количество русскоязычных вариантов опросников и сложности, связанные с выбором конкретного опросника для оценки качества жизни.

Цель. Определить преимущественную эффективность для оценки качества жизни пациентов с различными алопециями опросников СКИНДЕКС-29В и ДИКЖ.

Задачи. Сравнить оценочные свойства и другие практические аспекты применения общедерматологического опросника ДИКЖ и адаптированного для патологии волос СКИНДЕКС-29 у больных с разными формами алопеций.

Материалы и методы. В исследование включили 103 больных с алопециями (гнездовой, андрогенетической и телогеновой). Сравнение оценочных свойств двух опросников: общедерматологического ДИКЖ и русскоязычной версии специфического для патологии волос СКИНДЕКС-29В проводилось с применением статистических методов.

Результаты. Для оценки общей целесообразности использования различных индексов качества жизни у пациентов с алопециями были сопоставлены средние показатели по использованному шкалам без учета нозологической формы облысения. Установлено, что по суммарному ДИКЖ и общему СКИНДЕКС-29В в целом КЖ при алопециях страдает относительно незначительно: суммарный ДИКЖ 5,4 баллов (SD 5,1) (диапазон легких нарушений 2–5 баллов) и СКИНДЕКС-29,2 баллов (SD 19,7) (диапазон для легких нарушений 25–31,9 баллов). Негативное влияние на качество жизни по ДИКЖ установлено у большего количества

ва больных с алопециями (75,5%, n=78), чем по общему СКИНДЕКС-29В (у 51,5%, n=53), однако данное несоответствие возникает лишь за счет суммарной доли больных без нарушений и с легкими нарушениями качества жизни – суммарные же доли больных с умеренными и тяжелыми нарушениями качества жизни сопоставимы (38,8% по ДИКЖ и у 37,9% по СКИНДЕКС-29В (различия статистически не значимы). Еще одним подтверждением согласованности оценок качества жизни использованными инструментами может считаться сильная положительная корреляция суммарного показателя ДИКЖ и общего СКИНДЕКС-29В ($p=0,746$; коэффициент корреляции рангов Спирмена). Кроме адаптированности шкалы СКИНДЕКС-29В для патологии волос, преимуществом инструмента можно считать дифференцированную оценку качества жизни больных по трем доменам функционирования («симптомы», «функции», «эмоции»), являющимися основными составляющими качества жизни. По полученным данным у больных с алопециями снижение качества жизни в большей мере связано с эмоциональными реакциями на потерю волос – по домену «эмоции» СКИНДЕКС-29В получены значимо более высокие баллы в сравнении с «функциями» и «симптомами». При этом более чем у половины пациентов (60,2%) установлено очень тяжелое снижение качества жизни по домену «эмоции». Установлена положительная корреляционная связь всех трех доменов СКИНДЕКС-29В с ДИКЖ, наиболее сильная связь ДИКЖ – с доменом «функции» СКИНДЕКС-29В (с доменами «симптомы» и «эмоции» связь умеренная). Это может служить аргументом в пользу использования при алопециях специализированного инструмента, дифференцированно оценивающего влияние утраты волос на основные составляющие качества жизни, то есть учитывающего особенности симптоматики, социального функционирования и эмоционального реагирования.

Выводы. Применение у больных с различными формами алопеций русскоязычной версии специфического для патологии волос СКИНДЕКС-29В может давать дополнительные преимущества для практического применения в сравнении с общедерматологической шкалой ДИКЖ. Это позволяет считать опросник СКИНДЕКС-29В более приемлемым для оценки качества жизни у пациентов с жалобами на выпадение волос.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОЖИ В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И СУКЦИНАТА НАТРИЯ

Ромашкина А.С.

ООО «Медицинский центр АВРОМЕД», Москва

Многие заболевания кожи, такие как атопический дерматит, себорейный дерматит, экзема, угревая болезнь, розацеа и другие, в период реконвалесценции требуют активного участия как врача-дерматолога, так и врача-косметолога с целью проведения полноценной физиологической эпителизации, увлажнения и предупреждения рубцевания и пигментации. После перенесенных воспалительных дерматозов мы наблюдаем не только глубоко дегидратированную кожу, что связано с уменьшением количества гиалуроновой кислоты, но и изменения в микроциркуляторном русле, что проявляется в виде нару-

шения тонуса и проницаемости сосудов. Часто в период реконвалесценции дерматозов, после заживления, остается устойчивая гиперпигментация или депигментация, а также атрофические или гипертрофические рубцы, чему способствует длительный процесс регенерации в местах повреждений.

Цель: определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту и сукцинат натрия для восстановления кожи и предупреждения осложнений после перенесенных дерматозов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 30 до 40 лет в стадии ремиссии атопического дерматита (2 пациентки), себорейного дерматита (7), розацеа (2), угревой болезни (7), экземы (2). Все женщины получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего сукцинат натрия (16 мг/мл) и гиалуроновую кислоту (18 мг/мл). Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур. Контроль изменений кожи на структурном уровне осуществлялся нами с помощью метода конфокальной лазерной сканирующей микроскопии *in vivo* (КЛСМ).

Результаты. У всех пациенток отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: уменьшение выраженности гиперпигментации, более активная регенерация кожи (по сравнению с аналогичными участками у той же пациентки), улучшение тургора и эластичности кожи, повышение уровня гидратации кожи. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что большинство из них были удовлетворены полученным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла): 15 пациенток (75%) оценили результат на 3 балла, 5 пациенток (25%) – на 2 балла. Также балльная шкала использовалась для оценки купероза (телеангиэктазий), гиперпигментаций, сухости кожи. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности купероза (средний балл до лечения – 1,2, после лечения – 0,2), пигментации (1,7 и 0,9 баллов), сухости кожи (1,1 и 0,1 балла). Кроме того, эффективность проводимой терапии оценивалась в каждой группе на основании балльной оценки тонуса кожи, неоднородности цвета кожи, увлажняющего эффекта. Оценка проводилась по 3-балльной шкале, где 3 балла – значительно улучшилось, 2 балла – улучшилось, 1 балл – без динамики, 0 баллов – ухудшение. Хороший увлажняющий эффект был отмечен у 18 (90%) пациенток, умеренный – у 2 (10%). При исследовании кожи методом КЛСМ наблюдалось уменьшение площади участков гиперпигментации, а также уменьшение ее выраженности, регресс гиперкератоза, более равномерное расположение волокнистых структур дермы, улучшение микроциркуляции. Также отмечалось увеличение толщины кожи за счет вышеуказанных процессов. Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были.

Выводы. Препарат, содержащий гиалуроновую кислоту и сукцинат натрия, имеет хорошую переносимость, способствует ускорению регенерации кожи, восстановлению нормальной гидратации кожи, нормализации пигментообразования. Все вышесказанное позволяет считать данную

процедуру эффективным методом коррекции косметических дефектов кожи после перенесенных воспалительных дерматозов.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

**Рубаненко М.В., Мантурова Н.Е., Устюгов А.Ю.,
Стенько А.Г., Потехаев Н.Н., Петунина В.В.**

АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Работы, посвященные изучению биотехнологий и возможности их применения в клинической практике, демонстрируют многообещающие перспективы. Новые технологии, основанные на применении биотехнологий, аутобанкинга, считаются наиболее перспективными сейчас и в ближайшем будущем в области регенеративной и реконструктивной терапии, а также в биоинженерии.

Цель работы – продемонстрировать возможность применения биотехнологий в лечении рубцовых изменений кожи.

Материалы и методы. Пациентка К., 34 года, обратилась на консультацию с жалобами на образование рубцов после проведения процедуры химического пилинга. Из анамнеза заболевания известно, что в 2018 году по результатам консультации дерматовенеролога был поставлен Диагноз: Рубцовые состояния и фиброз кожи. Проведен курс терапии фракционным фототермолизом CO₂ лазером рубцовых тканей лица (№3 1 раз в месяц), который не дал выраженного эффекта. При осмотре: на коже лица с обеих сторон были отмечены формирующиеся атрофические рубцы на месте травмы эластичной консистенции розового цвета. Проведено УЗИ мягких тканей лица, выявлен перепад уровня поверхности кожи до 0,6 мм слева и до 0,4 мм справа. По результатам анамнеза жизни и болезни, представленных медицинских документов и результатов физикального осмотра было принято решение, при добровольном и информированном согласии пациента, о применении в терапии биотехнологий (клеточных технологий). В лечении использовались аутологичные клеточные линии, выделенные из биоптата кожи, и их метаболиты в биоразлагаемом геле. Пациентке в течение 6 месяцев после проведения процедур фракционного фототермолиза CO₂ лазером, фракционного игольчатого термолиза наносился гель равномерным средним слоем толщиной 2 мм на 2 часа с последующим удалением образовавшейся пленки методом «скаtywания».

Заключение. В результате использования клеточных технологий в комплексе со стандартными аппаратными методами терапии был получен клинически значимый результат, восстановлена целостность и биологические свойства кожных покровов, улучшен эстетически вид, что подтверждает безопасность и перспективность метода.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕРУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ С ПОМОЩЬЮ ПЕПТИДНОЙ ФУЛЛЕРЕНОТЕРАПИИ

Сафонова Л.А.

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств», Москва

Заболевания волос и волосистой части головы – это не только медицинская, но и социальная проблема. В структуре дерматологического приема на долю заболеваний волос приходится 4,5% от всей кожной патологии. Каждый третий житель Земли сталкивается с тем или иным нарушением со стороны волос или кожи головы. По данным статистики 95% нерубцовых алопеций приходится на андрогенетическую алопецию, 4% на гнездную алопецию и 1% на остальные формы. Патогенетические механизмы андрогенетической, гнездной и диффузной алопеции при всех их различиях имеют ряд общих особенностей. Так, при нерубцовых алопециях наблюдается выраженное снижение метаболической и митотической активности клеток ростковой зоны волосяных лукович, усиливающийся микроваскулит латентного течения, дефицит питательных веществ и подверженность оксидативному стрессу. На основные аспекты патогенеза данных форм алопеций направлено действие программы восстановления роста волос FullereneForte JP 100. Являясь инновационным сплавом японских технологий и научных разработок, линия FullereneForte JP 100 содержит уникальный комплекс регуляторных и биомиметических пептидов, избирательно подобранных по механизму синергического действия на клетки волосяного фолликула, микроэлементы, витамины, растительные экстракты и запатентованные комплексы (Photonyl®LS, Capixyl™, Prodew®500, Hyalo-Oligo®), обладающие ангиопротекторными, противовоспалительными, регенерирующими действиями и фитоэстрогенной активностью, направленной на уменьшение активности 5-α-редуктазы. Все ингредиенты инкапсулированы в нанолипосомы, для сохранения биологической активности и лучшего проникновения в кожу. Молекула Фуллерена (Нобелевская премия 1996г.) основа линии FullereneForte JP 100 – мощнейший антиоксидант, антигипоксант и репаратант, обладает уникальными свойствами, направленными на восстановление функциональной деятельности клеток волосяных фолликулов. Под наблюдением было 30 пациентов, 26 женщин и 4 мужчин в возрасте от 15 до 53 лет. Из них 26 пациентов было с андрогенетической (22 женщин и 4 мужчин), 3 пациентов с диффузной алопецией (3 женщины), 1 пациент с гнездной алопецией. Всем им проводилась наружная терапия с препаратами FullereneForte JP 100 и аппаратом фракционной мезотерапии, а также все они получали терапию данными препаратами в домашних условиях. Количество сеансов колебалось от 15 до 20 раз, кратность посещения была 1 раз в 3–7 дней. У всех была достигнута положительная динамика. Так у пациенток с диффузной алопецией полностью прекратилось выпадение волос и в 1,8 раза увеличилась плотность волос на 1 см², у пациентов с андрогенетической алопецией отмечалось также увеличение плотности и диаметра волос на 1 см², уменьшение процента vellusных волос и увеличение скорости

роста волос, у пациента с гнездной алопецией процесс перешел в стационарную стадию. Таким образом, применение препаратов FullereneForte JP 100 способствует стойкой положительной динамике в виде увеличения общего числа волос и их диаметра, а также скорости их роста, запускает процессы регенерации волосяных фолликулов и может использоваться в комплексном лечении нерубцовых форм алопеции.

ОЦЕНКА УВЛАЖНЯЮЩИХ СВОЙСТВ ЭМОЛЕНТОВ МЕТОДОМ КОРНЕОМЕТРИИ

Сорокина Е.Д., Джамдар А.Ф., Деева Н.В., Сергеева И.Г.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Введение. В клинической практике используется большое количество эмоленов, эффективность которых связана не только с качеством продукта, но и с комплаентностью пациентов, что осложняет оценку эффективности длительной увлажняющей терапии. Для объективизации оценки увлажняющих свойств перспективным является метод корнеометрии.

Цель исследования: определить возможности метода корнеометрии для оценки влияния эмоленов на уровень увлажненности кожи кистей в течение 90 минут после нанесения.

Материалы и методы. В исследовании, проводившемся в условиях континентального климата Западной Сибири в осенне-зимний период, участвовали 50 добровольцев – 32 женщины и 18 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Критерием включения являлось отсутствие дерматозов. Критерием исключения являлось использование топических увлажняющих средств на момент участия в исследовании; прием препаратов, влияющих на результаты исследования. Все добровольцы дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в отапливаемом помещении с температурой воздуха $22^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ и влажностью до 25%. Оценивали эффективность четырех эмоленов: эмомент 1 – бальзам, содержащий масло Карите 20%, масло Канолы с омега-3 и омега-6 жирными кислотами, ниацинамид 4%, активный компонент, нормализующий баланс микробиома кожи; эмомент 2 – крем, содержащий керамид 3, эктоин 7%, гидрогенизированный лецитин, липидный комплекс; эмомент 3 – крем, содержащий керамид 3, пантенол, микронизированное коллоидное толокно, авентерамиды; эмомент 4 – лосьон, содержащий производные филаггрина, пре-керамиды, витамин В3, пантенол. Увлажненность кожи измеряли на тыльной поверхности кисти в пяти областях: после контакта с водой и высушивания кожи бумажным полотенцем на четыре области соответственно наносили эмоменты тонким слоем, пятая – область контроля. Корнеометрию (диагностическая система «Softplus» (Callegari, Италия)) проводили до контакта с водой, далее – через 30 и через 90 минут после нанесения эмоленов. Показатели корнеометрии выше 45,0 у.е. соответствовали увлажненной коже, 15,1–45,0 у.е. – умеренно сухой коже, от 15,0 у.е. и ниже – выражено сухой коже.

Результаты. До контакта с водой увлажненную кожу наблюдали в области нанесения эмоленов 1 у 8% добровольцев, эмоленов 2 – у 4%, эмоленов 3 – у 12%, эмоленов 4 – у 14%. В зоне контроля увлажненная кожа

определялась у 10% добровольцев. Выражено сухую кожу в зоне эмоленов 1 наблюдали в 58% случаев, эмоленов 2 – в 34%, эмоленов 3 – в 48%, эмоленов 4 – в 34%, в зоне контроля – в 34%. Через 30 минут после нанесения эмоленов увлажненную кожу наблюдали в области эмоленов 1 у 20% добровольцев, эмоленов 2 – у 34%, эмоленов 3 – у 26%, эмоленов 4 – у 46%. В зоне контроля у 2% добровольцев наблюдали увлажненную кожу. Через 90 минут после нанесения эмоленов показатели корнеометрии, соответствующие увлажненной коже, сохранились в области эмоленов 1 у 8% добровольцев, эмоленов 2 – у 22%, эмоленов 3 – у 8%, эмоленов 4 – у 20%. У 100% добровольцев в зоне контроля наблюдали сухую кожу. Выявлена умеренная прямая корреляционная связь между уровнем увлажненности кожи до контакта с водой и через 30 минут после нанесения эмоленов 1 и 4 ($r=0,55$ и $r=0,63$ соответственно). При использовании эмоленов 1 уровень увлажненности кожи спустя 30 и 90 минут после нанесения увеличился в 2,4 [1,2; 5,5] и 2,4 [1,3; 6,0] раза соответственно, эмоленов 2 – в 1,9 [1,5; 3,9] и 1,8 [1,4; 4,7] раза, эмоленов 3 – в 2 [1,2; 7] и 1,7 [1,2; 6,3] раза, эмоленов 4 – в 2 [1,5; 3,8] и 1,5 [1,1; 2,9] раза, в зоне контроля – в 0,9 [0,6; 1,6] и 1,2 [0,6; 1,7] раз.

Заключение. В отсутствие нанесения эмоленов уровень увлажненности кожи среди добровольцев прогрессивно уменьшался после контакта с водой в течение 90 минут. Наибольшее количество добровольцев достигло состояния увлажненной кожи через 30 минут после нанесения эмоленов. При применении эмоленов 2 и 4 увлажненная кожа сохранилась у большего числа добровольцев по сравнению с исходным количеством.

ПАЦИЕНТЫ С ПОЗДНИМИ УГРЯМИ – АНАЛИЗ ПОСЕЩАЕМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ И ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ТЕРАПИИ

Яровицина А.В., Петунина В.В.

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

Акне является одним из наиболее распространенных дерматозов, который может негативно влиять на качество жизни больных. Проявления угревой болезни в старших возрастных группах (25 и более лет) классифицируются как *acne tarda*. В данной возрастной группе в структуре заболеваемости существенно преобладают женщины. В 2018–2019 гг. 2,1% от общего числа дерматологического приема составили пациенты с поздними акне по данным анализа дерматологического приема ЦОСП МНПЦДК ДЗМ. Пациентки, страдающие угревой болезнью, проявляют повышенную тревожность, неуверенность в себе, чувствуют себя стигматизированными. Следует сказать, что подобные социальные неудобства возможны при минимальных симптомах акне. Причем не всех женщин беспокоят именно высыпания. Довольно часто пациентки обеспокоены явлениями постакне, и по этой причине они

обращаются в первую очередь к косметологу, что не всегда верно.

Жалобы пациентов с acne tarda 23–30 лет по данным анкетирования, расставленные в порядке приоритета:

1. Сужение пор
2. Регресс высыпаний
3. Матовость кожи/избавление от жирного блеска
4. Ровный цвет лица, более быстрое разрешение «красных пятен»
5. Коррекция постакне комплекса

При этом женщины с угревой болезнью 31 и старше распределяют их следующим образом:

1. Сужение пор
2. Избавление от комедонов
3. Увлажнение кожи
4. Коррекция возрастных изменений кожи
5. Улучшение цвета и текстуры кожи
6. Регресс высыпаний

Из представленных данных выше видно, что наиболее важные для них проявления болезни они периодически корректируют на приеме у косметолога. И, соответственно, не обращаются за помощью к врачу косметологу.

Назначенные дерматологом препараты, являющиеся «золотым стандартом» в лечение акне, также могут вызывать обострение в течение первых двух месяцев. Часто это является поводом самостоятельно прервать терапию. Но это не является показанием к отмене лечения, так как в последующем отмечается положительная динамика. Пациентки же нередко расценивают данные явления как аллергическую реакцию и обращаются снова к косметологу, отменяя все препараты самостоятельно. Учитывая возможности современной дерматологии и косметологии, увеличить комплаентность к терапии и добиться наилучших результатов в лечении возможно лишь при междисциплинарном подходе к терапии.

РАЗДЕЛ I. ДЕРМАТОЛОГИЯ

<i>Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i>	
Витилиго у детей	2
<i>Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С., Хомидов М.Ф.</i>	
Тербинафин в лечении онихомикозов стоп	2
<i>Артемьева С.И.</i>	
Зуд при псориазе: клинико-эпидемиологические соотношения	3
<i>Бабушкина М.В., Загртдинова Р.М., Молоземова О.В.</i>	
Рубцовая алопеция при склеродермии	3
<i>Бабушкина Е.С., Ускова К.А., Шливко И.Л., Гаранина О.Е.</i>	
Специалист и искусственный интеллект	4
<i>Большева А.А., Петунина В.В.</i>	
Клинический случай абсцедирующего подрывающего фолликулита и перифолликулита гоффмана. Дифференциальная диагностика	5
<i>Вахитова И.И., Миченко А.В., Львов А.Н., Потеекаев Н.Н.</i>	
Факторы риска развития меланомы кожи в популяции дерматологических пациентов: новые данные	5
<i>Ващенко М.О., Майоров Р.Ю.</i>	
Анализ факторов риска, используемых для прогнозирования течения кожных форм мастоцитоза у детей	6
<i>Возницын Л.В., Топольницкий О.З., Яковлев С.В., Федотов Р.Н., Калинина С.А.</i>	
Медикаментозный метод лечения младенческих гемангиом кожи головы и шеи	7
<i>Волкова О.С., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., Гвинианидзе М.В., Резепов А.С., Дъячкова А.А.</i>	
Рекомендации по допуску спортсменов с кожной патологией к спорту: оценка текущего проекта	7
<i>Волнухин В.А.</i>	
Возможности применения фототерапии в лечении заболеваний кожи	8
<i>Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д.</i>	
Дерматит голени пустулезный и атрофический	8
<i>Газиев М.Г., Султанова Н.Н.</i>	
Колликативный туберкулез кожи	9
<i>Гошгарова Н.Н., Лебедева Е.В.</i>	
Себорейная пузырьчатка: сложности диагностики на примере клинического случая	10
<i>Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Уварова А.А.</i>	
Отношение лихеноидного парapsориаза к лимфоматоидному папулезу	10

<i>Гринева Е.М., Корнишева В.Г., Раводин Р.А., Гулордава М.Д.</i>	
К вопросу о патологии щитовидной железы у женщин с очаговой склеродермией, сочетающейся со склероатрофическим лихеном	11
<i>Гурьянова Н.Е.</i>	
Роль патологии желудочно-кишечного тракта в развитии заболеваний кожи.	11
<i>Дубовая Е.Г.</i>	
Организационно-правовые аспекты качества медицинской помощи в работе врача	12
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Маслова Н.А.</i>	
Панникулиты: вопросы диагностики	13
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Каткова К.В.</i>	
Опыт применения Дапсона при диссеминированной кольцевидной гранулеме	13
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Платонова Д.В.</i>	
Ошибки в диагностике ограниченной склеродермии.	13
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисов Е.В., Чистова О.Ю., Корсунская И.М., Каткова К.В.</i>	
Контроль лекарственно-индуцированной тромбоцитопении	14
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Киселева А.В.</i>	
Опыт применения пролонгированной антибиотикотерапии в лечении гнойного гидраденита	15
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Максимова М.В., Сакания Л.Р.</i>	
Болезнь Морбигана: клинический случай	15
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Деньдоброва Ф.Н.</i>	
Трудности диагностики актинического кератоза в практике врача-дерматовенеролога	16
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В., Rogozin E.V.</i>	
Актуальность бактериологического метода в диагностике дерматофитий ногтевых пластин	17
<i>Заторская Н.Ф., Касихина Е.И., Проскурина М.И., Сергеева Е.К.</i>	
Клинический случай доброкачественной семейной пузырчатки гужеро – хейли – хейли у ребенка трех лет.	17
<i>Заторская Н.Ф., Пилявская С.О., Бассе Ф.Б., Корнят М.С., Урпин М.В., Уварова А.А., Гребенюк В.Н.</i>	
Особенности клинической картины мелкобляшечного параспориоза и хронической формы лихеноидного параспориоза у детей пубертатного возраста	18
<i>Заторская Н.Ф., Попов И.В., Негашева Е.С., Валитова И.В., Блинова Д.А.</i>	
Трудности диагностики фолликулярного муциноза	19
<i>Заторская Н.Ф., Проскурина М.И., Уварова А.А., Гребенюк В.Н.</i>	
Псориаз и параспориоз у детей в сравнительном аспекте.	19
<i>Кабушка Я.С., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Дудко В.Ю., Медецкая О.М., Хостикоева К.К., Парыгина О.В.</i>	
Поражение кожи, волосистой части головы и слизистых полости рта у пациентов с красным плоским лишаем гениталий	20

<i>Карпенко А.А., Шукина Д.А., Петрова К.С.</i>	
Оценка активности грануляционной ткани у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей	20
<i>Карпова О.А.</i>	
Профилактика болезней кожи и подкожной клетчатки у работников железнодорожного транспорта	21
<i>Касихина Е.И., Кочетков М.А.</i>	
Дерматоскопические признаки кожного мастоцитоза у детей	22
<i>Касихина Е.И., Кочетков М.А., Валитова И.В.</i>	
Особенности клинического течения локализованной формы кожного мастоцитоза у детей	22
<i>Кашеваров Д.Ф.</i>	
Комплексное лечение микробной экземы	23
<i>Ключарева С.В., Раводин Р.А., Алхилова С.М.</i>	
Микозы стоп, спектр возбудителей у жителей сельской местности республики Северная Осетия	23
<i>Коваленко Ю.А., Шатохина Е.А., Гриднева Я.В., Круглова Л.С.</i>	
Генерализованная псориазiformная сыпь, вызванная приемом ингибитора рd-l1 атезолизумабом: клинический случай	24
<i>Коваленко Ю.А., Шатохина Е.А., Красильникова Б.Б., Круглова Л.С.</i>	
Острая крапивница и отек квинке, вызванные последовательной терапией ингибитором рd-1 ниволумабом и ингибитором braf вемурафенибом: клинический случай	24
<i>Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Карякина Л.А., Беттихер О.В.</i>	
Содержание витамина D3 у пациентов с гнездной алопецией в зависимости от клинической формы заболевания	25
<i>Красовская А.С., Садретдинов Р.А.</i>	
Хронотипы пациентов с псориазическим процессом	26
<i>Кудрявцева Р.Л., Ольховская К.Б.</i>	
Случай сочетанного проявления синдрома россалимо–мелькерссона–розенталя и воспалительного заболевания кишечника у ребенка	26
<i>Львов А.Н., Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Проскурина М.И., Гребенюк В.Н.</i>	
Атипичные формы псориаза. клинические наблюдения в детской практике	27
<i>Львов А.Н., Штендер С., Бобко С.И.</i>	
Результаты международного проекта по пруриго	28
<i>Маляренко Е.Н., Жукова О.В., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Деньдоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В.</i>	
Структура заболеваемости аутоиммунными буллезными дерматозами в стационарных отделениях МНПЦДК ДЗМ филиала «Клиника им. В.Г. Короленко»	28
<i>Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Коняева Е.И., Бекирова Э.Ю.</i>	
Реакции лекарственной гиперчувствительности при применении антибиотиков группы пенициллинов	29

<i>Микаилова Д.А., Сергеева И.Г.</i>	
Возможности УЗИ кожи в дифференциальной диагностике вульгарного псориаза, атопического дерматита и лимфомы кожи	30
<i>Мяснянкин М.Ю.</i>	
Новые возможности применения метода спектрофотометрического интрадермального анализа в дерматоонкологии	30
<i>Мяснянкин М.Ю.</i>	
Первое проспективное исследование эффективности применения неоадъювантной фотодинамической терапии с последующим хирургическим лечением у больных меланомой кожи	31
<i>Мяснянкин М.Ю.</i>	
Клинический опыт применения метода спектрофотометрического интрадермального анализа в диагностике подногтевой меланомы кожи	31
<i>Назарова М.Н., Масюкова С.А., Киселев В.И.</i>	
Статус метилирования гена wif1 в ДНК доброкачественных, рецидивирующих кожных образований	32
<i>Невозинская Э.А., Михайлова А.Г.</i>	
Норвежская чесотка: описание клинического случая	32
<i>Николаева К.И., Уфимцева М.А., Вишневецкая И.Ф., Шубина А.С., Мыльникова Е.С.</i>	
Дерматологические реакции у пациентов, получающих противоопухолевые препараты	33
<i>Петренко И.Ю., Максимова М.В., Лыткина Е.А., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Маляренко Е.Н.</i>	
Псориатическое поражение ногтевых пластин стоп в сочетании с контаминацией условно-патогенной грибковой инфекцией.	34
<i>Петрий М.А.</i>	
Эффективность нетакимаба у пациентов с псориазом, протекающим на фоне метаболического синдрома	34
<i>Петрова Г.А., Петрова К.С., Потеекаев Н.Н., Немирова С.В.</i>	
Практическое использование окт в современной дерматологии	35
<i>Петрова К.С., Немирова С.В., Потеекаев Н.Н., Петрова Г.А., Стронгин Л.Г., Карпенко А.А.</i>	
Возможности 3D оптической когерентной томографии в оценке состояния кожи на фоне сахарного диабета	35
<i>Петрова К.С., Петрова Г.А.</i>	
Мозаичные и линейные дерматозы в практике дерматолога	36
<i>Плиева К.Т., Игнатова Е.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.</i>	
Лазеротерапии в комплексном лечении больных очаговой склеродермией	36
<i>Пономарев И.В., Топчий С.Б., Ключарева С.В., Пушкарева А.Е.</i>	
Численное моделирование нагрева кожи различных фототипов двухволновым излучением лазера на парах меди	37
<i>Потеекаев Н.Н., Жукова О.В., Фриго Н.В., Корсунская И.Л., Поршина О.В., Часова Г.К.</i>	
Клинико-эпидемиологические аспекты пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом в городе москве за 2013–2019 годы	37

<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Миченко А.В., Жукова О.В., Рассохина О.И., Кочетков М.А., Томилин А.А.</i>	
Об обучающих программах по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи, включая меланому кожи, для врачей-терапевтов и врачей общей практики.	38
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Захарова А.Б., Мельниченко О.О.</i>	
Результаты реализации проекта по профилактике злокачественных новообразований кожи в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии» в 2019 году	39
<i>Потекаев Н.Н., Миченко А.В., Вахитова И.И., Титов К.С., Сынкова Д.А., Негашева Е.С., Янукян А.С.</i>	
Первично-множественная меланома кожи у пациентки с дерматофибросаркомой	40
<i>Потекаев Н.Н., Петунина В.В.</i>	
Возможности анализа эпидемиологии и эффективности терапии пациентов с витилиго	40
<i>Потекаев Н.Н., Разнатовский К.И., Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С., Татанов О.</i>	
Разработка технологии машинного обучения на основе нейросети для диагностики пигментных новообразований	41
<i>Раводин Р.А., Разнатовский К.И., Якушенко С.С., Гусаров М.В.</i>	
Разработка и опробация многоуровневой системы дистанционного обучения в дерматогистопатологии	41
<i>Райх К. (Reich K), Гудерхем М. (Gooderham M), Кристенсен Л.Э. (Kristensen LE), Ридл Э. (Riedl E), Лю Лиг С. (Liu Leage S), Санин К. (Sapin C), Ли Л. (Li L), де Влам К. (de Vlam K), RussianExperts</i>	
Эффективность иксекизумаба в сравнении с адалимумабом у пациентов с псориазическим артритом при псориазе умеренной и тяжелой степени: 24-недельные результаты многоцентрового рандомизированного исследования.	42
<i>Ромашкина А.С.</i>	
Хронический атрофический акродерматит: дифференциальная диагностика и лечение	43
<i>Саранюк Р.В.</i>	
Длительно существующий дерматозойный бред: описание клинического случая	43
<i>Свечникова Е.В., Мерзликина Н.А.</i>	
Комплексный анализ заболеваемости пациентов с изменениями ногтей	44
<i>Сидоренко Е.Е., Старостенко В.В., Сидоренко О.А.</i>	
Клинический случай сливного ретикулярного папилломатоза гужеро–карто.	44
<i>Смолина О.А., Корнишева В.Г., Богданова Т.В., Алексеев А.Ю.</i>	
Влияние колонизации кожи грибами рода <i>Malassezia</i> на тяжесть поражения скальпа при псориазе	45
<i>Сорокина К.Н., Алферова А.А., Паскевич П.В.</i>	
Случай очаговой алопеции у пациентки с синдромом Шерешевского–тернера	45

<i>Султанова Н.Н., Гаджимурадов М.Н., Гаджимурадова К.М.</i>	
Врожденный буллезный эпидермолиз	46
<i>Терещенко А.В., Джапуева А.Я.</i>	
Макрохейлит (проявление синдрома Россолимо–мелькерссона–розенталя) (описание клинического случая)	47
<i>Ускова К.А., Бабушкина Е.С., Шлишко И.Л., Гаранина О.Е.</i>	
Анализ работы научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи университетской клиники «ПИМУ»	47
<i>Филиппова Ю.А.</i>	
Роль подологических методик в комплексной терапии и профилактике болезней кожи стоп и ногтей у пациентов с сахарным диабетом	48
<i>Хамаганова И.В., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Кошелев Ю.А., Деньдоброва Ф.Н., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В.</i>	
Клинический случай: фолликулярный дискератоз Дарье	49
<i>Хапилина А.Э.</i>	
Нейрофиброматоз: редкое наблюдение	49
<i>Чернова Н.И., Арутюнян Э.Э., Перламутров Ю.Н., Москвин С.В.</i>	
Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в терапии простого хронического лишая аногенитальной области	50
<i>Чернова Н.И., Перламутров Ю.Н., Солнцев В.В.</i>	
Опыт применения геля фламента в терапии пациенток с красным плоским лишаем вульвы и влагалища	51
<i>Чернова Н.И., Петрова И.С., Арутюнян Э.Э.</i>	
Комплексный подход в лечении простого хронического лишая аногенитальной области у женщин	51
<i>Чистяков Н.Д., Тропин А.К.</i>	
Дерматит, вызванный личинками жуков семейства кожееды у ребенка	52
<i>Шевелева Е.О.</i>	
Характеристика общей и местной реакции ткани кожи при разном типе воздействия лекарственными препаратами	52
<i>Юзбашян П.Г., Романов Д.В., Терещенко А.В., Бобко С.И., Миченко А.В., Львов А.Н.</i>	
Глоссалгия как соматоформное расстройство	53
<i>Авдонина А.С., Марданлы С.Г.</i>	
Роль иммунного блоттинга в диагностике сифилиса	55
<i>Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Вечтомова Л.В., Землякова С.С., Лосева О.К.</i>	

РАЗДЕЛ II. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Поздний сифилис и рак, новые случаи	55
<i>Белякова Г.Л., Андропова Н.В., Землякова С.С., Лосева О.К.</i>	
Преждевременное старение кожи у пациентов с поздними формами сифилиса и серорезистентностью	56

<i>Бохонович Д.В., Лосева О.К., Козлова Е.Ю., Зюзя Ю.Р.</i>	
К вопросу о тактике ведения больных поздним кардиоваскулярным сифилисом	56
<i>Гаганов Л.Е., Лосева О.К., Залевская О.В., Жуковский Р.О.</i>	
Сифилитическая аневризма аорты – источник желудочно-кишечного кровотечения со смертельным исходом (клинический случай)	57
<i>Дмитриев Г.А., Ротанов С.В., Фриго Н.В., Незашева Е.С., Китаева Н.В., Каткова К.В., Кошелев Ю.А.</i>	
Лабораторное обеспечение наблюдения за пациентами с нейросифилисом	58
<i>Жукова О.В., Малярченко Е.Н., Хамаганова И.В., Радионова Е.Е., Вартапетян Н.В., Деньдоброва Ф.Н., Лебедева Е.В.</i>	
Объем дообследования у пациентов с сифилисом до госпитализации в суточный стационар	58
<i>Ким Д.Г., Гомберг М.А., Гуцин А.Е.</i>	
Особенности клинического течения негонококкового уретрита у мужчин, ассоциированного с бактериальным вагинозом у их половых партнеров	59
<i>Ким Д.Г., Халдин А.А., Сунятуллина Н.Р.</i>	
Опыт применения рекомбинантного интерферона Альфа2В у пациентов с положительными результатами скрининга на ВПЧ	59
<i>Кретьова К.А., Демидова Е.И., Криницына Ю.М., Сергеева И.Г.</i>	
Характеристика дерматовенерологических диагнозов у ВИЧ-инфицированных пациентов	60
<i>Кузнецов Д.В., Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Колесова О.П., Стороженко О.А.</i>	
Ведение пациентов с постпункционным синдромом	61
<i>Лосева О.К., Доля О.В.</i>	
Ранний врожденный сифилис: 20 лет спустя	61
<i>Лосева О.К., Туаева Р.Г.</i>	
Частота и особенности поражения сердечно-сосудистой системы у больных поздним и неуточненным скрытым сифилисом	62
<i>Лысенко О.В.</i>	
Нужно ли обследовать половых партнеров женщин, инфицированных вирусом папиллом человека?	62
<i>Магарышкина О.В., Абдулаева Н.А., Кузнецов Д.В., Кудрявцева Л.Е., Колесова О.П., Стороженко О.А.</i>	
Офтальмологические проявления поражения ЦНС при нейросифилисе	63
<i>Магарышкина О.В., Кузнецов Д.В., Колесова О.П., Кудрявцева Л.Е., Абдулаева Н.А., Стороженко О.А.</i>	
Случай сочетанного поражения нервной и сердечно-сосудистой системы у больного сифилисом	64
<i>Мананова Э.Р., Фазылов В.Х., Беляева Й.И.</i>	
Диагностика инфекций, передаваемых половым путем при ВИЧ-инфекции	64
<i>Марданлы С.Г., Марданлы С.С.</i>	
Эпидемиологический надзор за герпесвирусными инфекциями человека	65

<i>Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И., Мун А.В.</i> Кожные проявления ВИЧ-инфекции у детей	65
<i>Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Дудко В.Ю., Агабабаева Ж.А., Смирнова Н.В., Козьминский Е.Б.</i> Анализ заболеваемости сифилитической инфекцией в 2019 году и методы лечения поздних форм сифилиса (по данным СПбГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»)	66
<i>Прожерин С.В.</i> К вопросу о тестировании больных дерматовенерологического профиля на наличие антител к ВИЧ	66
<i>Романова И.В., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Жукова О.В.</i> Клиническая характеристика m. genitalium-инфекции у пациентов с мутантными штаммами и без мутаций	67
<i>Саламов Г.Г., Кисель О.В.</i> Современные эпидемиологические особенности сифилиса среди ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию (в московском регионе)	68
<i>Свечникова Е.В., Маршани З.Б.</i> Структура заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем	69
<i>Скворцова А.И., Халдин А.А., Иванова М.А., Новожилова О.Л., Сунятуллина Н.Р., Ким Д.Г.</i> Заболеваемость аногенитальными бородавками в городе Москве за период с 2016 по 2018 год	69

РАЗДЕЛ III. КОСМЕТОЛОГИЯ

<i>Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.</i> Ультразвуковые признаки и особенности поздних осложнений контурной пластики	71
<i>Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.</i> Визуализация и определение типа филлера методом высокочастотного ультразвукового исследования кожи	71
<i>Бейманова М.А., Шилова Б.В., Петунина В.В.</i> Влияние курса фотодинамической терапии на показатели инволюционных изменений кожи лица у пациентов с немеланцитарными новообразованиями кожи в анамнезе: субъективная и количественная оценка	72
<i>Биткина О.А., Варенова Т.Н., Вилка К.А., Удалова Е.С., Кашина А.С.</i> Основные коморбидные состояния у женщин с диффузными алопециями	72
<i>Биткина О.А., Удалова Е.С., Варенова Т.Н., Вилка К.А.</i> Динамика показателей функциональных параметров кожи лица в процессе применения озонидсодержащего крема для лица	73
<i>Бондаренко В.В.</i> Лазерная коррекция застойной эритемы как метод профилактики рубцов постакне	74

<i>Борzych О.Б.</i>	
Генетические тесты – первые разочарования и перспективы в косметологии	74
<i>Гаджигороева А.Г., Цимбаленко Т.В.</i>	
Опыт применения микронидлинга у пациентов с андрогенетической алопецией	75
<i>Гладько В.В., Измайлова И.В.</i>	
Применение сочетанного метода микронидлинга и радиоволновой терапии на медицинском аппарате lutronic genius (производитель lutronic corporation, южная корея) для лечения атрофических рубцов в области лица в рамках пост-акне синдрома	75
<i>Григалашвили М.А., Демина О.М., Газитаева З.И., Карпова Е.И.</i>	
Комбинированная фотодинамическая терапия как программа клеточного омоложения	76
<i>Денисова Е.А., Волков А.В.</i>	
Возможности трансплантации волос у мужчин и женщин при андрогенетическом выпадении волос	77
<i>Леденцова С.С., Гуляев Н.И., Гордиенко А.В., Орешко Л.С., Селиверстов П.В.</i>	
Случаи применения изотретиноина у пациентов с синдромом жильбера, страдающих акне	77
<i>Маркова Н.Н., Жукова О.Г., Дыдыкин С.С., Кубикова Е.</i>	
Гендерные особенности нитевого лифтинга. анатомические аспекты	77
<i>Михальчик Е.В., Цимбаленко Т.В., Морозова О.В., Балабушевич Н.Г., Гаджигороева А.Г.</i>	
Особенности эпилированных волосяных фолликулов при андрогенетической алопеции	78
<i>Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Гаджигороева А.Г., Львов А.Н., Бражников А.Ю., Юзбашян П.Г.</i>	
Целесообразность применения опросников для оценки качества жизни у трихологических больных	78
<i>Ромашкина А.С.</i>	
Восстановление структуры кожи в межрецидивный период воспалительных дерматозов с использованием гиалуроновой кислоты и сукцината натрия	79
<i>Рубаненко М.В., Мантурова Н.Е., Устюгов А.Ю., Стенько А.Г., Потеекаев Н.Н., Петунина В.В.</i>	
Возможность применения биотехнологий в лечении рубцовых изменений кожи	80
<i>Сафонова Л.А.</i>	
Комплексный подход к лечению нерубцовой алопеции с помощью пептидной фуллеренотерапии	80
<i>Сорокина Е.Д., Джемдар А.Ф., Деева Н.В., Сергеева И.Г.</i>	
Оценка увлажняющих свойств эмоленгов методом корнеометрии	81
<i>Яровицина А.В., Петунина В.В.</i>	
Пациенты с поздними угрями – анализ посещаемости в зависимости от возрастной группы и причины отказа от терапии	81

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ХIII Международный форум дерматовенерологов и косметологов

11–13 марта 2020 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдан в набор 26.02.2020. Подписано в печать 26.02.2020. Бум.офсет 205х290х8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 450 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420, г. Москва, ул. Обручева, 30/1, стр. 2, тел. +7 (495) 419-08-68