



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

16

ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД  
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ  
И КОСМЕТОЛОГОВ

СБОРНИК ТРУДОВ

14–16 марта 2023

Москва

Научный редактор сборника - Жукова О.В.

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

### PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE ПОД МАСКОЙ АТОПИИ

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

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

Красный волосной лишай Девержи (болезнь Девержи, БД) – хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся воспалительным фолликулярным кератозом и отрубевидным шелушением. Этиология и патогенез его малоизучены. Встречается он редко и составляет примерно 0,03% всех кожных болезней. Возникновение БД в детском и юношеском возрасте определяется наследственностью аутосомно-доминантного характера. Семейные случаи заболевания подтверждают наследственную теорию. Форма болезни, возникающая у взрослых, генетически не детерминирована. Патологическая сущность БД связана с нарушением ороговения на фоне гиперреактивности кератиноцитов, а также с дисметаболизмом витамина А и ослаблением белковосвязывающей функции печени. Не исключается также возможная роль в патогенезе болезни инфекции, аутоиммунных механизмов, стрессов. БД характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом, варибельным течением, различным прогнозом, что отражается в классификации Griffiths (1980 г.). Болезнь подразделяется на 5 клинических типов.

I. Классический взрослый. Эритема, бляшки, фолликулярный кератоз, эритродермия, мелкопластинчатое и муковидное шелушение – лицо, голова, туловище, ладони, подошвы. Особенности – островки здоровой кожи оранжево-желтоватого оттенка. Частота 55%.

II. Атипичный взрослый. Гиперкератоз ладонно-подошвенный грубый, ихтиозиформное шелушение нижних конечностей, экзематозные поражения. Частота 10%.

III. Классический ювенильный. Генерализованные оранжево-красноватые гиперкератотические фолликулярные папулы и бляшки. Краниально-каудальное распространение. Ладонно-подошвенная кератодермия. Частота 5%.

IV. Ограниченный ювенильный. На коленях, локтях ограниченные фолликулярные бляшки. Другие части тела эритематозсковазные очаги (преходящие). Ладонно-подошвенный гиперкератоз. Частота 25%.

V. Атипичный ювенильный. Фолликулярный гиперкератоз, эритема кистей и стоп, склеродермоподобные. Изменения, подобные фолликулярному ихтиозу. Частота 5%.

В клинической картине основным является фолликулярный кератоз, представляемый мелкими коническими папулами с просяное зерно, покрытые белесоватыми чешуйками. В центре узелка обычно располагается волос. Цвет элементов от телесного до желтовато-розового. Скручиваясь, они образуют инфильтрированные псориазоподобные бляшки. На тыле первых и вторых фаланг рук нередко обнаруживаются роговые папулы, конусы Бенье. У наблюдавшейся нами пациентки Л., 15 лет, направленной на консультацию в филиал «Юго-Западный», болезнь возникла 4 года назад. Зудящие высыпания располагались на шее и верхних конечностях. При первичном осмотре в филиале «Юго-Западный» эфлюоресценции локализовались на коже лица (век, щек), бедер, голеней и ягодиц в виде сквамозно-эритематозных очагов разных размеров, корок. Дермографизм смешанный не стойкий. Диагноз направительный и при консультации: «Другой атопический дерматит» (L20.8) – аллерголог-иммунолог от 27.02.2022. Скарификационные тесты на 11 аллергенов (из трав, растений и деревьев) 27.12.2022 отрицательные. Течение хроническое, временами обостряющееся. Сопутствующие болезни:

лямблиоз пролечен; хронический гастрит в стадии ремиссии. Локальный статус. Распространенный воспалительный процесс представлен дискретными эритематозными лентиккулярными и нумулярными папулами. На поверхности части элементов легкое мелкопластинчатое шелушение. Эфлюоресценции локализовались на коже верхних и нижних конечностей, ягодиц и туловища. На голенях отдельные элементы расположены линейно. Сыпь сопровождается периодическим зудом. Псориазические феномены не определяются. Панч-биопсия очага на правой голени 18.01.2023. DS: Птириаз красный волосной L44.0. Рекомендовано: крем Унны с 10% витамином А, мочевиной 30% 2 раза в день на 1 месяц; радевит крем 2-3 раза в день в течение 3 месяцев; гидроксизин по 12,5 мг/сут. на ночь до 21 дня. В процессе наблюдения намечено дообследование: анализ крови на АТ к гельминтам, консультации гастроэнтеролога, эндокринолога и гинеколога.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ

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

Винник Ю.Ю., Малышев А.С. Малышева А.С.

Эпилюминесцентная микроскопия (ЭЛМ) (кожная поверхностная микроскопия in vivo, световая микроскопия с масляной иммерсией, дерматоскопия, дермоскопия) – это прижизненная неинвазивная методика, получившая широкое распространение в дерматоонкологии в последние 20 лет. Исследования, проведенные для изучения меланоцитарных новообразований кожи, достаточно широко изучены за последние 10 лет. Значительно меньше уделено внимания заболеваниям кожи. Распространению дерматоскопии способствует использование ручных поляризованных дерматоскопов, которые легко транспортировать, они не требуют контакта с кожными покровами, иммерсионной жидкости, тем самым позволяют быстро проводить скрининг многочисленных поражений. К новым возможностям дерматоскопии относится ее полезность для диагностики воспалительных и инфекционных заболеваний кожи, тем самым метод привлекает большой интерес дерматовенерологов, учитывая высокую распространенность дерматозов и трудности их дифференциальной диагностики в повседневной практике. Перед использованием дерматоскопии необходимо изучить информацию из истории болезни, а также оценить клинически количество, расположение и морфологию повреждений кожи. При применении дерматоскопии для диагностики инфекционных и воспалительных заболеваний должны быть оценены 4 параметра: сосудистые узоры, расположение сосудистых структур, цвет, фолликулярные нарушения, а также некоторые другие особенности. Дерматоскопия позволяет дифференцировать папулу – сквамозные заболевания, позволяя диагностировать красный плоский лишай (сетка Уиххема), экзему (характерные желтоватые очаги и сгруппированное расположение сосудов), отрубевидный лишай (периферические белые чешуйки). Кроме того, обнаружение желто – оранжевого фона является важным для диагностики гранулематозных заболеваний кожи, таких как саркоидоз, обыкновенная волчанка и липоидный некробиоз. Кроме того, широкое применение дерматоскопии часто используется для диагностики саркомы Капоши. Характерные дерматоскопические признаки саркомы Капоши: пигментная сеть, псевдофолликулярные отверстия, рисунок сосудов (красно-синие лакуны вследствие глубоко залегающих сосудистых структур). В отличие от гистологического исследования, дерматоскопия

дает возможность быстро установить диагноз саркомы Капоши. Кроме того, дерматоскопия может использоваться при невозможности осуществления патоморфологического исследования (в отсутствие гистологической лаборатории или при наличии противопоказаний к проведению биопсии, например, при гемофилии). Установлены дерматоскопические признаки фиксированной эритемы: мелкие гиперпигментированные точки, симметрично расположенные по всему пятну или бляшке. Методика дерматоскопии позволяет дерматологу повысить точность диагностики на 20–30%. Изучение дерматоскопического изображения в дополнение к макрпатологическому протоколу и гистопатологической картине значительно облегчает и повышает точность диагноза. Дерматоскопия является полезной в диагностике розацеа, дискоидной красной волчанки, очаговой склеродермии, склероатрофического лишена, пурпуры, болезни Дарье и др. Применение дерматоскопии в дерматологии позволяет расширить и оптимизировать диагностику кожных заболеваний, а также может быть использовано в качестве дополнительного критерия в дифференциальной диагностике патологических состояний.

### АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУХОСТЬЮ КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ

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

Введение. Сухость кожи – один из наиболее часто встречающихся симптомов в дерматологии, причиной которого могут быть как наследственные, так и приобретённые факторы.

Цель. Разработать алгоритм ведения пациентов с сухой кожей.

Материалы и методы. В исследовании набрано 333 пациента с дерматозами и ксерозом в возрасте с 2,5 мес. до 91 года (121 мужчин и 212 женщин, возраст 21 [6;33] лет). Протокол обследования включал анкетирование, полный осмотр кожных покровов, фотодокументирование очагов поражения, оценку клинических индексов (SCORAD, PASI, сухость кожи по Клигману), определение наличия мутации в гене филагрина (FLG) и полиморфизмов генов цитокинов ассоциированных с воспалением Th1 типа (TNF-α) и Th2 типа (IL-4), проведение ВЧ УЗ (система DUB SkinScanner датчиком с частотой 75 МГц, пенетрацией 4 мм и разрешающей способностью 21 мкм) и оценки ультразвуковых характеристик кожи.

Результаты. При проведении генетического анализа на мутации в гене филагрина и определение полиморфизмов в генах цитокинов (IL-4 и TNF-α) выявили важную, но не определяющую роль мутации в гене филагрина для развития сухости кожи и атопического дерматита (АтД); наличие аллеля T в гене IL-4 (rs2243250) в сочетании с мутацией в гене филагрина в случае АтД может рассматриваться как фактор риска тяжёлого течения заболевания (требующего биологической терапии при генотипе СТ), а также развития дерматозов у пациентов с ксерозом; ассоциацию генотипов IL-4 с другими состояниями. Ультразвуковые характеристики кожи (толщина и эхоплотность эпидермиса, дермы и SLEB) не зависели от наличия мутации в гене филагрина у пациентов с сухостью кожи. Результаты ВЧ УЗ сканирования кожи демонстрируют наличие выраженной субэпидермальной гипохрогенной полосы и гипохрогенности дермы у пациентов с АтД без ихтиоза в сравнении с пациентами с ихтиозом и АтД, что позволяет дифференцировать эти состояния даже при наличии зуда.

Вывод. Разработано новое перспективное направление по ведению пациентов с сухостью кожи, что может способствовать более точному пониманию клинического состояния пациента и, следовательно, открывает возможность для более индивидуального подхода и персонализированной медицины.

### АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РЕГРЕССА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА ФОТОТЕРАПИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и  
косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва  
Бородулина К.С., Прокопова Е.М.

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз с окончательно не установленными этиологией и патогенезом, отличающийся разнородностью триггерных факторов. Актуальность выбора эффективной терапии в лечении пациентов с КПЛ остается насущным вопросом в практике врача дерматовенеролога и по сей день. Многообразные лекарственные схемы лечения не всегда приносят ожидаемый положительный результат как пациенту, так и врачу. Одним из методов лечения хронических рецидивирующих дерматозов является узкополосная средневолновая фототерапия (UVB311нм). Доказано, что UVB311нм воздействует на патогенетические механизмы развития КПЛ, вызывая опосредованные иммунобиологические реакции в коже пациентов, ускоряя регресс воспалительных высыпаний, уменьшая или купируя кожный зуд.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики регресса клинической симптоматики у пациентов с диагнозом «Другой красный плоский лишай» L43.8 во время прохождения курса общей узкополосной средневолновой фототерапии UVB311нм.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась группа пациентов с КПЛ (распространенная форма) в количестве 30 человек, в возрасте от 22 до 60 лет. Гендерное распределение: женщины 18 (60%), мужчины – 12 (40%). Все пациенты ранее получали курс стандартной лекарственной терапии (топические глюкокортикостероидные мази, антигистаминные препараты) с невыраженным положительным клиническим эффектом. Ввиду торпидности течения кожного процесса к проводимой лекарственной терапии пациентам назначен курс общей узкополосной средневолновой фототерапии UVB311нм. Пациенты предварительно обследованы, противопоказаний для физиотерапевтического лечения не имели. Процедуры назначались в режиме 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница) с начальной дозы 00,15–00,20 Дж/см<sup>2</sup>, с постепенным наращиванием дозы на 00,10 Дж/см<sup>2</sup>. Курс лечения составил 20 процедур. Регресс клинической симптоматики оценивался на основе жалоб и клинического объективного осмотра по следующим критериям: уменьшение/отсутствие зуда, уменьшение (уплощение, исчезновение) высыпаний, уменьшение блеска высыпаний, отсутствие свежих высыпаний. Анализ проводился на 5-й, 10-й, 15-й, 20-й процедурах. На фоне проводимой фототерапии после 5-й процедуры: 6 пациентов (20%) отметили исчезновение зуда, 11 (36,67%) отметили уменьшение интенсивности зуда; у 13 (43,3%) зуд сохранялся. У 28 (93,3%) человек отсутствовали свежие высыпания; 9 (30%) объективно отметили исчезновение блеска высыпаний. После 10-й процедуры: 26 (86,6%) пациентов отметили исчезновение зуда, 4 (13,3%) – выраженное уменьшение интенсивности зуда; у 19 (63,3%) человек отмечался регресс высыпаний в виде уменьшения, уплощения, исчезновения блеска воспалительных элементов; у 30 (100%) отсутствовали свежие высыпания. После 15-й процедуры: 28 человек (93,3%) отметили исчезновение зуда, 2 (6,7%) характеризовали зуд как «периодический, слабый, незначительный»; у 25 (83,3%) пациентов наблюдался полный регресс части высыпаний, преимущественно на коже тела, верхних конечностей, с сохранением уплощенных папул на коже нижних конечностей; у 5 (16,7%) высыпания продолжали уменьшаться. У 30 (100%) отсутствовали свежие высыпания. Через 20 процедур: 28 пациентов (93,3%) отметили полный регресс клинической симптоматики (исчезновение зуда, высыпаний), у 2 человек (6,7%) сохранялись единичные уплощенные папулы на коже нижней трети голени. У 19 (63,3%) пациентов высыпания разрешились вторичной гиперпигментацией в виде коричневых пятен. Свежих высыпаний не наблюдалось у всей группы наблюдения. Курс фототерапии пациенты переносили хорошо. Лишь 3 (10%) на фоне лечения отметили появление сухости кожи, которая быстро купировалась назначением увлажняющих кремов. Пациентам с КПЛ для получения выраженного клинического эффекта для регресса имеющейся симптоматики понадобилось в среднем 20 процедур UVB311нм. Полный регресс субъективных и объективных симптомов заболевания наблюдался у 28 человек (93,3%).

Выводы. Полученные результаты лечения указывают на выраженную клиническую эффективность, хорошую переносимость и положительную динамику регресса симптоматики у пациентов с красным плоским лишаем при применении метода средневолновой узкополосной фототерапии 311 нм.

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ ИЗ АРАБСКИХ СТРАН, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РУДН

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*  
**Жукова О.В., Касихина Е.И., Алзаул Фади З.М.**

Введение. В последние десятилетия крайне актуальным и важным становится увеличение распространенности неинфекционных заболеваний среди молодежи и подростков. Во всем мире отмечается ухудшение показателей здоровья среди людей в возрастной группе от 14 до 30 лет. Немаловажно и то, что поведение человека тесно связано с уровнем жизни того региона, где он проживает. Отсутствие возможностей и инфраструктуры для ведения здорового образа жизни (ЗОЖ) крайне негативно сказывается на здоровье молодежи, что впоследствии может привести к неуклонному росту неинфекционных болезней, в том числе и кожных болезней. Проблема возникновения и распространения болезней кожи у студентов Российского университета дружбы народов (РУДН) из арабских стран до настоящего времени не получила должного научного освещения и анализа. До настоящего времени остается много нерешенных клинико-организационных проблем. Недостаточно исследований структуры и распространенности заболеваний кожи и подкожной клетчатки, особенно среди студентов. Не учитываются клинические особенности и социально-гигиенические факторы риска у студентов. Практически отсутствуют работы с обоснованием системы раннего выявления дерматозов среди студентов с оценкой качества и эффективности их лечения. Важной и актуальной является задача по совершенствованию дерматологической помощи этим студентам.

Цель. Изучить факторы риска неинфекционных кожных заболеваний среди студентов из арабских стран, обучающихся в РУДН.

Материалы и методы. На первом этапе работы проведено анкетирование 142 студентов РУДН из арабских стран посредством онлайн-сервиса Google Forms. При желании респонденты сообщали свои контактные данные, давая информированное согласие на их обработку. Для обработки полученных результатов на данном этапе работы была использована программа Microsoft Excel.

Результаты. Среди самых распространенных хронических болезней кожи респонденты указывали на акне: его отметили 7,4% опрошенных студентов. У 4,9% студентов был псориаз. Атопическим дерматитом страдали 3,7% студентов. Также студенты указывали на наличие себорейного дерматита, экземы и аллергических дерматитов в 2,4% случаев. На отягощенную наследственность указали 17,1% опрошенных. Доброкачественные новообразования беспокоили 14,8% респондентов. Среди значимых факторов, влияющих на течение и обострение кожного процесса, анкетированные назвали особенности питания (43,9%), смену климата (36,6%), стрессовые ситуации (43,1%). Постоянно пользовались увлажняющими средствами только 46,3% опрошенных, страдающих кожными болезнями. Регулярно применяли солнцезащитные средства 31,7% студентов. Следует обратить внимание на вредные привычки у студентов. Регулярно курили более 10 сигарет в день 46,3% опрошенных. Алкогольные напитки употребляли 36,6% студентов.

Выводы. Изучение структуры дерматологической патологии и факторов риска, влияющих на развитие хронического течения и обострений кожных заболеваний, актуально в связи с многолетним пребыванием студентов в условиях сурового климата. Полученные результаты помогут оптимизировать специализированную медицинскую помощь студентам РУДН.

## АНАЛИЗ УРОВНЕЙ СЫВОРОТОЧНОЙ ТРИПТАЗЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*  
**Касихина Е.И., Острцова М.Н., Окенаева А.К.**

Введение. Фермент триптаза продуцируется и хранится в секреторных гранулах тучных клеток (ТК) и базофилах. Базофилы содержат триптазу в 100–500 раз меньше, чем ТК, что не влияет на уровень триптазы, обнаруживаемой в сыворотке крови. Однако при неопластических заболеваниях крови незрелые базофилы могут продуцировать и высвобождать ее в большем количестве. У каждого человека базальный уровень триптазы остается практически стабильным в течение долгого времени, а случаи абсолютного дефицита триптазы не описаны. Этот показатель коррелирует с количеством ТК, на которое частично могут влиять генетические вариации. Так, у 6% общей популяции пациентов может быть гипертриптаземия. С возрастом триптаза имеет тенденцию повышаться (даже после учета сопутствующих заболеваний), и обычно она выше у мужчин, чем у женщин: в целом это незначительные изменения ( $\leq 0,5$  нг/мл), зависящие от генотипа триптазы, пола или индекса массы тела человека. В отечественной практике анализ показателей триптазы у детей в разных возрастных группах не проводился.

Цель. Изучить динамику уровней сывороточной триптазы у детей в возрасте от 0 до 9 лет.

Материал и методы. Уровни триптазы измеряли с помощью теста на автоматизированной платформе – ImmunoCAP-Триптаза (Thermo-Fisher/Phadia Laboratory Systems, Uppsala, Sweden). Этот тест имеет высокую специфичность (>90%). Уровни триптазы определяли у детей, у которых диагноз мастоцитоза был исключен клинически и/или в результате патоморфологического исследования.

Результаты. Согласно данным производителя ImmunoCAP-Триптаза, среднепопуляционное значение триптазы в сыворотке крови 126 здоровых взрослых доноров составило 3,8 мкг/л, из которых 95% имели значения <11,4 мкг/л (референсные значения 0–15 мкг/л). Считается, что у здоровых детей уровень триптазы до 3 месяцев жизни составляет около 6 мкг/л, постепенно снижается и составляет от 6 месяцев до 18 лет в среднем 3,5 мкг/л. Нами оценены уровни сывороточной триптазы у 30 детей без отягощенного аллергологического анамнеза в возрасте от 1 месяцев до 9 лет (средний возраст 3,63 года). Средний уровень триптазы (медиана) составил 3,30 мкг/л [2,38–4,36] для всей группы. Отмечалась тенденция к более высокому уровню триптазы у мальчиков, чем у девочек: 3,49 [2,56–4,64 мкг/л] и 2,91 мкг/л [2,16–4,16 мкг/л] соответственно. Самые высокие уровни триптазы были обнаружены в возрастной группе от 0 до 1 года. Средний уровень (медиана) у всех грудных детей составил 4,67 мкг/л [4,04–6,39 мкг/л]; мальчики – 5,34 мкг/л [4,04–6,39 мкг/л]; девочки – 4,48 мкг/л [3,23–16,26 мкг/л].

Обсуждение. Определение средних значений уровня триптазы и особенностей ее возрастной динамики у здоровых детей до периода наступления пубертата имеет важное значение в интерпретации показателей при диагностике мастоцитоза и прогнозировании активности тучных клеток. Превышение уровня сывороточной триптазы более 5 мкг/л у детей до наступления пубертата может считаться индикаторным уровнем кожного мастоцитоза (при наличии основных диагностических критериев). В связи с предполагаемой тенденцией роста уровней триптазы в норме у подростков требуется более детальное изучение физиологической активности фермента в данной возрастной группе.

## АССОЦИАЦИЯ ВИТИЛИГО С АУТОИММУННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

<sup>1</sup>ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва,

<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов»  
Миобрнауки России, Москва, ЗФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский Центр эндокринологии» МЗ РФ, Москва

<sup>1</sup>Петров В.А., <sup>1,2</sup>Жукова О.В., <sup>3</sup>Волнухин В.А., <sup>3</sup>Трошина Е.А.,

<sup>3</sup>Юкина М.Ю., <sup>3</sup>Орлова Е.М., <sup>3</sup>Нуралиева Н.Ф.

Актуальность. Аутоиммунная надпочечниковая недостаточность (аутоиммунная болезнь Аддисона) – относительно редкое заболевание, характеризующееся неспособностью коры надпочечников вырабатывать достаточное количество глюко- и минералокортикоидов. В литературе имеются публикации об ассоциации витилиго с аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью, однако сведения о частоте встречаемости данной патологии у пациентов с витилиго значительно варьируют.

Цель исследования. Оценить встречаемость аутоиммунной надпочечниковой недостаточности в группе пациентов с витилиго, обследованных с целью выявления у них аутоиммунных эндокринных заболеваний.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 51 пациент с витилиго в возрасте от 3 лет до 71 года (17 пациентов мужского пола, 34 пациента женского пола). У 47 больных диагностировано несегментарное витилиго, у 4 – сегментарное витилиго. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование с целью исключения аутоиммунных эндокринных заболеваний, включая консультацию врача-эндокринолога.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных в обследованной группе аутоиммунная надпочечниковая недостаточность установлена у 3 пациенток с несегментарным типом витилиго. Во всех 3 случаях аутоиммунная надпочечниковая недостаточность выявлена в составе множественной аутоиммунной эндокринной патологии: в 2 случаях – в рамках аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа, в 1 случае – в рамках аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа. В ряде зарубежных исследований у пациентов с витилиго установлена более высокая распространенность аутоиммунной надпочечниковой недостаточности по сравнению с популяцией с частотой встречаемости от 0,16% до 3,2% (Alkhateeb A. et al., 2003; Handa S., Dogra S., 2003; Silverberg J.I., Silverberg N.B., 2013; van Geel N. et al., 2014 и др.). Однако в других работах ассоциация витилиго с аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью не выявлена ни в одном случае (Sheth V.M. et al., 2013; Nejad S.B., 2013; Saleem K., Azim W., 2016; Gill L. et al., 2016; Hadi A. et al., 2020). В наблюдавшейся нами группе пациентов частота ассоциации витилиго с аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью также оказалась высокой и составила 5,9%, однако, учитывая небольшую выборку больных, для уточнения полученных данных необходимо проведение дальнейших исследований.

Выводы. 1. В клинической практике могут встречаться случаи ассоциации витилиго с аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью, в том числе в качестве компонента аутоиммунных полигландулярных синдромов. 2. Врачи-дерматовенерологи должны быть осведомлены о возможности ассоциации витилиго с аутоиммунной надпочечниковой недостаточностью.

## БОЛЕЗНЬ ГРОВЕРА

<sup>1</sup>МНПЦДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Жукова О.В.<sup>1</sup>, Маляренко Е.Н.<sup>1</sup>, Денисова Е.В.<sup>1</sup>, Хамаганова И.В.<sup>2</sup>,  
Донченко И.Ю.<sup>1</sup>, Радионова Е.Е.<sup>1</sup>

Цель и задачи работы: представление редкого клинического случая.

Болезнь Гровера – редкий транзиторный акантолитический доброкачественный дерматоз. Наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет. Этиология не известна. В качестве триггеров рассматривают гиперинсоляцию, физическую нагрузку и гипергидроз. Различают острый и хронический типы течения болезни. При остром течении сыпь сохраняется от 2 нед. до нескольких месяцев. При хроническом течении наблюдается

рецидивирование на протяжении нескольких лет. Представляем случай болезни Гровера у пациентки А. 51 года с синдромом Рейно, холециститом, пангастритом и варикозным расширением вен нижних конечностей в анамнезе. Пациентка А. Считает себя больной с ноября 2020 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже кистей, связывает со стрессом. В январе 2021 года обратилась к дерматологу в частную клинику, где был установлен диагноз «дерматит Дюринга», было назначено лечение: сульфоновые, антигистаминные препараты, энтеросорбенты, наружно стероидные мази, безглютеновая диета; через 10 дней в связи с появлением свежих высыпаний была увеличена дозировка дапсона до 100 мг, назначен дипропан 1,0 в/м № 2 с хорошим эффектом. В апреле 2021 года самостоятельно отменила прием дапсона в связи отсутствием эффекта и ухудшением общего самочувствия (слабость). Последняя инъекция дипропана 1,0 в/м в марте 2021 года. Отмечала кратковременный положительный эффект. В апреле у пациентки отмечался ангионевротический отек после употребления клюквенного морса. Получала лечение: дексаметазон, тиосульфат натрия, энтеросорбенты с положительным эффектом. В июне 2021 года находилась в Армении, обратилась к дерматологу, был выставлен диагноз КПЛ? Назначено лечение: дексаметазон (дозировку уточнить затрудняется), кальций глюконат, фенкарол 50 мг без эффекта. В ноябре 2021 года обратилась к дерматологу по месту жительства в Москве, где был установлен диагноз «Аллергический дерматит?», Пациентка была направлена в клинику-диагностический центр, где установлен диагноз «Дерматит Дюринга?», была проведена диагностическая биопсия («Патологические изменения носят характер слабо выраженного дерматита без признаков формирования полостного элемента, могут наблюдаться в разрешающемся элементе сыпи»), в филиале по месту жительства проведено лечение: антигистаминные препараты, энтеросорбенты, наружно стероидные мази, без эффекта. Настоящее обострение с апреля 2022 года, лечилась антигистаминными препаратами, наружной терапией, с незначительным эффектом. Направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» с предварительным диагнозом: Герпетиформный дерматит Дюринга; при поступлении пациентка предъявляла жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд в местах высыпаний; при осмотре: патологический процесс носил распространенный хронический воспалительный характер: на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей на эритематозном фоне отмечались слабо инфильтрированные папулы диаметром до 0,5 см, мелкие эрозивные дефекты размером около 2 мм в диаметре, линейные и точечные эксфолиации, покрытые геморрагическими корками, поствоспалительные пятна застойно-розового цвета. Симптом Никольского отрицательный. Видимые слизистые оболочки и ногтевые пластины кистей рук и стоп интактны. С целью верификации диагноза были проведены: диагностическая биопсия кожи: «Эпидермис с участками над-базального акантолиза с образованием небольших щелевидных полостей, эрозивными дефектами, покрытыми некротическим детритом. В верхних отделах дермы первично-лимфоцитарные с примесью немногочисленных эозинофилов инфильтраты, заключение: Морфологическая картина более всего соответствует болезни Гровера), иммуногистохимическое исследование (признаков специфической фиксации (Ig G, Ig A, Ig M, С3С, fibrinogen) в пределах исследованного биоптата не обнаружено), взят анализ на акантолитические клетки (отрицательный). Таким образом, на основании жалоб, анамнеза заболевания, результатов проведенных исследований был установлен диагноз: Транзиторный акантолитический дерматоз (Болезнь Гровера).

Выводы: Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью данного заболевания среди дерматологических пациентов, трудностью диагностики и необходимостью своевременной дифференциальной диагностики, основным методом постановки диагноза следует считать гистологическое исследование.

## БОЛЕЗнь КИРЛЕ (ОГРАНИЧЕННЫЙ ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ И ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ): СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

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

Каирова А.Н., Ефрим О.И., Черкун А.И.

Гиперкератоз фолликулярный и парафолликулярный, проникающий в кожу (болезнь Кирле – БК), – дерматоз неясной этиологии, характеризующийся образованием в дерме околочелющичных очагов гиперкератоза. Первые был описан Дж. Кирле в 1916 г.

Этиология и патогенез. Этиология БК указывает на взаимосвязь заболевания с нарушением метаболизма витамина А, васкулопатией, хронической почечной недостаточностью, сахарным диабетом, гипотиреозом. При патогенезе БК отмечается нарушение клеточного деления и созревания за счет увеличения скорости дифференцировки кератиноцитов. Результатом этого является формирование роговых и паракератотических пробок. Клиническая картина. БК чаще возникает у взрослых после 30 лет. Считается, что женщины болеют чаще, чем мужчины. Клинически процесс характеризуется высыпанием плотноватых узелков с ороговением в центре в виде роговой пробки, фолликулярных, реже – парафолликулярных. Элементы располагаются преимущественно на коже голеней, предплечий, иногда на лице, волосистой части головы. Величина узелков соответствует 0,3–0,5 см, окраска высыпаний вокруг ороговевшего центра сероватая, коричневатая-красная или желтоватая. После удаления роговой пробки обнаруживают слегка влажное или кровотокащее кратерообразное углубление. На месте регрессированных элементов остаются пигментированные рубчики. При гистологическом исследовании характерны экстрафолликулярные инвагинации истонченного эпидермиса, заполненные роговыми пробками с участками базофилии. Дифференциальная диагностика. Дифференциальный диагноз при БК следует проводить с перфорирующим фолликулитом, серпигинозным эластозом, реактивным перфорирующим коллагенозом, красным плоским лишаем, болезнью Девержи, болезнью Дарье, порокератозом Мибелли и узловой чесоткой. Лечение. Общепризнанных схем лечения при БК не разработано. Методы терапии, существующие на данный момент, не приводят к полной клинической ремиссии: наружно применяют кератолитические средства и топические глюкокортикостероидные препараты. В отдельных случаях при ограниченных высыпаниях используют электрокоагуляцию, лазерную деструкцию, криотерапию.

Цель данного исследования: описание собственного наблюдения ограниченной формы БК и дальнейшей тактики ведения. Приводим собственное наблюдение. Больная Б., 63 года, в ноябре 2022 года обратилась в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Кутузовский», с жалобами на высыпания на коже лица в области кончика носа, «волновал» косметический аспект. Считает себя больной с 2019 года, когда впервые появились высыпания на коже лица, отмечала медленный рост. Соматически отягощена: артериальная гипертензия. Аллергоанамнез не отягощен. Постоянно принимает гипотензивные препараты. Кожный статус: при локальном осмотре папулы ярко-розового цвета, сливающиеся в бляшку диаметром до 2,0 см, без четких границ, с роговыми пробками в центре. На основании данных анамнеза и клинической картины был поставлен предварительный диагноз «Базалиома?» и дано направление в Центр Неинвазивной Диагностики Кожки для уточнения диагноза, где пациентка была направлена на консультацию к онкологу в ГБУЗ «Больница им. С.П. Боткина» ДЗМ. Проведена инцизионная биопсия кожи. Результаты гистологического исследования от 29.11.2022 г.: в углублениях утолщенного эпидермиса отмечается формирование роговых пробок с участком паракератоза. Местами внутри эпителиального пласта обнаруживаются дискератотические тельца. В прилегающих участках дермы отмечается гистиолимфоцитарная инфильтрация вокруг полнокровных сосудов с примесью макрофагов, наблюдаются очаговая экстравазация эритроцитов. Заключение: признаков базалиомы в биоптате не обнаружено, выявленные изменения не позволяют исключить фолликулярный гиперкератоз Кирле. На повторном приеме в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ пациентка изъявила желание удалить данное высыпание в связи с его доброкачественностью. В результате было произведено удаление с помощью электрокоагуляции, даны рекомендации по уходу за кожей.

При повторном приеме через 1 месяц наблюдалось гиперпигментированное пятно, признаков рецидива не наблюдалось. Пациентке было предложен контроль через 3 месяца.

Заключение. БК крайне редкое заболевание, верификация диагноза которого по клиническим проявлениям может вызвать затруднения в практике врачей-дерматовенерологов. В диагностике данного дерматоза большое значение имеет гистологическое исследование, учитывая варибельность ограниченных форм заболевания. В лечении имеет смысл индивидуальный подход для достижения комплаенса.

## БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД КАК КОЖНЫЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва  
Каткова К.В., Шалагинова А.В., Денисова Е.В., Маларенко Е.Н.,  
Жукова О.В., Хамаганова И.В.

Паранеопластический синдром—клинико-лабораторное проявление злокачественной опухоли, обусловленное не её локальным или метастатическим ростом, а неспецифическими реакциями со стороны различных органов и систем или эктопической продукцией опухолью биологически активных веществ. В 1865 году французский врач А. Триессо первым обратил внимание на взаимосвязь доброкачественных дерматозов и онкологических заболеваний. Паранеопластические дерматозы развиваются у 27% пациентов с онкологическими заболеваниями. В настоящий момент существует ряд описанных дерматозов, ассоциированных с онкопроцессом (облигатные паранеоплазии), другие редко с ним сочетаются (факультативные паранеоплазии). К облигатным паранеоплазиям относятся, в частности, буллезные дерматозы, такие как буллезный пемфигоид Левера, герпетиформный дерматит Дюринга, субкорнеальный пустулез Снеддона–Уилкинсона, вульгарная пузырчатка, по данным литературы встречаются в 5–18% случаев у онкологических больных, что делает целесообразным проведение у них онкопоиска. Буллезный пемфигоид – хроническое аутоиммунное заболевание кожи, характеризующееся появлением субэпидермальных пузырей в результате выработки IgG-аутоантител к компонентам полудесмосом, впервые описано в 1953 году Левером, который выделил буллезный пемфигоид в отдельную нозологическую единицу.

В ГБУЗ МНПЦДК филиале «Клиника им.В.Г.Короленко» ДЗМ под наблюдением находился пациент Б., 65 лет. Поступил в отделение стационара с жалобами на мучительный зуд, болезненность при глотании, распространенные буллезные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Согласно данным анамнеза, в июле 2022г. диагностирован рак мочевого пузыря. В августе 2022 г. впервые появились высыпания на коже. Оперативное вмешательство по поводу онкопроцесса не проводилось ввиду распространенных высыпаний на коже, в связи с чем был госпитализирован в отделение аллергологии с диагнозом «Токсическая эритема, затянувшееся течение»; в составе комбинированной терапии получал системные ГКС – р-р преднизолона 120 мг в/в, с дальнейшим титрованием до полной отмены к моменту выписки. С купированным состоянием был выписан. Спустя 5 дней после выписки – обострение кожного процесса, повторная госпитализация, во время которой в связи с развившимися осложнениями (Рак мочевого пузыря T2N0M0, 2 стадия с распадом и перфорацией. Макрогематурия. Мочевой перитонит) проведено экстренное оперативное вмешательство: радикальная цистэктомия, санация, дренирование брюшной полости, билатеральная кутанеостомия. Согласно заключению гистологического исследования, выявлены: Рак мочевого пузыря 2ст., рак предстательной железы 2 ст., даны рекомендации. В удовлетворительном состоянии выписан и направлен в дерматологический стационар в связи с прогрессирующим кожным процессом. При осмотре – на боковой поверхности языка у корня слева опухолевидное образование, на поверхности которого эрозия, покрытая фибриновым налетом, в основании которой определяется хрящевидная плотность; высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей в виде буллезных элементов до 3 см в диаметре, с плотной напряженной покрывкой, с прозрачным содержимым, симптомы Асбо-Ханзена, Никольского отрицательные. При обследовании в общем анализе крови: WBC 10,3x10<sup>9</sup>, RBC 3,56 10<sup>12</sup>/л, HGB 93 г/л; в общем анализе мочи: трипельфосфаты в большом количестве, следы белка, эритроциты 15-18 в п/з; согласно результатам гистологического и ПИФ-исследований

кожи: изменения соответствуют буллезному пемфигоиду. Пациенту подобрана терапия: преднизолон 35 мг per os, дапсон 100 мг/сут. Выписан через 10 дней с полным регрессом высыпаний на коже, менее интенсивным зудом, с рекомендацией консультации челюстно-лицевого хирурга. Амбулаторно дообследован, согласно заключению гистологического исследования новообразования языка: изменения могут соответствовать плоскоклеточному раку языка, так же при обследовании обнаружены mts в шейные л/у. По заключению онкоконсилиума пациенту показана исключительно паллиативная помощь. Данный клинический опыт позволяет подчеркнуть взаимосвязь буллезного пемфигоида в приведенном случае с первично-множественным раком, расценить данный дерматоз как паранеопластический. Такие ситуации требуют мультидисциплинарного подхода к лечению в интересах здоровья пациента. Дерматологом важно своевременно провести необходимое обследование с целью верификации диагноза для подбора максимально эффективной системной терапии, направление пациентов с буллезными дерматозами на расширенный онкопоиск.

## В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФОКУСЕ PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE

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

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

Среди множества болезней кожи, встречающихся в практике дерматологов, достаточно много именных дерматозов. Обычно они носят имена первооткрывателей. В части случаев это прочная семантическая связь в дерматологии – розовый лишай Жибера, эозинофильный фасциит Шульмана, бактерицидный пустулезный Эндрюса, буллезный пемфигоид Левра, герпетический дерматит Дюринга–Брока, синдром Сенир–Ашера и всевозможные другие. Более того, фамилиями названы даже отдельные симптомы – феномен Никольского при пузырчатке, ободок Воронова при псориазе, феномен Кебнера, симптом Унна–Дарье при пигментной крапивнице. Вместе с этим один из числа самых распространенных дерматозов – псориаз, известный с древних времен, не имеет фамильного тождества. Тогда как красный плоский лишай Вильсона потерял исследовавшего своего автора и редко кто помнит исследователей, стоявших у истоков изучения этого заболевания (1879). В настоящее время известно, что красный волосной отрубевидный лишай (КВОЛ) впервые описал Devergie в 1857 г. и связывал этот дерматоз с псориазом. Но только спустя много лет, в 1877–1889 гг., Besniet и Richard показали, что КВОЛ самостоятельное заболевание и не связан с псориазом, кроме внешнего сходства. При дифференциальной диагностике болезни Девержи следует помнить о существовании псориазоподобного ее варианта Девержи. Он распознается без гистологического исследования, иногда за счет резкого покраснения ладоней и подошв. Стертые формы болезни могут проявляться разнообразно: не только изолированной гиперемией тыльной поверхности пальцев рук со слабовыраженным кератозом ладоней и подошв и незначительным изменением ногтей. В части случаев стертая форма болезни Девержи проявляется в основном на ладонях и подошвах. Иногда процесс ограничивается участками фолликулярного кератоза в области локтей и колен (или только колен). При этом на ладонях и подошвах кератоз бывает слабовыраженным. В тезисах сделан акцент на наличие у болезни Девержи разнообразных стертых вариантов, создающих определенные диагностические трудности, особенно при псориазических поражениях, что важно учитывать.

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОАБЛАТИВНОГО ЭРБИЕВА ЛАЗЕРА В СОЧЕТАНИИ С АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМОЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ И СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Чернова Н.И., Фриго Н.В., Проскураина М.И., Атабиева А.Я., Китаева Н.В., Благодир А.С.

Введение. В значительном количестве случаев появление симптомов генитального склероатрофического лишая (ГСЛ), генитального простого хронического лишая (ГПХЛ) становится причиной депрессии, хронического стресса, снижения качества жизни пациенток. Длительное применение топических глюкокортикостероидных средств (ТГКС) высокой и средней силы действия, несмотря на свою эффективность, сопрягается с невысокой комплаентностью, обусловленной прежде всего стероидофобией и нерациональным использованием препаратов. Кожный процесс и психоэмоциональные нарушения при этом неуклонно прогрессируют, что приводит к значимым осложнениям. Лечение фракционным микроаблятивным эрбиевым лазером в сочетании с аутогенной тромбоцитарной плазмой может быть эффективным в плане поддержания ремиссии и снижения потребности в топических стероидах. Цель. Изучить клиническую эффективность применения фракционного микроаблятивного эрбиевого лазера в сочетании с аутогенной тромбоцитарной плазмой у пациенток с простым хроническим и склероатрофическим лишаем вульвы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 женщины (22 больных ГПХЛ, 20 пациенток ГСЛ) в возрасте от 20 до 60 лет. Клинически у женщин регистрировали наличие белесоватых пятен, фарфорово-белых бляшек, гиперпигментации, инфильтрации, гиперкератоза, эритемы, петехий, эхиомозов, трещин, эрозий, расчесов, стеноза влагалища и/или уретры, наличие деформации или потери архитектуры половых губ и клитора. Оценка интенсивности зуда проводилась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Лечение: мометазона фураат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом: крем наносили тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 7–14-ти дней, далее мометазона фураат мазь 0,1% на пораженные участки 1–2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки или через день в течение 1 месяца, далее 2 раза в неделю в течение месяца в сочетании с увлажняющим средством индивидуальной гигиены на основе гиалуроната натрия с экстрактами клевера, хмеля, календулы, далее проводили фракционный термолиз с помощью эрбиевого лазера с длиной волны 2940 нм с последующим введением аутогенной тромбоцитарной плазмы (РРР) – 2 процедуры, с интервалом 30±2 дня.

Результаты. При анализе возрастных характеристик женщин, обратившихся за медицинской помощью, было констатировано, что подавляющее большинство пациенток ГСЛ находилось в возрасте от 50 до 60 лет, тогда как больные с ГПХЛ – 30–39 лет. Ведущим симптомом, как при ГСЛ, так и ГПХЛ, являлся зуд, который регистрировался перед началом терапии у 18-ти женщин с ГСЛ и 22-х пациенток с ГПХЛ. Средние показатели интенсивности зуда по шкале ВАШ в группе пациенток с ГСЛ до лечения составили 8,28±0,17, после лечения ТГКС 3,58±1,11 (<5 баллов). Анализ интенсивности зуда у пациенток с ГПХЛ показал, что средние значения по данному индексу составили 9,67±0,097, что соответствовало «тяжелому» зуду. После лечения ТГКС отмечалось снижение индекса ВАШ до 2,12±0,07 (<5 баллов). Фракционный термолиз в сочетании с аутогенной тромбоцитарной плазмой способствовал снижению количества белесоватых пятен, бляшек, интенсивности инфильтрации у 18 пациенток ГСЛ. Зуд разрешился и не рецидивировал в течение всех 8-ми недель динамического наблюдения у 15 больных с ГСЛ. В группе пациенток с ГПХЛ было получено наиболее значимое уменьшение числа больных с симптомами в результате проведения комбинированной терапии. Так, купирование симптомов зуда, расчесов, гиперпигментации и инфильтрации было констатировано у 22 пациенток. Переносимость терапии была хорошей. Нежелательные явления в виде незначительного дискомфорта при проведении лазерного воздействия и введения аутоплазмы были кратковременными, носили транзиторный характер и не требовали отмены терапии, смены способа воздействия.

Заключение. Комбинированный метод терапии ГСАЛ и ГПХЛ, заключающийся в применении на очаги поражения наружной терапии в виде тГКС высокой степени активности в сочетании с эмолентами с последующей обработкой эрбиевым лазером с длиной волны 2940 нм и интрадермальным введением аутогенной тромбоцитарной плазмы оказал выраженный терапевтический эффект в виде регресса клинических проявлений и привел к установлению ремиссии в течение периода наблюдения (2 месяца).

## ВПЧ – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург  
Ключарева С.В., Ключарев Г.В., Белова Е.А., Нечаева О.С.

Известно, что ВПЧ – это строго эпителиотропный вирус (поражает только эпителий кожи, слизистых оболочек гениталий и др. органов: гортань, ротовая полость, глаза), поэтому персистирует в эпителиальных тканях. Не определяется в крови. Инфекционный процесс начинается с момента внедрения вируса в активные пролиферирующие базальные клетки эпидермиса через мацерированную или травмированную кожу или слизистую оболочку с последующим распространением. Проллиферативный цикл ВПЧ полностью заканчивается только в многослойном плоском ороговевающем эпителии. Ошибки в диагностике и лечении ВПЧ в первую очередь приводят к рецидивам заболевания. Почему возможен рецидив заболевания? 1. Для развития инфекционного процесса достаточно единичных вирусных частиц. Клетки базального слоя являются постоянным источником инфицирования эпителиальных клеток. 2. ВПЧ, проникший в организм, может размножаться только в месте внедрения (ПВИ – это локальная инфекция). 3. ВПЧ вызывает персистирующую инфекцию и имеет механизм ускользания от факторов иммунной защиты. 4. Вокруг клинических проявлений имеются скрытые очаги (резервуары) латентной ПВИ, которые могут располагаться в радиусе до 1 см от видимых границ патологического процесса (кондиломы) и в дальнейшем способствующие рецидивам и дисплазии эпителия. Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы, АБ) – это клинические манифестации ВПЧ-инфекции. Показанием к лечению является наличие клинических проявлений заболевания. При отсутствии аногенитальных бородавок или цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений лечение субклинической генитальной папилломовирусной инфекции не проводится.

Целью нашей работы явилось изучение ошибок диагностики и лечения аногенитальных бородавок.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 96 пациентов, мужчин 56 и 40 женщин. Все проявления АБ локализовались в области гениталий. Результаты. Среди направленных на лечение пациентов у 12 человек с АБ был установлен диагноз – контактный моллюск, у 16 пациентов, направленных с диагнозом контактный моллюск, – АБ. У 8 пациентов был установлен диагноз лимфангиома (доброкачественная опухоль, зачастую возникающая еще при внутриутробном развитии; клетки опухоли происходят из стенок лимфатических сосудов, тело опухоли макроскопически представляет собой тонкостенную полость различных размеров от 1 мм до нескольких сантиметров) была выявлена у 4 человек, до обращения в клинику они все лечились не менее 2 лет с диагнозом АБ. Без диагноза – 14 человек, но выявлены АБ. Ошибки диагностики составили 48%. В лечение АБ также были выявлены факты неправильной терапии, что приводило к рецидивам заболевания. Согласно клиническим рекомендациям (М., 2020), лечение АБ включает в себя: «1. Деструкция АБ, в том числе цитотоксические методы, химические методы. 2. Иммуномодуляторы для местного применения – имихимод (Кераворт), крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6–8 часов) 3 раза в неделю (через день). Курсовое лечение (не более 16 недель) продолжают до исчезновения аногенитальных бородавок (Уровень А); внутривагинальное введение препаратов α-интерферона (Уровень В)». Также в рекомендациях отмечено, что «применение интерферонов системного действия (интерферона гамма) рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания (А). Рекомбинантные α-интерфероны могут быть причиной усугу-

бления аутоиммунного ответа организма». 2. «Нерациональное применение препаратов может вызывать гиперинтерферонемии». Пример: пациентка М., жалоб нет, на плановом осмотре гинеколог выявил ВПЧ 44 типа (ПЦР – стенка влагалища) и назначена терапия: Алокин-альфа, Виферон свечи в течение всех 3 мес., Изопринозин в таб, Иммуномакс в/м, Панавир свечи, Ферровир в/м. Указанные средства не являлись предметом выбора, а назначались все вместе в течение 3 месяцев. Пациентка выполнять эти назначения не стала. В рекомендациях для гинекологов указано: «Лечение иммуномодуляторами продуктивного компонента ВПЧ-инфекции, инициирующей и поддерживающей прогрессию CIN, патогенетически оправданно лишь в дополнение к эксцизии». Выводы. 1. Ошибки диагностики приводят к распространению АБ и усложняют дальнейшую терапию. 2. Неправильная тактика удаления и выбор наружной терапии приводят к рецидивированию АБ. 3. Назначение системных иммуномодуляторов должно быть обосновано и выполняться согласно клиническим рекомендациям.

## ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ВУЛЬГАРНЫМ ИХТИОЗОМ

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

Введение. От 37 до 70% пациентов с вульгарным ихтиозом имеют атопические состояния, чаще всего атопический дерматит (АтД). Клинические проявления ихтиоза у пациентов с АтД могут быть недооценены ввиду интенсивного зуда, применения лекарственных препаратов, или могут быть расценены как сухость кожи, типичная для АтД. Высококачественное ультразвуковое исследование (ВЧУЗИ) может быть использовано для объективной оценки внутренней структуры кожи. Цель. Оценить ультразвуковые (УЗ) параметры кожи локтевых сгибов у пациентов с АтД и ихтиозом и пациентов с АтД без ихтиоза. Материалы и методы. 1 группа – 12 пациентов с АтД и ихтиозом (5 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 1 года до 33 лет), 2 группа – 141 пациент с АтД без ихтиоза (48 мужчин и 93 женщины, в возрасте от 3 месяцев до 60 лет). Высококачественное ультразвуковое исследование кожи локтевых сгибов проводили с использованием системы DUB® SkinScanner (TPM, Люнебург, Германия) с датчиком 75 МГц, глубиной проникновения 4 мм. Оценивали толщину эпидермиса (Тэ, мкм), эхоплотность эпидермиса (Ээ, у.е.), толщину дермы (Тд, мкм), эхоплотность дермы (Эд, у.е.), а также наличие субэпидермальной гипозоженной полосы (SLEB), ее толщину (Тs, мкм) и эхоплотность (Эs, у.е.). Результаты. Тэ у 1 группы составила 127[113; 130] мкм, у 2 группы – 128[86; 160] мкм (p=0,9800), Тд – 815[800; 914] и 1129[1000; 1305] мкм соответственно (p=0,0176), Тs – 79[64; 82] и 161[90; 234] мкм соответственно (p=0,0142), Ээ – 91[90; 116] и 95[74; 112] у.е. соответственно (p=0,5991), Эд – 39[25; 44] и 17[13; 20] у.е. соответственно (p=0,0047), Эs – 6[4; 9] и 4[3; 4] у.е. соответственно (p=0,0173). Установлено, что у пациентов с АтД без ихтиоза толщина дермы и SLEB оказались достоверно выше, а эхоплотность дермы и SLEB достоверно ниже, чем у пациентов с АтД и ихтиозом (p<0,05). Было отмечено, что толщина и эхоплотность эпидермиса у пациентов носит индивидуальный характер. Вывод. Результаты ВЧУЗИ кожи демонстрируют наличие выраженной субэпидермальной гипозоженной полосы и гипозоженности дермы у пациентов с АтД без ихтиоза в сравнении с пациентами с ихтиозом и АтД. Таким образом, кожа при АтД и ихтиозе отличается от кожи при АтД без ихтиоза при УЗ сканировании, что позволяет дифференцировать эти состояния даже при наличии зуда.



**ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ПУЗЫРЧАТКА – РЕДКИЙ  
АУТОИММУННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ,  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.**

*ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва*  
Плиева К.Т., Денисова Е.В., Бобров М.А., Корсунская И.М.,  
Малыренко Е.Н., Жукова О.В.

Впервые герпетиформная пузырчатка была описана Jablonskaetal в 1975 г. До 1955 года, в связи с более поздним внедрением в практику дерматологов метода иммунофлюоресценции в диагностике, для описания данной патологии применялись следующие термины: герпетиформный дерматоз с акантолизом, смешанное буллезное заболевание, сульфонамид-чувствительная пузырчатка. Термин «герпетиформная пузырчатка» отражает принадлежность данной патологии к группе пузырчаток, и является одним из ее вариантов. При ГП происходит выработка аутоантител класса IgG к компонентам десмоглеина в эпидермисе – десмоглеину-3, десмоглеину-1, реже, десмоколлин-1, десмоколлин-3, 178-kd протеину. Эпидермальные клетки вырабатывают нейтрофильный хемокин интерлейкин 8 (ИЛ-8), который, активизируется аутоантителами IgG к десмоглеину, что приводит к депонированию эозинофилов, нейтрофилов в эпидермисе и является отличием ГП от вульгарной пузырчатки. ГП возникает обычно у пациентов в возрасте от 30 до 80 лет, в среднем – 55-60 лет. Высыпания при ГП характеризуются полиморфностью, могут быть представлены в виде бляшек, по периферии которых располагаются папулы и везикулы, или в виде сгруппированных папул, везикул или напряженных пузырей, как при герпетиформном дерматите Дюринга. Для герпетиформной пузырчатки характерен выраженный зуд кожи. Под нашим наблюдением находился пациент К., 73 лет, поступивший 05.10.2022 г. на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже в/ч головы, лица, заушных областей, туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд в местах высыпаний. Считает себя больным с 2017г., когда впервые появились высыпания на коже в/ч головы. При обращении к дерматологу по месту жительства, был поставлен диагноз «Псориаз», рекомендовано лечение антигистаминными препаратами и топическими ГКС, с временным эффектом. В мае 2019г. появились высыпания на коже левой нижней конечности в виде буллезных элементов. Дерматологом по месту жительства, был госпитализирован на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», где находился с 02.08.2019 г. по 15.08.2019 г. Было проведено гистологическое исследование 02.08.2019 г., согласно заключению: патологические изменения могут наблюдаться при хронической крапивнице, в уртикарном элементе буллезного пемфигоида, при контактном аллергическом дерматите. Рекомендуется повторное морфологическое исследование при появлении пузырных элементов сыпи, либо проведение реакции ПИФ. При цитологическом исследовании, акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы – 45%. По совокупности клинических и лабораторных данных, был установлен диагноз «Герпетиформный дерматит Дюринга». В составе терапии получал: дапсон 50 мг внутрь 2 р/д, т. Преднизолон 45 мг/сутки по схеме снижения, антигистаминную терапию, наружные средства. Был выписан с улучшением, рекомендовано продолжить амбулаторно прием т. преднизолон в дозировке 30 мг/сут., с титрованием дозы по схеме, т. дапсон 100мг/сут., с дальнейшим титрованием дозы. Рекомендации соблюдал, амбулаторно завершил прием преднизолона, дапсона в конце июля 2019г. В январе 2022г, когда отметил рецидив. Был направлен на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». На момент госпитализации, на коже в/ч головы, лица, заушных областей, высыпания в виде множественных эрозий, с насыщенно-красным дном, на поверхности отмечались мягкие, слоистые желтоватые корочки; на коже туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей высыпания в виде множественных эрозивных дефектов, на отечном, гиперемированном фоне, единичных буллезных элементов, диаметром до 0,8 см, с вялой покрывкой, серозным содержимым. Симптом Никольского положительный. Было проведено гистологические, иммуногистохимическое, по заключению: по совокупности результатов гистологического и ПИФ исследований – Герпетиформная пузырчатка. При цитологическом исследовании, акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы – 78%. В составе комбинированной терапии пациент получал системные ГКС (преднизолон 120мг/сут.), антибактериальные, антигистаминные препараты, наружные средства, с положительным эффектом на момент выписки. Герпетиформная пузырчатка, редкий тип пузырчатки, характеризующийся иммунологическими данными, соответствующими пузырчатке, но с уникальной клинической и патологической картиной.

**ДЕРМАТОЗЫ ЛИЦА: ОСОБЕННОСТИ  
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ**

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования; Республиканский клинический дерматовенерологический центр Министерства здравоохранения ДНР, Донецк, ДНР*

Проценко Т.В., Проценко О.А., Милус И.Е.

Актуальность. Поражения кожи лица и волосистой части головы нередко воспринимаются лишь как эстетическая проблема, что приводит к поздней диагностике дерматоза и порой неоправданной косметологической коррекции и развитию осложнений.

Материал и методы. По результатам собственных 15-летних наблюдений представлен анализ 179 случаев несвоевременной диагностики дерматозов с преимущественным или изолированным поражением кожи лица, волосистой части головы, в том числе у 161 женщины и у 28 мужчин в возрасте от 19 до 68 лет. Диагноз во всех неочевидных случаях подтверждался гистологией, все пациенты были комплексно обследованы в соответствии с клиническими рекомендациями при установлении диагноза и при последующем ведении для мониторинга эффективности терапии.

Результаты. Первое обращение к косметологу было у 158 (88,3%) пациентов. При анализе нозологической принадлежности аутоиммунные поражения кожи были выявлены у 39 (21,8%) больных, в том числе хроническая дискоидная красная волчанка – у 11, центробежная эритема Бизтта – у 6, системная красная волчанка (со стартовой эритемой на лице и диффузным выпадением волос) – у 12. Лишь 8 (20,5%) из них первоначально обратились к дерматологу, а 31 (79,5%) пациент первоначально обратились к косметологу и получили многократные косметологические процедуры. У 8 (4,5%) больных была ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши с поражением кончика носа, ушных раковин, слизистой полости рта, при этом пациенты не знали о своем ВИЧ статусе. Полосовидная склеродермия была у 4 (2,2%) пациентов, которым первоначально в условиях косметологического кабинета вводили внутривенно препараты гиалуроновой кислоты. Герпетиформный дерматит Дюринга диагностирован у 2 (2,2%) женщин 18 и 36 лет, получавших ранее лечение в связи с герпесом. Кольцевидная гранулема, глубокая форма, с поражением кожи лица была у 3 (1,8%), липоидный некробиоз – у 1 (0,6%), базалиома – у 12 (6,7%), мелазма – у 8 (4,4%). Алопеция была у 36 (20,1%), в том числе диффузная телогеновая постковидная – у 18 (50%) из них. Приведенные результаты анализа подтверждают необходимость соблюдения в дерматокосметологической практике основного принципа клинической медицины – принципа ООО (Опрос и анализ анамнеза – Осмотр всего кожного покрова и доступных слизистых – Обследование и анализ предшествующей медицинской документации).

Выводы. Поражения кожи лица и волосистой части головы могут быть проявлением распространенного дерматоза, системного аутоиммунного или инфекционного заболевания, что требует соответствующей врачебной тактики.

**ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: СИМПТОМЫ,  
МАРКЕРЫ, АССОЦИАЦИИ**

*Федеральное Государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им И.И. Мечникова»; Академия постдипломного образования ФГБУ ФНЦК ФМБА России, Москва*

Сорокина Е.В., Ахматова Э.А., Мишина Н.В., Ахматова Э.М.

Одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний является сахарный диабет (СД), характеризующийся широким спектром кожных проявлений, как патогномичных, так и неспецифических. Кожные проявления у пациентов с СД можно классифицировать на четыре основные группы в зависимости от этиологических факторов и патогенеза: 1. поражения кожи,

имеющие разную степень ассоциации с диабетом (липоидный некробиоз, диабетическая дерматопатия, диабетические буллы, эруптивные кантомы, перфоративные дерматозы, черный акантоз и др.); 2. инфекции (бактериальные, грибковые); 3. кожные проявления диабетических осложнений (микроангиопатия, макроангиопатия, нейропатия); 4. кожные реакции на терапию диабета. Кожные проявления, оставляемые без внимания или гиподиагностика этих проявлений у пациентов с диабетом приводит к распространенным осложнениям. Высокий риск развития язвенных поражений, диабетической стопы могут привести к серьезным последствиям и связаны с многофакторным генезом. Возможно развитие кожных проявлений сахарного диабета до установления диагноза и возникновения симптомов со стороны внутренних органов, что позволяет отнести такие проявления к ранним маркерам сахарного диабета. Поэтому ранняя диагностика кожных проявлений сахарного диабета повысит эффективность профилактических мероприятий дерматологических осложнений. В данном сообщении будут рассмотрены основные кожные проявления сахарного диабета на разных стадиях эндокринопатии, а также представлены клинические случаи развития у таких больных липоидного некробиоза и кольцевидной гранулемы.

## ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ Московский Научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

<sup>3</sup>ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН Москва

Потекаев Н.Н.<sup>1,2</sup>, Корсунская И.М.<sup>3</sup>, Косталевская А.В.<sup>2</sup>,  
Денисова Е.В.<sup>2</sup>, Плиева К.Т.<sup>2</sup>, Шалагинова А.В.<sup>2</sup>, Гурдуз В.В.<sup>2</sup>,  
Невозинская Э.А.<sup>1,2</sup>.

Пузырные дерматозы – это группа заболеваний аутоиммунного генеза, при которых пузырь является постоянным и обязательным симптомом заболевания. Несмотря на большое количество исследований и наличие многочисленных гипотез возникновения данной группы заболеваний (инфекционная, вирусная, обменная, неврогенная, токсическая, ферментативная, эндокринная, иммунопатологическая), этиология пузырных дерматозов до сих пор не выяснена до конца. В настоящее время диагностика буллезных дерматозов редко вызывает затруднение у врача – дерматовенеролога. Это связано с наличием как клинических методов диагностики (симптомы Никольского, Асбо-Ганзена, проба Ядассона), так и лабораторных методов исследования (определение количества эозинофилов в крови и пузырной жидкости, наличие или отсутствие акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна свежих эрозий, методы прямой и непрямой иммунофлуоресценции, патолого – анатомическое исследование биопсийного материала). Как известно буллезные дерматозы могут возникать на фоне тяжелых аутоиммунных заболеваний. Так, например, описаны случаи развития вульгарной пузырчатки на фоне синдрома Sjogrena, ревматоидного артрита, тимома, myasthenia gravis. Буллезный пемфигоид Левера часто ассоциируется с онкопатологией. В свою очередь, герпетиформный дерматит Дюринга часто развивается у лиц, страдающих изменением тонкого кишечника с нарушением процессов всасывания. Однако в ситуации, когда буллезные дерматозы возникают на фоне другого длительно существующего кожного заболевания (например, псориаза, склеродермии, красной волчанки), у врача – дерматовенеролога могут возникнуть трудности в диагностике. В данном сообщении описываются два клинических случая развития буллезных дерматозов на фоне уже существующего в течение многих лет вульгарного псориаза. В первом случае на фоне обострения вульгарного псориаза развился буллезный пемфигоид Левера. Во втором случае на фоне вульгарного псориаза в стадии ремиссии развилась вульгарная пузырчатка. Т.о., осторожность в отношении наличия нескольких кожных заболеваний у одного больного никогда не бывает излишней.

## ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У ДЕТЕЙ

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

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

Клинически склеродермии разделяют на ограниченные и системные формы. В компетенции дерматологов ограниченные (локализованные) варианты. Из-за их многообразия, а также наличия abortивных проявлений нередко затруднена диагностика. Известная клиническая классификация включает более 10 форм, в частности бляшечные разновидности: инфильтративно-атрофическую Вильсона, поверхностную сиреневую Гужеро, идиопатическую атрофодермию Пазини–Пьерини, келоидоподобную узловатую глубокую, буллезную; генерализованные, линейно-полосовидные: саблевидную, лентовидную, зостероформную, склероатрофическую разновидности. В основе инициации процесса лежат сосудистые травмы, которые вызывают активизацию эндотелиальных клеток, что повышает проницаемость капилляров, нарушая микроциркуляцию сосудов. Значительную патогенетическую роль играют аутоиммунные нарушения. Существенная роль в патогенезе патологического процесса принадлежит склерозу из-за избыточного перехода эндотелиальных клеток в клетки эндотелиально-мезенхимальной трансформации. Идиопатическая атрофодермия Пазини–Пьерини носит имена авторов, описавших ее в 1936 г. Заболевание редкое, проявляющееся коричневыми пятнами различного размера и количества, располагающимися преимущественно на туловище. За почти 100-летие существования этой болезни не решен вопрос: это самостоятельная нозологическая форма или атрофический вариант morphea? Идиопатическая атрофодермия Пазини–Пьерини редко встречается во врачебной практике. В филиале «Юго-Западный» за последние 5 лет наблюдали два клинических случая этого заболевания. Клинически и гистологически их рассматривали как morphea распространенной формы у подростка 14 лет и девушки 15 лет. Патологический процесс носил упорный хронический характер. Многократные курсы лечения солкосерилом, протоликом, метотрексатом по 10–15 мг/нед. № 20 на курс, физическая терапия были не результативными. Лечение не остановило прогрессирование патологического процесса: многоочаговые поражения в виде коричневых пятен различных оттенков продолжали появляться на новых участках кожного покрова.

## ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и  
косметологии ДЗ г. Москвы, Москва

Катунина О.Р., Бобров М.А.

Пузырные дерматозы – это обширная группа заболеваний, разнообразных как по клинической картине, так и по этиопатогенетической сущности, общим клиническим признаком которых является – образование полостных элементов, содержащих жидкость. Несмотря на то, что каждая нозологическая форма имеет свои клинические особенности, в ряде случаев очень трудно дифференцировать эти заболевания между собой. С точки зрения патоморфологии и молекулярной биологии каркас межклеточных контактов в эпидермисе и дермо-эпидермального соединения представляет собой сложную сеть взаимодействующих белков, к которым при целом ряде буллезных дерматозов отмечается формирование аутоантител. В связи с чем центральную роль в многоступенчатом процессе лабораторной диагностики играет реакция иммунофлуоресценции (РИФ). Многолетнее клинико-морфологическое наблюдение и иммуноморфологический анализ продемонстрировали, что в алгоритме обследования больных метод иммунофлуоресценции остается в настоящее время основным инструментом, необходимым для диагностики аутоиммунных буллезных дерматозов. В этом случае в основе морфологической диагностики лежит фиксация антител к иммуноглобулинам различных классов на разных уровнях эпидермального пласта и дермо-эпидермального

соединения. В докладе будут рассмотрены основные морфологические признаки, выявленные при проведении реакции иммунофлюоресценции и позволяющие дифференцировать буллезные дерматозы.

## ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ОЗОНА

*Российский университет дружбы народов, Кафедра дерматологии с курсом иммунологии, Москва*

Ибрагимов О.Д.

Актуальность. Хорошо известно, что для системного применения большие концентрации озона неприемлемы, так могут привести к нерегулируемому перекисному взрыву и последующим нежелательным эффектам (Wolff H.H., 1977, 1982; Menzel D.V., 1984; Sunnen G.V., 1989; Bocci V., 1995). Ценнейшим является противовоспалительное действие озона, основанное не на прямом окислении биосубстрата, а на иммуномодулирующих свойствах (Bocci V., 1990, 1994), влиянии на лейкоцитарную клетку. Об иммуномодулирующем эффекте озона впервые было заявлено в 1989 г. В 1991 г. V. Bocci обнаружил образование интерферона макрофагами под действием озона. Многолетние исследования влияния озона на иммунный статус выявили его свойства индуцировать синтез цитокинов, каждый из которых выполняет определенную защитную функцию. Известно, что интерферон предупреждает проникновение вируса в клетку хозяина, фактор некроза опухоли способен лизировать злокачественно перерождающиеся клетки, интерлейкин-1 повышает температуру тела, усиливает синтез в печени С-реактивного белка, альфа-1-антитрипсина, важнейших антиоксидантов плазмы – трансферрина и церулоплазмина, активирует Т-киллеры и Т-хелперы. Т-хелперы в ответ на воздействие интерлейкина-1 начинают синтезировать целую серию биологически активных веществ – лимфокинов, вызывающих пролиферацию Т-лимфоцитов, превращение В-лимфоцитов в плазматические клетки с повышением синтеза иммуноглобулинов. Таким образом, озон вызывает целый каскад иммунных реакций, направленных на усиление защитных возможностей организма. Ряд исследователей отметили коррекцию озонотерапией энергетического обмена в лейкоцитах, улучшение метаболизма, проявляющееся в накоплении жировых включений, восстановлении содержания гликогена (Болгов В.Ф., 1995; Леонтьева Г.В., 1995). Очевидно, что нормализация биохимических процессов в клетке белой крови ведет к оптимизации работы нейтрофилов, что выражается в активации их функции (Папонов В.Д., 1992; Paulesi L., 1991). В экспериментальной работе И.Т. Васильев с соавт. (1992) установили улучшение всех показателей фагоцитоза после внутривенного введения озонированного физиологического раствора: увеличение количества нейтрофилов, поглотительной способности фагов, нормализацию индекса завершенности фагоцитоза. При этом выяснилось, что озон оказывает нормализующее действие на фагоцитарную активность лейкоцитов только в случаях выраженного угнетения фагоцитоза (Летучих А.А., 1998). Н.Ю. Векслер и соавт. (2000) обнаружили нормализацию фагоцитарной функции нейтрофилов и общее иммуномодулирующее действие озонотерапии у пациентов с осложненными формами пневмонии. Таким образом оптимизация про- и антиоксидантных систем организма является одним из основных биологических эффектов системного воздействия озонотерапии. Нормализация ПОЛ под влиянием системного введения озона отмечается при осложнениях сахарного диабета даже в случаях декомпенсированного течения процесса, кроме того при системной озонотерапии.

Вывод. Установлены нормализация кислотно-основного состояния, ликвидация гипоксемии, улучшение оксигенации тканей, снижение гипергликемии. Местное применение озона способствует быстрому стиханию воспалительного процесса, ускорению заживления ран, уменьшению количества ампуций у пациентов с диабетической ангиопатией нижних конечностей. Большое значение имеет и иммуномодулирующее влияние озона, потенцирование эффекта антибиотиков. Аналогичные эффекты озонотерапии традиционно используются в лечении трофических язв нижних конечностей, в практике травматологии и дерматологии.

## ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ И ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

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

Аль Каиси З.Д., Разнатовский К.И.

Статистический анализ заболеваемости онихомикозом за последние десятилетия показал, что наиболее часто подвержены этому заболеванию женщины и, как правило, пожилого возраста. Исследование гормонозависимых изменений кожи и ее придатков у женщин в период менопаузы может помочь комплексно решать проблемы микотических поражений кожи и ногтей. Однако нет широких клинических исследований, посвященных изучению состояния нейроэндокринной и гормональной систем при онихомикозах у женщин пожилого возраста в различные периоды менопаузы.

Цель исследования: изучение особенностей нейроэндокринной и гормональной у систем женщин пожилого возраста, больных онихомикозами, в различные периоды менопаузы.

Материалы и методы. Было обследовано 127 женщин пожилого возраста с онихомикозами в различные периоды менопаузы. Возраст женщин варьировал от 50 до 75 лет. Все больные были разделены на три группы, в зависимости от периода менопаузы. Первую группу составили 32 женщины с онихомикозом в пременопаузе. Во вторую группу вошла 41 пациентка с онихомикозом, находящаяся в периоде перименопаузы. В третью группу были включены 54 женщины с онихомикозом в постменопаузе. Контрольную группу составили 15 практически здоровых женщин в менопаузе, средний возраст которых был  $55,3 \pm 2,5$  лет. О функциональном состоянии системы гипофиз-гонадо-надпочечниковой (ГГН) судили по содержанию в сыворотке крови: 1) гонадотропного к фолликулостимулирующему (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов; 2) половых гормонов – тестостерона, прогестерона, эстрадиола; 3) кортизола. Для определения гормонов использовался иммуноферментный анализ на микрочастицах, предназначенный для количественного определения вещества в сыворотке или плазме крови на аппарате «АХSYM» фирмы АBBOTT. В ходе исследования использовались наборы фирмы АХSYM system.

Результаты. Для больных 1-й группы было характерно статистически значимое повышение содержания уровня ФСГ до  $71,6 \pm 4,3$  мкЕ/л ( $p < 0,01$ ) и ЛГ –  $53,1 \pm 3,2$  мкЕ/л ( $p < 0,05$ ), относительное снижение уровня эстрадиола в крови до  $58,61 \pm 4,3$  пмоль/л и относительное повышение уровня тестостерона до  $1,9 \pm 0,17$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Уровень пролактина и прогестерона была в пределах нормы и составил соответственно  $287,2 \pm 31,5$  нмоль/л и  $1,6 \pm 0,21$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ). Концентрация уровня кортизола у больных 1-й группы была относительно повышена и составила  $352,9 \pm 41,4$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). У женщин с онихомикозами в период перименопаузы отмечается повышение уровня ФСГ в 3 раза и составляет  $139,2 \pm 6,7$  мкЕ/л ( $p < 0,01$ ), а уровень ЛГ повышен почти в 2 раза и составляет  $83,9 \pm 5,1$  мкЕ/л ( $p < 0,01$ ). Кроме этого отмечено значительное снижение уровня эстрадиола в крови до  $32,8 \pm 2,5$  пмоль/л и статистически значимое повышение уровня тестостерона до  $2,3 \pm 0,17$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ). Также отмечается относительное понижение уровня пролактина до  $197,1 \pm 28,4$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Концентрация уровня кортизола в крови у больных этой группы была повышена почти в 2 раза и составила  $534,3 \pm 54,2$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ). У больных женщин 3-й группы отмечается еще более значительное, шестикратное повышение уровня ФСГ до  $244,8 \pm 31,6$  мкЕ/л ( $p < 0,01$ ) и повышение содержания ЛГ в 3 раза, что составило  $153,2 \pm 25,3$  мкЕ/л ( $p < 0,01$ ). Также отмечено еще более значительное снижение, в 5 раз, уровня эстрадиола в крови до  $15,1 \pm 1,7$  пмоль/л и значительное повышение, в 2 раза, уровня тестостерона до  $2,8 \pm 0,18$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ). Кроме этого отмечается значительное понижение уровня пролактина до  $163,8 \pm 23,2$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ).

Выводы. В результате исследования исходного гормонального фона было выявлено, что у всех женщин пожилого возраста отмечается нарушение гормонального баланса, связанное с возрастной инволюцией репродуктивной системы, проявляющееся значительным повышением ФСГ и ЛГ на фоне существенного снижения эстрадиола. Данные постменопаузальные нарушения у женщин пожилого возраста с онихомикозом могут приводить к дестабилизации сосудистой регуляции регионального кровообращения конечностей и микроциркуляции в дистальных отделах конечностей и опосредованно нарушать физиологические свойства ногтевых пластинок и приводить к их поражению микомикетами.

## ИХТИОЗИФОРМНАЯ ВРОЖДЕННАЯ НЕБУЛЛЕЗНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ БРОКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Новикова Л.А., Донцова Е.В., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.

Ихтиозиформная врожденная небуллезная эритродермия Брока представляет собой врожденное заболевание кожи, относящееся к группе наследственных ихтиозов. Это заболевание с преимущественным аутосомно-рецессивным типом наследования. Частота встречаемости в популяции 1:100000 до 1:20000. В связи с редкостью дерматоза, а также клиническими трудностями диагностики заболевания приводим собственное наблюдение. Клинический случай. Больная С., 66 лет, пенсионерка. Диагноз: ихтиозиформная врожденная небуллезная эритродермия Брока. Поступила с жалобами на сухость и стянутость кожи, постоянное шелушение кожных покровов, воспаление глаз. Анамнез заболевания: больна с рождения. Родилась от первой беременности, в срок, от здоровых родителей. Со слов матери, родилась «в пленке» – «кусочек мяса в целлофане». В семье было четверо детей – трое младших братьев. Первый брат здоров, второй брат болел ихтиозом, умер в возрасте 29 лет, третий брат болел ихтиозом, умер в возрасте 6 месяцев. В детстве наблюдалась у педиатра по месту жительства, получала местное лечение мазями, название которых не помнит. Но эффекта от лечения не отмечалось, и родители в связи с безуспешностью лечения перестали обращаться к врачам. Во взрослом состоянии состояла на диспансерном учете у дерматолога по месту жительства, неоднократно получала лечение в дерматологическом отделении круглосуточного стационара БУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» с временным улучшением. Анамнез жизни: окончила среднюю школу, получила среднее специальное образование (техникум). Работала до пенсии бухгалтером. Менструация с 13 лет. Не замужем. Половая жизнь вне брака, беременностей 2, роды 2 – 2 мальчика со здоровой кожей. В менопаузе с 50 лет. В детстве перенесла тяжелый коклюш. Сопутствующие заболевания: с 2015 года страдает сахарным диабетом 2 типа, с 2017 года – глаукома. В 2017 году прооперирована по поводу глаукомы с ухудшением зрения после операции. С 2019 года – слепота. Туберкулез, венерические, психические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Специальный статус: патологический процесс на коже носит генерализованный характер. Кожа утолщена, повышенной сухости с крупными кератотическими чешуйками серовато-коричневого цвета. Отмечается сужение разреза глаз (монголоидный разрез глаз), удлинение латеральных краев глазных щелей, выраженный эктропион: края верхних и нижних век вывернуты. На волосистой части головы волосы поредевшие, краевая алопеция. Ресницы разрежены, особенно в области нижних век. Волосы в области бровей разрежены. Со стороны губ – эклабиум. Данные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи: без патологии. Биохимический анализ крови: глюкоза крови 8 ммоль/л. Проводимое лечение: ретинола пальмитат 200000 МЕ 1 раз в сутки, наружно – липобейз эмульсия для тела, липобейз бальзам-барьер для губ и лица, липобейз масло для душа и ванны. Выводы: ихтиозиформная врожденная небуллезная эритродермия Брока является редким заболеванием, однако социально-психологические последствия для больных с данной патологией достаточно тяжелые. Наше наблюдение свидетельствует о важности установления диагноза данной формы ихтиоза в периоды новорожденности и младенчества. Проведение должного лечения и диспансерного наблюдения на протяжении всей жизни этой категории больных – одна из возможностей ослабить тяжелые, в том числе дисморфические, проявления заболевания.

## К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПРУРИГО

<sup>1</sup>ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ г. Москвы», Москва

<sup>2</sup>Компетентный центр по изучению зуда университетской клиники г. Мюнстер, Германия

Потекаев Н.Н.<sup>1</sup>, Бобко С.И.<sup>1</sup>, Штендер С.<sup>2</sup>

Актуальность. Пруриго характеризуется хроническим зудом, эксфолиациями и локализованными/генерализованными пруригинозными высыпаниями. В связи с отсутствием классификации пруриго по степени тяжести на основе клинической картины, а также единых подходов к лечению проводятся исследования, направленные на создание консенсусных международных рекомендаций по ведению пациентов с пруриго.

Цель исследования – разработка критериев тяжести пруриго, которыми может руководствоваться врач-дерматовенеролог для оценки степени тяжести заболевания и назначения терапии.

Материалы и методы. В международное исследование под эгидой ЕАДВ включаются пациенты с пруриго, страдающие зудом высокой интенсивности, 18-ти клинических центров из 12 стран Европы. В рамках опросников исследовались следующие показатели: демографические данные; анамнез заболевания; характеристики пруриго (интенсивность зуда за последние 2 часа (цифровая рейтинговая шкала, визуально-аналоговая шкала), опросник «Контроль над зудом», тест для оценки пруриго и тест по его валидации; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», ItchyQoL (качество жизни у пациентов с хроническим зудом); успех от терапии за последние 4 недели: процент уменьшения интенсивности зуда, процент уменьшения высыпаний.

Результаты. В международный проект по пруриго в 2022 году от России включено 22 пациента: 3 женщины, средний возраст 52 года, 9 мужчин, средний возраст 59 лет. У большинства пациентов причина пруриго не известна, в 3-х случаях – психогенная причина, в 1 случае – много факторов. Среди 22 пациентов у 21 отмечались нарушения сна. Значительное снижение качества жизни отмечено у 5 пациентов, отчасти снижалось качество жизни у 6 больных, незначительное у 4-х, у других пациентов признаков депрессии и влияния зуда на качество жизни не отмечалось. Длительность пруриго у женщин составила 8 лет, у мужчин 6 лет, у трех из 22 пациентов не было коморбидностей. Среди коморбидностей отмечались следующие: депрессия, астено-невротическое состояние, заболевания щитовидной железы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, сахарный диабет, язва желудка, артрит, подагра, боли в спине, варикозная болезнь, витилиго. Среди 22 пациентов у 5- отмечались проявления атопии: атопический дерматит в анамнезе у 3-х пациентов, общий IgE 215 у одного пациента, ксероз кожи у одного пациента. Интенсивность зуда составила у женщин в среднем 5 баллов, у мужчин – 7 баллов. Пациенты испытывали пульсацию, жжение, покалывание, ощущение воздействия острым предметом, поверхность локализован/глубоко внутри, зуд в разных местах ощущается по-разному, зуд более выраженный в очагах пруриго, чем в нормальной коже. Среди 22 пациентов у 10 пациентов – папулезный тип пруриго, у 7 – узловатый, у 4 пациентов ремиссия, а в 1 случае отмечено линейное пруриго. Среди 22 пациентов у 6-х практически чистая кожа (незначительное число пальпируемых пруригинозных высыпаний (1-5 элементов), пруригинозные высыпания отсутствуют, узлов нет), у 10 – легкая степень тяжести (единичные пальпируемые пруригинозные высыпания (6-19 элементов), у 4 – средняя (большое количество пальпируемых пруригинозных высыпаний (около 20-100 элементов), у 2 – тяжелая (многочисленные пальпируемые пруригинозные высыпания (более 100 элементов). У 2 пациентов тяжелая степень активности пруриго (большинство зудящих высыпаний эксфолированы и с корочками (76-100% зудящих высыпаний эксфолированы и с корочками), у 6 – средняя (большое количество пруригинозных высыпаний с эксфолиациями (26-75% зудящих высыпаний с эксфолиациями и корочками), у 10 – легкая (минимальное соотношение между зудящими высыпаниями и эксфолиациями с корочками 11-25% пруригинозных высыпаний эксфолированы и с корочками), у 4 – практически чистая кожа (очень незначительное соотношение пруригинозных высыпаний и эксфолиаций и корочек (до 10% зудящих высыпаний). Успех от терапии за последние 4 недели: уменьшилась интенсивность зуда в процессе терапии, уменьшилась интенсивность зуда, уменьшилось количество высыпаний. 9 пациентов отметили улучшение, 8 пациентов эффекта не отметили, 5 пациентов отмечают прогрессирование процесса.

Заключение. Пациенты страдали в основном папулезными и узловатыми формами пруриго. Заболевание характеризовалось хроническим длительным рецидивирующим течением, жалобами на выраженный зуд, нарушением качества жизни и торпидностью к терапии

**К ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИДРОТЕРАПИИ  
ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Донцова Е.В., Новикова Л.А., Чернов А.В., Саурин О.С., Донцов В.Г.,  
Борзунова Л.Н., Королева Т.В.

Поскольку имеющиеся в настоящее время методики лечения больных с атопическим дерматитом (АтД) не позволяют удовлетворить потребность в эффективных и хорошо переносимых способах терапии данного заболевания у детей, актуальной задачей является поиск новых решений в этом направлении. Дальнейшие исследования в области целенаправленных методов лечения детей с АтД могут быть усовершенствованы разработкой немедикаментозных методов лечения. Цель исследования: оценка эффективности применения гидротерапии (ГТ) в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 2 группы пациентов с диагнозом АтД средней степени тяжести в возрасте от 4 до 15 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых детей аналогичного возраста. 1-я группа больных (n=31) получала только базисную медикаментозную терапию (БМТ), которая включала антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, эмоленты. 2-я группа больных (n=34) получала на фоне БМТ дополнительно курс из 20-ти процедур гидротерапии. ГТ проводилась ежедневно 1 раз в день по 10-12 минут при температуре 35°C с добавлением эмолента в форме эмульсии для купания. После ванны наносился эмолент в форме крема. Выраженность клинических проявлений АтД оценивали с помощью индекса SCORAD. Измерение рН кожи, влажности кожи, трансэпидермальной потери воды (TEWL) выполнялось с помощью аппаратов: Skin-pH-Meter® PH 905, Corneometer® CM 825, Tewameter® TM 300 многофункционального комбайна «Multi Probe Adapter MPA 5/9 COURAGE+KHAZAKA electronic» (GmbH) (ГПСИ РФ 41825-09). Исследуемые показатели оценивались перед началом лечения, через 1 и 3 месяца от начала лечения. Результаты. В результате проведенного лечения в группе БМТ через 1 и 3 месяца от начала лечения не было выявлено статистически значимых изменений уровней рН кожи (6,79±0,04 и 6,8±0,04), влажности кожи (27,3±2,33 у.е. и 27,2±2,15 у.е.), TEWL (35,7±0,91 г/ч/м² и 35,9±0,85 г/ч/м²) по сравнению с исходными значениями – 6,8±0,05, 27,1±2,16 у.е., 36,5±0,78 г/ч/м² соответственно (p>0,05 для всех показателей). В группе ГТ+БМТ произошло снижение значения рН кожи: через 1 месяц от начала лечения на 9,4% (6,15±0,04), через 3 месяца – на 9,6% (6,14±0,05), рост показателя влажности кожи в 1,8 раза (соответственно 47,3±2,22 у.е. и 47,2±1,96 у.е.), уменьшение TEWL в 1,7 раза (соответственно 22,4±0,75 г/ч/м² и 21,9±0,6 г/ч/м²) по сравнению со значениями до лечения (p<0,001 для всех показателей). Исходное значение SCORAD (35,7±2,42 балла и 35,8±2,71 балла) в группе БМТ через 1 месяц от начала лечения снизилось в 1,5 раза (23,5±1,98 балла), в группе ГТ+БМТ – в 2,5 раза (17,6±2,0 балла) (p<0,001). Через 3 месяца величина оцениваемого параметра сохранялась.

Выводы. Сочетанное применение ГТ и БМТ повышает эффективность коррекции нарушений барьерных свойств кожи, в большей степени снижает степень тяжести заболевания детей с атопическим дерматитом, что свидетельствует о преимуществе данного метода по сравнению с монотерапией базисными лекарственными средствами.

**КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ  
ВИТИЛИГО И ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ**

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

Шеров В.В., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

В настоящее время, в том числе и в детском возрасте, сочетание витилиго (В) и псориаза (Пс) встречается крайне редко. Хотя по отдельности каждое из указанных кожных болезней встречается в среднем у 2-3% населения России. Тем не менее важно отметить, что данные заболевания объединяют

схожий патогенез возникновения (аутоиммунный процесс – активация Т-лимфоцитов CD8+), генетическая предрасположенность, общие триггерные факторы (стрессовые ситуации, вакцинация, травмы, инсоляция, прием лекарственных препаратов), обменные нарушения, эндокринная патология, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. На базе нашего филиала мы наблюдаем 2 пациентов. Первый из них, мальчик 17 лет, был направлен на консультацию в КДО филиала «Юго-Западный» с предварительным диагнозом «Псориаз». В начале 2019 года в возрасте 14 лет у него появились депигментированные пятна на коже в области левого коленного сустава, позже постепенно в течение нескольких лет очаги депигментации распространились на кожу в области правого коленного сустава, локтевых суставов, левой паховой области, пальцев кистей, в области левого верхнего века. Лечение не проводилось. Из анамнеза известно, что мальчик до 2017 года занимался футболом, в 2016 году была травма левого коленного сустава. С лета 2022 года отмечалось появление совершенно других высыпаний на коже в области нижних конечностей (в том числе на коже в области коленных суставов), которые за пару месяцев распространились на кожу верхних конечностей (в том числе в области локтевых суставов) и ягодиц. Лечение также не проводилось. При осмотре в КДО филиала «Юго-Западный» у пациента выявлен избыточный вес, на коже определялись 2 вида первичных элементов: депигментированные пятна и папулы, которые местами сливались в инфильтрированные бляшки. В лучах лампы Вуда депигментированные пятна светились в ярко-белом свете, имели четкие границы. Псориатическая триада положительная. Наследственный анамнез отягощен: у дедушки по материнской линии – псориаз. Также у мальчика есть вредные привычки – курит электронные сигареты (что также является провоцирующим фактором для данных заболеваний). На фоне проводимой амбулаторной терапии: топические ГКС, наружные препараты ингибиторы кальциневрина – отмечался незначительный ответ. В связи с чем данный пациент направлен на лечение в дневной стационар, где в составе комплексной терапии он получал и физиотерапевтическое лечение (UVB-311 нм). Вторая пациентка, девочка 10 лет, направлена на консультацию в КДО филиала «Юго-Западный» с предварительным диагнозом «Псориаз». С 2020 года в возрасте 8 лет появились высыпания на коже волосистой части головы (в виде инфильтрированных бляшек в теменной и лобной областях) и ушных раковин. Примерно в этот же период мама заметила в теменной области появление 3 прядей белых волос. Первоначальное лечение по рекомендациям дерматолога по месту жительства – шампунь с кетоконазолом и лосьон бетаметазон 0,05% + салициловая кислота 2% – оказывало лишь временный положительный эффект. Впоследствии данное лечение не давало ответа со стороны кожного процесса. Из анамнеза также известно, что у бабушки со стороны отца сахарный диабет 1 типа, у отца – витилиго. При осмотре в КДО филиала «Юго-Западный» определялись бляшки с серебристо-белым шелушением на поверхности, в лучах лампы Вуда определялись 3 депигментированных пятна с четкими границами и пряди волос с ярко-белым свечением. Пациентке были назначены кератолитические наружные средства на бляшки и топические глюкокортикостероиды на депигментированные пятна и бляшки. На фоне амбулаторного лечения отмечалась положительная динамика в виде очищения кожи от корко-чешуек, уменьшения инфильтрации в элементах. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у дерматолога по месту жительства. В заключение следует отметить, что представленные клинические случаи имеют интерес для практикующих врачей как пример редко ассоциированных дерматозов. Нужно помнить, что сочетанное проявление данных дерматозов Пс и В, влияние сопутствующей патологии могут накладывать определенный отпечаток на течение обоих заболеваний и прогноз.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ  
ДЕРМАТИТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Московский научно-практический центр дерматовенерологии и  
косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Ломкина Е.А., Варешкина К.М., Белякина Ю.Е.

Паточимая (артифициальный дерматит) – это искусственные повреждения кожи, волос и ногтей, наносимые пациентом самому себе с целью снижения эмоционального напряжения, аггравации дерматологических симптомов

или вследствие психического расстройства. Изначально физический вред, который пациент наносит своему телу, – это своеобразная форма реакции на психотравмирующие факторы. Позднее же любое психологическое переживание может стать пусковым моментом для самоповреждения пациента (Игнатенко И.Е., 2016). Первое описание в 1951 английским хирургом R. Asher. Частота встречаемости в популяции варьирует от 3,8% до 22%. Этиологические факторы: истерическое личностное расстройство, посттравматический синдром, депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, органические поражения, эмоциональная неустойчивость, умственная отсталость, аутизм, наркомания, алкоголизм, шизофрения (Спичарский Е.В., 2015).

Классификация: трихотилломания, онихофагия, хейлофагия, эксkoriированные акне, дерматотлазия, дерматозойный бред (Тамразова О.Б., Гуреева М.А., 2017). Клиническая картина: эксkoriации, язвы, пузыри, панникулит, локализованные корки, экзематозные поражения, отеки, пурпура и кровоизлияния.

Диагностика патомимий основывается на данных анамнеза, типичных клинических проявлениях, результатах гистологического исследования, а также на заключении психоневролога или психиатра.

При осмотре обращают на себя внимание: резкие границы очагов поражения с неизменной кожей вокруг, негативная эмоциональная реакция, однотипность поражений, низкая эффективность дерматологического лечения, наличие только вторичных элементов, локализация высыпаний на доступных участках тела. В качестве лечения патомимии показана комплексная терапия, включающая психотерапевтический, физиотерапевтический и медикаментозный подходы. Психологическая беседа с пациентом является основным подходом для исследования природы повреждений кожи. Психологическая беседа направлена на тактичный, пошаговый опрос человека для установления истинных причин поражений кожи.

При нашем наблюдении находился пациент К., 48 лет. Жалобы на высыпания на коже верхних конечностей, туловища, без субъективных ощущений. Со слов пациента: болен около двух лет, самостоятельно использовал 10% раствор повидон йода, без эффекта. Сопутствующих заболеваний нет. Пищевую и лекарственную непереносимость отрицает. Работает на руководящей должности, в подчинении большое количество людей, в связи с нервными перегрузками постоянно находится в состоянии стресса. Status localis: кожный патологический процесс носит распространенный, несимметричный характер, определяется на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, ягодиц. На коже левого плеча, живота, левой ягодицы определяются язвенные элементы диаметром до 3 см, неправильной формы, с подрытыми краями, глубиной до 2 мм, дно покрыто грануляционной тканью. Также определяются множественные атрофические рубцы, диаметром от 1 до 4 см, неправильной формы, синюшно-бурого цвета, местами сгруппированы. Дермографизм белый. Видимые слизистые интактны. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. При клинико-лабораторном и инструментальном обследовании патологии не выявлено. Сопутствующих заболеваний нет.

Режим общий. Диета: стол № 9.

– растворы антисептиков (аппликации раствора Мирамистина 2 раза в сутки – 14 дней)

– обработка эрозий анилиновыми красителями (раствор 10% повидон йода 2 раза в сутки – 14 дней)

– использование атраматических, эпителизирующих сеток, препаратов, содержащих цинк, декспантенол (мазевая атраматическая повязка «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом+мазь декспантенол накладывать 2 раза в сутки – 14 дней).

На фоне лечения отмечается положительная динамика в виде эпителизации эрозий: покрыты корочками геморрагического характера, новых элементов нет. Рекомендована консультация терапевта в поликлинике по месту жительства для решения вопроса о консультации психоневролога – для коррекции стрессового фактора.

Таким образом, клиническая картина патомимии не является специфичной и имеет значительное сходство с хроническими и инфекционными дерматозами. Необходим тщательный сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни для подтверждения диагноза.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА 82 ЛЕТ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Чернова Н.И., Благодар А.С.

Введение. Гонококковая инфекция (ГИ, гонорея) – инфекционное заболевание, передающееся половым путем, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*). У мужчин протекает чаще всего в форме острого гнойного или гнойно-слизистого уретрита, согласно актуальным клиническим рекомендациям, для постановки диагноза ГИ необходимы лабораторные исследования для выявления патогена. Согласно официальным данным, в Москве, как и в целом в Российской Федерации, наблюдается стойкая тенденция по снижению заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая гонококковую. В то же время в странах Европы и Америки динамика показателей заболеваемости ИППП, напротив, имеет тенденцию к росту. Этот факт можно объяснить как особенностями эпидемического процесса в разных географических регионах, так и отсутствием внимания в РФ к ряду факторов, таких как: полный охват населения, источник получения информации о выявленных случаях инфекции, обследование половых партнеров. В РФ происходит перераспределение потоков пациентов из системы государственной дерматовенерологической службы в частные медицинские организации или многопрофильные лечебно-профилактические организации, оказывающие услуги по диагностике и лечению ИППП. На данный момент большая часть всех случаев гонококковой инфекции выявляется и регистрируется в клиниках с гинекологическим или урологическим профилем.

Цель: продемонстрировать проблематику установления ИППП у пациентов старшего и пожилого возраста, акцентировать внимание на обследовании и совместном лечении всех половых партнеров, а также своевременное выявление локусов заболевания.

Материалы и методы. Амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических данных, клинических проявлений. Пациент С., 82 года, обратился за консультацией к дерматовенерологу в МНПЦДК жалобами на выделения из мочеиспускательного канала гнойно-слизистого характера, усиливающиеся по утрам, учащенное мочеиспускание. Из анамнеза: женат, имеет внебрачные контакты с постоянной половой партнершей. Получил лечение у дерматовенеролога по месту жительства с диагнозом: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта». Получил цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно. На контрольном исследовании отмечалась нормализация клинико-лабораторных показателей. Половые партнерши обследованы, инфекции не обнаружены, лечение не проводилось. После возобновления половых контактов, не защищенных презервативом, зарегистрировано возобновление симптоматики: зуд, выделения из уретры, учащенное мочеиспускание. Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный характер. Отмечаются гнойно-слизистые выделения из уретры, гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры. Молекулярно-биологическим методом с помощью ПЦР обнаружена ДНК *Neisseria gonorrhoeae*. На основании жалоб, клинического осмотра, данных ПЦР, дерматовенерологом был установлен диагноз: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез. Реинфицирование?» Лечение: цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно. Рекомендовано обследование и лечение половых партнеров. Контрольное обследование (ПЦР, ПЦР в реальном времени) через месяц после окончания лечения. Исключение случайных половых контактов. Использование барьерных методов контрацепции.

Обсуждение. Несмотря на верно установленный пациенту диагноз, обследование половых контактов, учитывая их старческий возраст, проведено формально. Как показывает практика, в большинстве случаев при жалобах на зуд и учащенное мочеиспускание пациентов старшей возрастной категории специалисты не считают нужным собирать половой анамнез и проводить исследование на ИППП. Необходимо обратить внимание врачей на связь общего улучшения качества жизни мирового сообщества, а также технический прогресс и увеличение возрастного охвата пациентов с заболеваниями ИППП в сторону старческого. В завершение хочется привести бессмертную фразу классической литературы: «Люби все возрасты покорны» (А.С. Пушкин).

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЕРАТОДЕРМИИ БУШКЕ-ФИШЕРА У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ**

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

Глоба Е.И., Пашкова Е.С., Бохонович Д.В., Назарова Г.П., Горелова Е.А.

Кератодермия Бушке–Фишер (кератоз точечный) – наиболее распространенная форма очаговой кератодермии с аутосомно-доминантным типом наследования. Дебют заболевания отмечается поздно, в 15–30 лет. Больная, 57 лет, отмечает высыпания на коже тыльных поверхностей кистей и подошвенных поверхностей стоп с 20-летнего возраста. Со слов, подобного характера высыпания отмечаются у ее сына и дочери. Ранее обращалась к дерматологу по месту жительства, был установлен диагноз: Ладонно-подошвенный псориаз, по поводу которого получала лечение в виде десенсибилизирующих препаратов, антигистаминных препаратов, топических глюкокортикостероидов и 2% салициловой мази без эффекта. В связи с ограниченным процессом и отсутствием субъективных жалоб в дальнейшем к врачу не обращалась, самостоятельно использовала увлажняющие кремы с незначительным эффектом. При обращении в филиал «Тимирязевский» в ноябре 2021 г. патологический процесс на коже тыльных поверхности кистей и подошвенных поверхностей стоп носил хронический, симметричный характер. Был представлен рассеянными, плоскими папулами, очагами ороговения, в центре которых определялись углубления желтого цвета, 0,3–0,8 см в диаметре. Пациентке был установлен предварительный диагноз: Кератодермия Бушке–Фишера. В дальнейшем диагноз был подтвержден в консультативном отделении ООСМП. По просьбе лечащего врача на повторный прием с пациенткой явились ее сын 35 лет и дочь 31 года. Со слов сына, высыпания на коже тыльных поверхностей кистей и подошвенных поверхностей стоп отмечает с 25 лет, субъективные ощущения не беспокоят, к врачу не обращался. Со слов дочери, высыпания в аналогичных зонах отмечает с 23 лет, субъективно не беспокоят, к врачу не обращалась. У сына и у дочери высыпания имели постоянный характер, отмечалась идентичная клиническая картина. Патологический процесс носил хронический симметричный характер, располагался на коже тыльных поверхностей кистей и подошвенных поверхностей стоп, был представлен единичными, рассеянными, плоскими папулами, очагами ороговения, в центре которых определялись углубления желтого цвета, 0,3 см в диаметре. Учитывая анамнез заболевания, наследственность, соответствующую клиническую картину, и сыну, и дочери был установлен диагноз: Кератодермия Бушке–Фишера (Кератоз точечный), код МКБ L85.2. Пациенты получали соответствующую наружную терапию в виде 10% салициловой мази, крема с 30% мочевиной, мази кальципотриол 0,005%. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде уменьшения клинических проявлений. Таким образом, описание данного случая кератодермии Бушке–Фишера, относящейся к наследственным болезням ороговения, свидетельствует о необходимости тщательного сбора анамнеза в отношении кровных родственников для проведения дифференциальной диагностики и постановки диагноза.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЛНИЕНОСНОГО ТЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА**

ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Жукова О.В., Хамаганова И.В., Потапова С.В.

Буллезный пемфигоид Левера (БП) – аутоиммунный пузырный дерматоз, характеризующийся образованием субэпидермальных пузырей без признаков акантолиза. Развитие БП вызвано продукцией аутоантител к белкам, входящим в состав полудесмосом (антигенам VP180 и VP230), которые являются структурным компонентом базальной мембраны кожи. Этиология БП до конца не изучена. Триггерными факторами могут служить: прием лекарственных препаратов, воздействие физических и химических факторов, вирусные инфекции. В редких случаях БП может возникнуть у пациентов с воспалительным заболеванием кишечника, аутоиммунными заболеваниями. БП нередко проявляется как паранеопластический симптом. Цель. Рассмотреть клинический

случай пациента с молниеносным (злокачественным) течением БП. Материалы и методы. Клинико-анамнестические данные пациента с БП, данные лабораторно-инструментального обследования. Результаты. Пациент Ш., 1927 г.р. обратился в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» 02.04.2018 года с жалобами на появление распространенных высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Патологический процесс носит распространенный воспалительный характер, локализован на коже туловища, верхних и нижних конечностей, представлен высыпаниями в виде множественных везикул размером до 0,8 см в диаметре, с прозрачным содержимым, единичных серозно-геморрагических корок. Симптом Никольского отрицательный. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Установлен предварительный диагноз «Буллезный пемфигоид Левера». При обследовании: В пузырной жидкости – эозинофилы – 6,1%, в мазках отпечатках акантолитические клетки не обнаружены. Клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови – в пределах референсных значений. Пациент был госпитализирован в стационар филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» 10.04.2018. На момент поступления в стационар общее состояние удовлетворительное. Status localis при поступлении: патологический процесс на коже носит острый распространенный характер. Локализуется на коже туловища, верхних конечностей преимущественно в области предплечий, кистей рук и нижних конечностей. Представлены многочисленными эрозиями с ярко-красным мокнущим дном, обрывками пузыря по периферии, диаметром до 6,5 см, многочисленными буллезными элементами, с вялой покрывочной рисунком, диаметром до 5,0 см. Симптом Никольского отрицательный. Проведены дополнительные обследования: Обнаружение акантолитических клеток от 10.04.2018: не обнаружены. Диагностическая биопсия от 10.04.2018: в биоптате субэпидермальный пузырь с эозинофилами и фибрином в полости. Дно пузыря представлено дермой с сохраненным сосочковым рисунком и периваскулярными лимфоцитарными с примесью эозинофилов инфильтратами. Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют буллезному пемфигоиду. Начато лечение: преднизолон 80 мг/сутки в/м № 2, терапия сопровождения, наружная терапия. В связи с подъемом температуры до 38,5°C, появлением сухих хрипов 12.04.2018 пациент переведен в ГКБ №15 им. О.М. Филатова, где был исключена пневмония. Пациент выписан домой. Учитывая тяжесть состояния, подъем температуры до 39°C, 12.04.2018 пациент бригадой СМП госпитализирован в отделение реанимации ГКБ им. В.В. Вересаева. Продолжено лечение: преднизолон 90 мг в/м 1 раз в день. При осмотре 19.04.2018: состояние тяжелое, пациент заторможен, на вопросы не отвечает. Патологический кожный процесс распространенный, представлен высыпаниями в виде множественных эрозий размером до 10,0 см. Симптомы Никольского, Асбо-Хансена – отрицательные. На слизистой оболочке ротовой полости в области небной дужки слева – эрозии размером 1,0\*1,0 см, на задней стенке ротоглотки отмечаются тяжи вязкой мокроты буро-зеленого цвета. Рекомендовано проведение онкопоиска. Пациент выписан домой 19.04.2018. Повторно госпитализирован 21.04.2018 в отделение реанимации ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова. Общее состояние крайне тяжелое, ступор, отмечаются скачкообразные подъемы температуры до 39,5°C. Локальный статус: без динамики. Смерть 25.04.2018. Вскрытие не проводилось. Выводы: описан клинический случай молниеносного течения буллезного пемфигоида на фоне неустановленной тяжелой соматической патологии (возможно паранеоплазия). Необходимо оптимизировать взаимодействие с врачами смежных специальностей для своевременной диагностики триггерных заболеваний у пациентов с БП.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С УЗЛОВОЙ ПОЧЕСУХОЙ**

<sup>1</sup>ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Клиника им. В. Г. Короленко»,  
<sup>2</sup>ФГАУ высшего образования «Российский университет дружбы народов» кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института,  
<sup>3</sup>РНПМУ им. Н.И. Пирогова, Москва  
Жукова О.В.<sup>1,2</sup>, Мальяренко Е.Н.<sup>1,2</sup>, Денисова Е.В.<sup>1</sup>, Хамаганова И.В.<sup>1,3</sup>, Мурашова Ю.А.<sup>1</sup>, Радинова Е.Е.<sup>1</sup>

Цель и задачи работы: представление редкого клинического случая. Пуриго— (син. почесуха) – хроническое рецидивирующее полиэтиологическое заболевание, входит в группу нейроаллергодерматозов, первичными морфологическими элементами которого являются папуло-везикулы, уртикарные папулы,

полушаровидные папулезные и узловатые элементы, появление элементов сопровождается сильным зудом. Выраженный зуд приводит к появлению длительно незаживающих эрозий, эксфолиаций. Процесс чаще всего локализуется на разгибательных участках конечностей. Характерно хроническое рецидивирующее течение заболевания. Диагноз устанавливается на основе характерной клинической картины и лабораторных методов исследования, в том числе путем исключения других нозологий, сопровождающихся выраженным зудом, таких как чесотка, атопический дерматит и токсикодермия. Под нашим наблюдением находился пациент М. 55 лет с диагнозом: Узловатая почесуха. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметил появление высыпаний на коже верхних конечностей. В связи, с чем обратился к дерматологу по месту жительства, выставлен диагноз «Почесуха». Пациент получал лечение в условиях дневного стационара, где в составе комбинированной терапии получал: системные глюкокортикостероидные средства (р-р Преднизолон 120 мг в/в с титрованием дозы), антигистаминные препараты, дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, наружные средства, с положительным эффектом на момент выписки. Были даны рекомендации продолжить прием таб. преднизолона амбулаторно в дозировке 15 мг/сут., с последующим постепенным снижением суточной дозы, до полной отмены. Принимал преднизолон в течение 3 месяцев, процесс протекал без выраженного клинического эффекта. В связи с чем направлен в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» для дальнейшего обследования и лечения. Объективно: Патологический процесс на коже носит распространенный, хронический характер. Локализован на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен полиморфными высыпаниями в виде множественных узловатых образований, инфильтрированных, диаметром до 0,8-0,9 см, от ярко-розового цвета, до застойно-бурого, в центральной части элементов визуализируются поверхностные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корочками. В пределах высыпаний отмечаются многочисленные точечные и линейные эксфолиации, покрытые геморрагическими корочками. В области нижних конечностей отмечаются многочисленные атрофические рубцы, на месте разрешившихся эксфолированных элементов. Ногтевые пластины, визуально не изменены. Видимые слезистые оболочки визуально не изменены. Дермографизм смешанный. Субъективно: выраженный зуд в местах высыпаний. При обследовании: общий клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – в пределах референсных значений. С целью верификации диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи: Выраженный акантоз эпидермиса с погружением неравномерно утолщенных эпидермальных гребней в дерму. Выраженный компактный гиперкератоз с очаговым паракератозом, местами внутри рогового слоя присутствует коагулированная плазма. Зернистый слой дифференцирован, местами утолщен. Вокруг сосудов поверхностного сплетения умеренная гистиолимфоцитарная инфильтрация. Заключение: Патологические изменения соответствуют узловатой почесухе. Проведено лечение: таб. циклоспорин 300 мг/с., пентоксифиллин 100 мг. 1 таб. 3 р/с., р-р пентоксифиллин 100 мг. в/в № 14, р-р хлоропирамин 20 мг. в/м, наружно: р-р фукоцидин, борно- дегтярная мазь 2 раза в день На 14-е сутки папулы менее инфильтрированы в основании, застойно- розового цвета, на поверхности которых эрозии эпителизировались. Пациент выписан с улучшением кожного процесса, рекомендациями продолжить прием таб. циклоспорин в суточной дозе 300 мг., наружно: топические глюкокортикостероидные мази. В течение 3 месяцев клинико-лабораторных наблюдений за пациентом рецидивов не наблюдалось. Таким образом, представленный клинический случай имеет большой практический интерес для врачей дерматовенерологов. В связи, с редкостью данного заболевания, своевременная диагностика, правильное ведение больных и раннее назначение системной терапии, способствует уменьшению тяжести заболевания и улучшению качества жизни пациентов.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОПЕЛАДЫ БРОКА

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

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

Псевдопелада Брока – редкое хроническое заболевание, характеризующееся потерей волос, преимущественно в лобно-теменной части, а также рубцовыми изменениями кожи в этих областях. Чаще всего данное заболевание возни-

кает у женщин среднего возраста. Данная патология может встречаться как самостоятельное заболевание, но большинство авторов считают псевдопеладу Брока осложнением других дерматозов, таких как красный плоский лишай, дискоидная красная волчанка. В поликлиническом отделении КГБУЗ «КККВД № 1» мы наблюдали пациентку Ф., 36 лет. Обратилась с жалобами на очаговое выпадение волос в лобно-височных областях. Данная проблема беспокоит с 2019 года. Периодически сопровождается несильным зудом в местах алопеции. Самостоятельно наружно применяла различные стимуляторы роста волос – без эффекта. Из анамнеза – гипотиреоз в течение 4 лет, по поводу чего принимает L-тироксин, атопический дерматит в анамнезе. Венерические заболевания, туберкулез в прошлом отрицает. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Гемотрансфузий не было. Донором не была. Гинекологический анамнез: не отягощен. При осуществлении физикального осмотра данных за патологические изменения не выявлено. При проведении лабораторных методов исследования – общеклинические (ОАК, ОАМ, БАК) в норме. Дуоденальное зондирование – лейкоциты 20–30 в поле зрения в каждой порции, слизь, хлопья. УЗИ почек и надпочечников – патологии не выявлено. УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени и поджелудочной железы. АТ к нДК – 4,86 МЕ/мл. В патогистологическом исследовании от 01.03.2022: в эпидермисе фолликулярный гиперкератоз, дермо-эпидермальная граница сохранена. В дерме – обеднение дермальных придатков кожи, эозинофилия коллагеновых волокон. В сетчатом слое очаговый лимфоцитарный инфильтрат. Локальный статус: на коже волосистой части головы в височных областях симметрично находятся 2 очага алопеции, кожа в них не изменена, зоны расшатанных волос нет. При дерматоскопии (исследование проводилось на дерматоскопе KaWe) выявлена сглаженность фолликулярного аппарата, множественные очаги фиброза, немногочисленные волосные стержни, присутствие разветвленных сосудов. На основании клинико-анамнестических данных, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований, установлен диагноз: «Псевдопелада Брока». Пациентка получала лечение в условиях амбулаторно-поликлинического отделения. Назначена терапия: наружно крем мометазона фуорат 0,1% 1 раз в день до 2 месяцев, таблетки плавинил 200 мг по 1 таб 2 раза в день после еды под контролем клинических анализов на 1 месяц. После отмены мометазона фуората наружно получала раствор миноксидила 2,5% 1 раз в день на 3 месяца с постепенной отменой. На фоне терапии увеличение размеров алопеции прекратилось. Зуд регрессировал. В настоящее время очаги алопеции сохраняются без изменений. Новых очагов нет. Наблюдение за пациенткой продолжается.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МИКРОСПОРИИ

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск

Репина Т.В., Лекавичус И.Ю., Маслова М.С., Чермошенцев А.А.

Введение. Микроспория – дерматомикоз, поражающий кожу и ее придатки, вызванный грибами рода *Microsporum*. Заражение происходит контактным путем. При своевременной диагностике, как правило, не возникает сложностей в лечении данного дерматоза.

Цель: продемонстрировать клинический случай распространенной микроспории у ребенка для повышения настороженности молодых врачей в отношении инфекционных дерматозов.

Материалы и методы. Объектом исследования явилась пациентка 6 лет, поступившая, в сопровождении матери, в декабре 2022 года в дерматологическое отделение № 2 БУЗОО «ККВД» с диагнозом: Микоз кожи туловища. На момент поступления пациентка и ее мама предъявляли жалобы на множественные высыпания на коже всего тела. Со слов мамы, первые высыпания они заметили более месяца назад, это были единичные розового цвета кольцевидные очаги на коже левой щеки, груди, ягодицы. Не занимаясь самолечением, обратились к дерматологу частного медицинского центра, который, осмотрев девочку, выполнил микроскопическое исследование на грибы дерматофиты и, получив однократно отрицательный результат, расценил процесс как неинфекционный. Пациентке было назначено лечение, включающее топические и системные глюкокортикостероиды, водные процедуры не ограничивались, рекомендации по профилактическим мероприятиям, изоляции даны не были. Выполняющую аккуратно все назначения врача маму смущало появление новых очагов на



фоне проводимого лечения. Спустя несколько недель, после смывания аквагрима, когда высыпания распространились по коже всего тела, пациентка с мамой вновь обратились к врачу. Диагностирован микоз кожи туловища и рекомендована госпитализация в стационар. На момент госпитализации на коже лица, шеи, спины, конечностей эритематозно-сквамозные очаги с четкими ровными границами, от 0,2 до 1 см в диаметре, имеющие валик из корочек по периферии, в центре мелкопластинчатое шелушение на бледно-розовом фоне. Количество очагов более 250 штук. На волосистой части головы высыпаний не было.

Полученные результаты. В ходе госпитализации микроскопически обнаружены нити мицелия в пушковом волосе, мелкие споры на пушковом волосе. Люминесценция показала слабоположительный результат, зеленое свечение. Волосистая часть головы осталась интактной. Культуральное исследование – рост *Microsporum canis*. Выставлен диагноз: Распространенная микроспория гладкой кожи с поражением пушковых волос. Ребенку проводилось лечение, включающее гризеофульвин 0,125 из расчета 22 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема, крем с антимикотиком, 2% раствор йода, выполнялись регулярные механические подчистки очагов. На этом фоне зафиксирована быстрая положительная динамика патологического процесса, высыпания постепенно перестали шелушиться, приобрели бурую окраску и регрессировали. После получения трех отрицательных результатов микроскопического исследования на грибы (контролей) пациентка была выписана с клиническим выздоровлением на диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев дерматолога поликлиники по месту жительства.

Выводы. Демонстрация данного клинического случая позволяет напомнить многообразие клинической картины микроспории и показать возможность быстрого прогрессирования заболевания при отсутствии своевременного лечения и несоблюдении должных гигиенических ограничений.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «САРКОИДОЗ КОЖИ»

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

Введение. Саркоидоз (*sarcoidosis*) (болезнь Бенье–Бека–Шауманна) – это системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранул, мультисистемным поражением различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов. Поражение кожи встречается в 10–56% случаев (в России 10–15%). Первые кожные проявления саркоидоза были описаны в 1877 г. лондонским хирургом-дерматологом Д. Хатчинсоном, назвавшим это заболевание по фамилии первой пациентки «болезнью Мортимер». В 1889 г. норвежский дерматолог Ц. Бек предложил термин «множественный доброкачественный саркоидоз кожи», обратив внимание на поражение внутренних органов при саркоидозе и гистологические изменения кожи. В 1934 г. на Международном съезде дерматологов в Страсбурге саркоидоз получил название болезнь Бенье–Бека–Шауманна. В 1948 г. в Вашингтоне было принято международное название – саркоидоз. Этиология заболевания до сих пор остается неизвестной. Считается, что саркоидоз имеет полиэтиологичную природу с генетической предрасположенностью. Долгое время существовало представление о том, что саркоидоз является своеобразной формой туберкулеза. Однако против туберкулезной природы заболевания свидетельствуют отрицательные туберкулиновые реакции у большинства больных саркоидозом, отсутствие эффекта от лечения противотуберкулезными препаратами и высокая эффективность терапии системными глюкокортикоидами. В патогенезе выделяют два основных этапа – лимфоидно-макрофагальную инфильтрацию пораженного органа и формирование эпителиоидно-клеточных гранул, возникающих под влиянием медиаторов, продуцируемых активированными Т-лимфоцитами и макрофагами.

Цель. Рассмотреть клинический случай пациента с кожной формой системного воспалительного заболевания.

Задача: охарактеризовать данные больного с саркоидозом кожи.

Материалы и методы. Объектом исследования явились клинические и лабораторные данные пациента с саркоидозом кожи, наблюдавшегося в филиале МНПЦДК ДЗМ.

Результаты. На прием обратился мужчина 60 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, сопровождающиеся незначительным периодическим зудом. Со слов пациента, заметил появление высыпаний около месяца назад. Возникновение заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечился. Из сопутствующей патологии пациент указал подагру (постоянно принимает аллопуринол), гипертоническую болезнь. При осмотре патологический процесс ограниченный, несимметричный, локализуется на коже волосистой части головы. Представлен очагами розово-желтого цвета диаметром до 4–6 см, округлой и неправильной формы, количество более 10 штук, плотноватые при пальпации, не склонные к группировке. Ногтевые пластины не изменены. Видимые слизистые без патологии. Пациент с предварительным диагнозом: саркоидоз кожи, направлен КПО ООСМП МНПЦДК ДЗМ, где была рекомендована диагностическая биопсия. В гистологическом исследовании: фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки. Эпидермис атрофичен, его слои дифференцированы. В дерме присутствуют многочисленные эпителиоидноклеточные саркоидные гранулы без признаков деструкции, отделенные друг от друга прослойками коллагена. В составе гранул обнаруживаются гигантские многоядерные клетки.

Заключение. Патологические изменения носят характер гранулематозного воспаления без признаков деструкции, наиболее соответствуют саркоидозу; необходимо клинико-морфологическое сопоставление с исключением других заболеваний, сопровождающихся формированием гранул (специфические гранулематозные процессы инфекционной этиологии и др.). Пациент был направлен на дообследование органов грудной клетки. Заключение компьютерной томографии органов грудной клетки: КТ-картина соответствует саркоидозу 2 ст. Сплотные очаги S5 справа и S10. Аортокоронаросклероз. Дегенеративные изменения грудного отдела позвоночника. Рекомендовано дальнейшее наблюдение пациента у пульмонолога.

Выводы. 1. Клиническая картина саркоидоза многолика и представляет собой диагностически сложную проблему на приеме врача-дерматовенеролога. 2. Для верификации диагноза необходимо проведение гистологического исследования кожи. 3. Несмотря на редкость данного заболевания, необходимо всегда помнить о саркоидозе кожи при гранулематозных очагах на кожных покровах. 4. Саркоидоз является системным заболеванием, которое способно поражать практически любой орган. Необходима дополнительная консультация врачей других специальностей.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВУШКИ В 18 ЛЕТ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Московский научно-практический центр дерматовенерологии и  
косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Чернова Н.И., Благодир А.С.

Введение. Склероатрофический лихен (СЛ) – хронический дерматоз, наиболее часто протекающий у женщин с поражением вульвы и аногенитальной области. Клиническими проявлениями заболевания являются зуд, белесоватые пятна, фарфорово-белые папулы и бляшки. Часто СЛ сочетается с кандидозным вульвовагинитом, в связи с чем пациентам устанавливается неправильный диагноз и назначается неадекватная их состоянию терапия. Выделяют 2 периода заболеваемости: детский и предменопаузальный. Этиология заболевания неизвестна, среди наиболее частых причин выделяют снижение уровня стероидных гормонов, чаще эстрогенов, патология ЖКТ, щитовидной железы, анемия, метаболические нарушения.

Цель: продемонстрировать проблемы установления диагноза и ведения пациентки с САЛ вульвы.

Материалы и методы. Амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических данных, клинических проявлений. Пациентка Н., 18 лет, считает себя больной с 14 лет, когда впервые появились зуд, жжение и дискомфорт в области вульвы. В течение нескольких лет наблюдалась у гинекологов с диагнозом «кандидоз», получала местную и системную противогрибковую терапию без положительного эффекта, симптомы усиливались. В ноябре 2022 года обратилась за консультацией к дерматовенерологу в МНПЦДК с жалобами на мучительный зуд, дискомфорт в области вульвы. Из анамнеза известно, что с 11 лет пациентка не употребляет мясо, рыбу, яйца и молочные продукты,

основу рациона составляют быстрые углеводы (сладкое, выпечка). Обратили на себя внимание замкнутость и депрессивность девушки. Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный, хронический характер. Анатомия вульвы нарушена, отмечается резорбция клитора, малых половых губ, стеноз входа во влагалище и уретру. На внутренней поверхности больших половых губ визуализируются белые пятна и инфильтрированные фарфорово-белые бляшки, петехии, трещины. На основании жалоб и данных клинического осмотра дерматовенерологом был установлен диагноз: Склероатрофический лихен вульвы. Лечение: клобетазола пропионат 0,05% в форме мази 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии галуронат натрия в комбинации с фитокомплексом: экстракты трав календулы, красного клевера, шишек хмеля в форме геля, через 40 минут после ГКС 1 р в сутки 10 дней, далее 2-3 раза в неделю 3 месяца. Смена режима питания на общий стол с наличием в рационе мяса и рыбы. Также рекомендована консультация гинеколога с целью назначения курса интравагинального эстриола (Овестин) в форме крема или суппозиторий на постоянной основе.

Обсуждение. Несмотря на классическую картину заболевания у пациентки, диагноз склероатрофический лихен вульвы установлен не был. В течение 3 лет наблюдения у гинекологов пациентка получала некорректное, неэффективное лечение, что привело к значительному прогрессированию процесса, нарушению анатомии вульвы. Как показывает практика, в значительном количестве случаев при наличии жалоб на зуд в области гениталий специалисты концентрируются на выявлении инфекции, проводя множество лабораторных обследований с целью определения этиологического фактора, упуская из виду патологию кожи. Необходимо оптимизировать обратную связь между дерматовенерологами и смежными специалистами. Междисциплинарное взаимодействие будет способствовать своевременному установлению диагноза, предупреждению прогрессирования процесса и осложнений.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Зеленоградский», Москва  
 Якупов И.А., Джадаева А.В., Жукова С.Ю.

Цель: описание клинического случая сочетания ладонно-подошвенного псориаза и красного плоского лишая у мужчины 42 лет.

Материалы и методы. При описании клинического случая использовались данные анамнеза, клинического осмотра, а также результаты гистологического исследования.

Результаты. На амбулаторный прием обратился пациент 42 лет. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились высыпания на коже ладоней и подошв. При обращении выставлен диагноз: ладонно-подошвенный псориаз. Данные высыпания довольно быстро уменьшились на фоне лечения топическими препаратами с глюкокортикостероидами (ГКС). Сильное обострение началось 4 месяца назад на фоне переохлаждения и тяжелой физической активности. Наружное лечение препаратами с ГКС – без эффекта. Предъявляет жалобы на наличие высыпаний в области подошв, ладоней и нижних конечностей, выраженный зуд, болезненность в местах высыпаний. Периодические боли в коленных и плечевых суставах при физической нагрузке. При осмотре: на коже правой ягодицы, наружной поверхности правого бедра, голени, тыльной поверхности стопы высыпания в виде многочисленных полигональных инфильтрированных папул от красно-синюшного до застойно-бурого цвета, с лиловым оттенком, 0,5–1 см в диаметре, с блестящей поверхностью при боковом освещении, сливающиеся в эритематозные линейные бляшки с бугристой поверхностью, расположенные по линиям Блашко. На поверхности высыпаний скудное шелушение. Псориатическая триада не воспроизводится. На коже ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп очаги выраженного гиперкератоза, единичные трещины. Дермографизм красный. Видимые слизистые оболочки интактны. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Для дифференцировки диагноза проведена диагностическая биопсия с элементов сыпи в области задней поверхности правой голени,

боковой поверхности правой голени, задней поверхности правого бедра. Заключение гистологического исследования: патологические изменения наиболее характерны для красного плоского лишая. На основании клинической картины и данных гистологического исследования выставлен диагноз: Ладонно-подошвенный псориаз. Красный плоский лишай, гипертрофическая форма. Пациенту было назначено лечение, включающее: глюкокортикоидную, ангиопротективную, антигистаминную, гепатопротективную и витаминотерапию, низкомощное лазерное излучение (НИЛИ) красного спектра-635 нм, надвенное лазерное облучение крови, 80 Гц – 5 мВт, 7–10 минут. Заключение. Несмотря на схожесть и различия в этиопатогенезе красного плоского лишая и ладонно-подошвенного псориаза, имеются клинические случаи сочетания этих дерматозов. При этом отмечается разная локализация лихеноидной и псориазической сыпи. Данным примером хотим обратить внимание на важность ранней диагностики и проведения гистологического исследования биоптатов из очагов поражения кожи.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ РОЗАЦЕА

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

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

Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов. Представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва и обусловленный различными причинами. Розацеа фульминантная как клиническая разновидность розацеа встречается редко и характеризуется внезапностью клинической манифестации исключительно на коже лица. Как правило, страдают молодые женщины. Причина развития данной патологии пока не ясна. Однако к предрасполагающим факторам относят психологические стрессы, беременность, заболевания желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы, прием лекарственных препаратов. Общая терапия тяжелых форм *Rosacea fulminans* включает назначение антибактериальных, ангиостабилизирующих средств и изотретиноина. Пациентка А., 16 лет, поступила в дерматологическое отделение КГБУЗ «КККВД № 1» в апреле 2013 г. с жалобами на наличие крупных болезненных узлов на лице с обильным гнойным отделяемым, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза известно, что заболела остро, в течение 1 мес появились пустулы, затем очень быстро крупные узлы шаровидной формы с гноеотечением и формированием желтых корочек, при этом больная отмечала выраженное салоотделение кожи лица и волосистой части головы. Больная связывает развитие заболевания с перенесенным эмоциональным стрессом. Амбулаторно проведена антибиотикотерапия: метронидазол 0,5 г 3 раза в сутки в течение 14 дней, доксицилин 0,1 г 2 раза в день в течение 7 дней, однако эффекта отмечено не было. Сопутствующих заболеваний на момент поступления не выявлено. При осмотре на фоне жирной кожи лица, эритемы, инфильтрации в области лба, щек имеются папулы и пустулы размерами до 1,0 см, узлы диаметром до 3,0 см с флюктуацией багрово-красного цвета, желтые корки. При вскрытии узлов стерильной иглой обильное (до 5 мл) гнойное отделяемое. На подбородке имеются множественные сливные шаровидные кисты красного цвета до 1 см в диаметре. Единичные подчелюстные лимфоузлы слева увеличены до 1 см в диаметре, подвижны, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающей тканью. Проведено следующее лечение: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день, бензилпенициллин по 1 млн ЕД 2 раза в день; преднизолон 0,5 мг на 1 кг массы тела в сутки в течение 7 дней с дальнейшим снижением дозы до 20 мг в сутки. Местно применяли антисептики, антибактериальные и противовоспалительные препараты (метрогил гель, раствор хлоргексидина, ихтиоловая мазь). Наблюдалось незначительное улучшение в виде уменьшения болезненности и гиперемии. После выписки из стационара был назначен изотретиноин 24 мг в сутки (0,4 мг на 1 кг массы тела в сутки). На фоне проводимой терапии было отмечено снижение количества лейкоцитов, нормализация СОЭ, С-реактивного белка. На 23-й день отмечено значительное улучшение: новых элементов, гноеотечения и корочек нет. На коже в области лба и щек пустулы и узлы разрешились формированием пятен застойного красно-синюшного цвета. Большинство узлов на подбородке регрессировали,

оставшиеся уменьшились в размере. Пациентка продолжила лечение, которое включало прием преднизолона в дозе 20 мг в сутки с постепенным снижением суточной дозировки до полной отмены в течение 3 недель, прием препарата изотретиноин (24 мг в сутки) был рекомендован в течение 4 мес. На 5-м месяце лечения суточная доза изотретиноина была снижена до 16 мг в сутки, которую пациентка принимала еще 2 месяца. На фоне проводимого лечения изотретиноином лишь в 1-й месяц приема препарата пациентка отмечала проявления хейлита, которые нивелировались лечебной косметикой. При ежемесячном скрининге биохимического анализа крови повышения печеночных проб не выявлено. Таким образом, представленный случай демонстрирует яркую клиническую картину редкой формы розацеа, исход которой при своевременной адекватной терапии достаточно благоприятный, несмотря на тяжелую клинику. Результаты лечения пациентки свидетельствуют о высокой эффективности изотретиноина в лечении фульминантной розацеа с минимумом побочных эффектов, которые могут возникнуть на фоне терапии изотретиноином, что обеспечивает высокую безопасность его длительного применения.

### КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ: АССОЦИАЦИЯ ЧЕРНОГО АКАНТОЗА, СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА, РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

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

Шеров В.В., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Затурская Н.Ф.,  
Терещенко Г.П.

В подростковом возрасте нередко причиной кожных заболеваний становится нарушение обмена веществ в организме, которое прежде всего происходит от изменения гормонального статуса в этом возрасте, а также зависит от воздействия провоцирующих (триггерных) факторов и сопутствующих заболеваний пациента (патология желудочно-кишечного тракта, частые ОРВИ, иммунодефициты, прием некоторых лекарственных препаратов, эндокринная патология). Так, в консультативно-диагностическое детское отделение (КДО) на базе филиала «Юго-Западный» на консультацию был направлен мальчик 14 лет с диагнозом «Псориаз». Пациент отметил, что 2 года назад впервые появились высыпания на коже туловища и живота без явной причины. В этот же период времени пациент обнаружил на коже шеи и в области подмышечных впадин пигментацию темно-коричневого цвета. Проводимое лечение – взбалтываемая взвесь с оксидом цинка, спиртовые салфетки, кремы с мочевиной – не приводило к положительному эффекту. В декабре 2022 г., со слов пациента, появились высыпания на коже волосистой части головы. Наследственный анамнез отягощен по псориазу. При осмотре в КДО филиала «Юго-Западный» у пациента выявлено: избыточный вес, на коже передней поверхности шеи, подмышечных областей – папилломатозные элементы с грязно-коричневой пигментацией; на коже верхней части спины, живота визуализировались пятна красновато-коричневого цвета с четкими границами, проба Бальцера положительная. На коже волосистой части головы на границе роста волос в лобной зоне эритематозно-сквамозные очаги с чешуйками желтоватого цвета, псориазическая триада не определялась. У данного пациента описанные нозологии ассоциированы с метаболическими изменениями в организме. В связи с чем пациент был направлен на консультацию к эндокринологу (для исключения эндокринных заболеваний), скорректирована диета, проведена беседа относительно качества проведения гигиенических процедур, назначена наружная терапия средствами с отшелушивающим действием (салициловая кислота), на кожу волосистой части головы, в том числе с использованием топических ГКС, противогрибковое наружное лечение (кремы и шампуни с кетоконазолом) на кожу волосистой части головы и на гладкую кожу.

### КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Мухачева Д.А., Разнатовский К.И.

Введение. Атопический дерматит (АтД) является наиболее распространенным хроническим воспалительным заболеванием кожи, ассоциированным с атопическими и неатопическими сопутствующими заболеваниями, при котором воспаление является следствием барьерной дисфункции. Некоторые методы лечения АтД могут влиять на сопутствующие заболевания, в то время как другие могут повышать их риск. Рост сопутствующих заболеваний позволяет предположить, что АтД является системным заболеванием. Наблюдается растущий интерес к этой области изучения АтД, поскольку наличие или риск сопутствующих заболеваний могут во многом влиять на особенности терапии пациентов этой группы. Врачи общей практики не всегда в полной мере осведомлены о сопутствующих атопических и неатопических заболеваниях. Цель работы. Выявить частоту регистрации состояний пищеварительной системы у пациентов АтД.

Материалы и методы: с 2019 года по 2020 год было обследовано 167 больных АтД, получающих стационарное лечение на базе I дерматовенерологического отделения Микологической клиники ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В качестве контроля учитывали анамнестические и лабораторные (исследование кала) данные лиц, не имеющих в анамнезе АтД в количестве 57 человек. Статистический сравнительный анализ полученных показателей частот в исследуемых группах проведен с помощью двустороннего точного теста Фишера, что связано с наличием в группах достаточно редких событий <5 случаев. Уровень статистической значимости принят на уровне 5%. Статистический анализ проведен с помощью специализированного программного обеспечения STATISTICA 64 ver.20.0. (StatSoft Inc).

Результаты и обсуждение: Был проведен анализ сопутствующих АтД состояний пищеварительной системы с их классификацией согласно МКБ-10. Выявлено, что среди больных АтД, получающих стационарное лечение в Микологической клинике, у преобладающего большинства (57,5%) обнаружено наличие функциональных расстройств кишечника, в том числе дисбиоза кишечника с пролиферацией условно-патогенной флоры (УПФ), запора, синдрома раздраженного кишечника. Среди выделенной УПФ флоры, регистрировали наиболее часто *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Citrobacter* spp. Кроме того, выявлено присутствие *S. aureus* и дрожжеподобных грибов типа *Candida*. На втором месте по частоте регистрации в этой группе пациентов (у 26,9%) регистрировали болезни желчного пузыря, такие как желчнокаменная болезнь [холелитиаз], хронический холецистит и другие заболевания желчного пузыря. На третьем месте по частоте встречаемости в этой группе пациентов (у 24%) регистрировали болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, такие как хронический гастрит, дуоденит или гастродуоденит. В меньшем количестве случаев регистрировали гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (у 7,8% пациентов с АтД). В менее чем 2% случаев среди пациентов с АтД регистрировали заболевания печени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение обмена порфирина и билирубина. В менее чем 2% случаев среди пациентов с АтД регистрировали болезни печени, такие как стеатоз печени, жировой гепатоз печени и неалкогольный стеатогепатит; заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (язвенная болезнь желудка и ДПК, нарушение обмена порфирина и билирубина). У 21% пациентов группы с АтД не обнаружены сопутствующие патологические состояния пищеварительной системы (в группе контроля этот показатель был на уровне 35,3%).

Выводы: 1. При обследовании пациентов с АтД, получивших стационарное лечение в Микологической клинике, обнаружена высокая доля пациентов с такими коморбидными патологическими состояниями пищеварительной системы, как функциональные расстройства кишечника, болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря. 2. При обследовании пациентов обнаружено статистически значимо более частое сочетание АтД с функциональными расстройствами кишечника и заболеваниями желчного пузыря в сравнении с группой контроля ( $p < 0,05$ ). 3. Необходимо диагностическое мониторирование состояния ЖКТ у пациентов с АтД, включающее оценку наличия патологических состояний пищеварительной системы с необходимым включением в совместную работу гастроэнтеролога.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЦИНКА

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

Ефимова Д. Д., Разнатовский К. И.

**Введение.** Известно, что во время беременности часто происходит обострение атопического дерматита, это связано с комплексными эндокринологическими, иммунологическими, метаболическими и сосудистыми изменениями. Приблизительно у 18% беременных женщин наблюдается дефицит цинка, как известно, он принимает участие более чем в 1000 ферментативных реакций и необходим для роста и деления клеток, а также для реализации процессов регенерации, репродуктивной функции, пролиферации и дифференцировки кератиноцитов. Дефицит цинка может способствовать развитию атопического дерматита посредством трех механизмов: нарушения барьерной функции эпидермиса, кожного воспаления, колонизации *Staphylococcus aureus*.

**Цель.** Провести исследование по выявлению дефицита цинка в волосах и сыворотке крови у беременных, больных атопическим дерматитом, и оценить целесообразность включения цинксодержащих препаратов в терапию атопического дерматита.

**Задачи.** Определить концентрацию цинка в волосах и сыворотке крови у беременных с атопическим дерматитом. Изучить зависимость тяжести течения атопического дерматита от уровня цинка в исследуемых материалах. Разработать комплексную терапию для беременных с атопическим дерматитом с применением препаратов цинка. Оценить эффективность комплексной терапии беременных с атопическим дерматитом с применением препаратов цинка. **Материалы и методы.** В исследовании принимают участие 60 беременных, которые разделены на 3 группы. Первая группа – беременные с атопическим дерматитом, получающие неспецифическую терапию. Вторая группа – беременные с атопическим дерматитом, получающие в качестве терапии препараты цинка. Третья группа – беременные без атопического дерматита в анамнезе. **Критерии отбора:** наличие признаков обострения атопического дерматита; срок беременности от 8 до 12 недель; возраст женщин от 18 до 40 лет; отсутствие фокальных инфекций и соматических заболеваний. **Определение уровня цинка в волосах и сыворотке крови** проводится путем атомно-абсорбционной спектрометрии. Терапия назначается в зависимости от уровня цинка. Результаты исследования показали, что у исследуемых с выявленным дефицитом цинка отмечается корреляция между уровнем цинка и тяжестью течения атопического дерматита. Пациентки, получающие терапию атопического дерматита препаратами цинка, быстрее отвечают на терапию, что подтверждается клинически.

**Выводы.** Установлена прямая корреляция между содержанием цинка в организме и тяжестью течения атопического дерматита. Комплексная терапия препаратами цинка показала свою эффективность у пациентов с дефицитом цинка.

## КРУГ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE У ДЕТЕЙ

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

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

Неслучайно впервые описанные Raye в 1857 г. два клинических наблюдения эритематосквамоза ладоней и десквамации скальпа рассматривали как псориаз из-за внешнего сходства. В дальнейшем этот автор в содружестве с Richaud исправили существующую 30 лет ошибку, отнеся это заболевание к самостоятельной нозологии, название которой, предложенное Devergie, Pityriasis Rubra Pilaris, сохранилось до настоящего времени. Начинается болезнь обычно в детстве. Ее этиология и патогенез неизвестны. Первичным

элементом дерматоза является мелкая фолликулярная папула. Элементы вначале дискретные, в дальнейшем число их увеличивается, формируются диски желтовато-красного цвета, с выраженным рисунком кожи. Располагаются высыпания на различных участках кожного покрова, часто на тыльной поверхности пальцев кистей в виде фолликулярных конусовидных шпиков – узелков (конусов Бенье), иногда развивается эритродермия. Эти образования (конусы Бенье) и островки здоровой кожи при эритродермии или значительных поражениях кожного покрова имеют патогномичное значение для диагноза. Узелков много на локтях, коленях, ладонях и подошвах. Пораженная кожа утолщается диффузно, окраска ее кирпично-красная, поверхность ее покрыта муковидными и отрубевидными чешуйками. Очаги на коже волосистой части головы представляет собой сливающиеся в бляшки узелки, покрытые сухими белесовато-серыми отрубевидными чешуйками. При поглаживании кожи определяется симптом терки. Течение болезни хроническое, длительное. Иногда возникает спонтанное выздоровление. У двух пациентов, обратившихся в филиал «Юго-Западный» с направительным диагнозом «Псориаз обыкновенный», очаги поражения локализовались на коже в области локтевых и коленных суставов. Они характеризовались фолликулярными гиперкератотическими папулами, сгруппированными в бляшки. На фоне слабой эритемы у них располагались мелко-пластинчатые чешуйки. Вокруг очагов фолликулярные узелки размером с булавочную головку розового цвета, с чешуйкой в центре. При трении пораженной кожи определялся симптом «терки». Псориатическая триада не обнаруживалась. При лабораторном исследовании реактивность к различным аллергенам не выявлялась, IgE в пределах референсных значений. Микроскопическое исследование элементов патогенного гриба не выявило. Показатели общего и биохимического анализов крови в пределах нормы. Результат гистологического анализа кожи с очага в области локтя подтвердил диагноз пситириаз красный волосистой отрубевидный Девержи. У другого пациента гистологическое исследование не проводилось. Его клинические проявления копировали первый случай. Пситириаз имеет свое характерное лицо и больше знаком врачам. Первичные папулезные элементы, увеличиваясь в размере и сливаясь, образуют типичные псориатические бляшки. Беловато-серебристые чешуйки легко отторгаются при поскабливании. Пситириазическая триада, воротничок Воронова, синдром Кебнера, анамнез болезни, отсутствие обычно зуда, в большинстве случаев позволяет распознать клиническую картину пситириаз.

## КСАНТЕЛАЗЫ – ВЫБОР ТЕРАПИИ, ДЕРМАТОСКОПИЯ

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

Ключарева С. В., Белова Е. А., Нечаева О. С., Слободских Е. О., Пономарев И. В.

В 1851 году Томас Аддисон и Вильям Галл впервые объяснили появление ксантелаз нарушением обмена липидов. Ксантелазы нередко появляются при различных нарушениях липидного обмена. Особенность этой патологии заключается в том, что она может развиваться при нормальном уровне липидов у женщин среднего и пожилого возраста, страдающих заболеваниями печени. Клинически ксантелазы проявляются желтыми плоскими или слегка возвышающимися, четко отграниченными бляшками с гладкой или слегка морщинистой поверхностью, расположенными в области век. Размеры их варьируют от нескольких миллиметров до 5 см и более. Может встречаться и генерализованная форма плоских ксантом. Лечение ксантелаз проводится, в том числе, с помощью лазерного воздействия на кожу в области патологического процесса.

**Цель:** провести дерматоскопию очагов ксантелаз и установить параметры для их лазерной терапии аппаратом на парах меди.

**Материалы и методы.** Лечение ксантелазы век 1–4 степени было выполнено у 37 светлокосых женщин и 10 мужчин, возраст 28–65 лет, со сроками заболевания от 1 года до 5 лет, при этом патологии липидного обмена не было обнаружено. Для лечения ксантелаз использовался аппарат лазерный медицинский на парах меди «Яхрома-Мед» (Физический институт им. П. Н. Лебедева

РАН), работающий на длинах волн 511 и 578 нм с длительностью импульсов генерации 20 нс и с частотой следования импульсов 16,6 кГц. Всем пациентам была проведена дерматоскопия патологических очагов.

Результаты. В зависимости от результатов дерматоскопии нами были выделены две стадии прогрессирования ксантелазм. Дерматоскопические проявления I стадии прогрессирования ксантелазм: очаги были представлены множественными светло-желтыми комками и одновременным наличием светло-желтой бесструктурной области, а также в промежутках множественными светло-коричневыми точками, что свидетельствует о неглубоком залегании ксантомы. Дерматоскопические проявления II стадии прогрессирования ксантелазм: очаги были представлены множественными желтыми комками, но уже крупных размеров, также присутствовала объемная, светло- или темно-желтая бесструктурная область. Важным, по нашему мнению, было появление дерматоскопических структур по типу «комков-в-комке». В зависимости от стадии прогрессирования ксантелазм при дерматоскопии были выбраны следующие параметры лазерной терапии: средняя мощность 0,6 Вт при первой стадии и 0,7–0,8 Вт и у пациентов второй стадии при соотношении мощностей излучения на зеленой (511 нм) и желтой (578 нм) длинах волн 3:2. Длительность экспозиции – 0,2 с. Диаметр светового пятна на поверхности кожи – 1 мм. Область ксантелазмы обрабатывали лазерными импульсами до появления равномерной серой окраски. Лечение ксантелазмы проводилось под местной аппликационной анестезией. Выбор параметров прибора на парах меди «Яхрома-Мед» зависел от полученных результатов при дерматоскопии: при I стадии прогрессирования от 0,60 Вт до 0,70 Вт. При II стадии прогрессирования от 0,71 Вт до 0,82 Вт. Критерием выбора энергии импульса было установлено максимальное изменение цвета от желтого до серого по всей поверхности ксантелазмы без ее повреждения. Для защиты органа зрения во время лазерной обработки использовались металлические экраны, которые устанавливались на глазное яблоко, и применялся местный анестетик Акрипол Про (Россия) – наносился на патологический очаг в течение 20 мин. Отек после процедуры был минимальным и купировался противовоспалительными наружными средствами. После завершения процедуры кожу обрабатывали 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. Первые два дня на обработанную поверхность кожи наносили 5% мазь Супироцин два раза в день. Через 10 дней после отслоения корочек кожа приобрела естественную окраску. После лазерной процедуры полное заживление обработанной поверхности кожи завершалось в течение от 5 до 10 дней. У всех пациентов отмечено полное восстановление кожи, рецидивов ксантелазм не отмечено. За пациентами наблюдали в течение двух лет после лечения, рецидивов в этот период не было. Ни у одной из пациенток не развилась поствоспалительная гипертоническая пигментация и не было возникновения рубцов.

Заключение. Применение лазерного прибора на парах меди позволяет эффективно лечить ксантелазмы, и, в зависимости от результатов дерматоскопии, нами были выделены две стадии прогрессирования ксантелазм, благодаря чему более точно подбираются параметры лазерного излучения.

## ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕЛЕМ С КЛИНДАМИЦИНОМ И БЕНЗОИЛ ПЕРОКСИДОМ

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

Акне встречаются у каждого третьего пациента, обратившегося к дерматологу. Локализуясь на лице, приводят к значительным психическим и физическим страданиям, к социальной, сексуальной, трудовой дезадаптации. Наличие пленочного роста *S. asnes* и доля 86–95% в клинике всех акне комедональных и папуло-пустулезных форм легкой и средней степени тяжести объясняет эффективность применения местных препаратов. Таким средством, обладающим двойным антибактериальным, противовоспалительным и кератолитическим действием для лечения акне легкой и средней степени тяжести, является гель для наружного применения с 1% Клиндамицином и 5% Бензоил пероксидом. Клиндамицин 1% – антибиотик из группы линкозамидов, обладающий бактериостатическим, а в высоких концентрациях и бактерицидным действием на грамположительных аэробных микроорганизмов и широкого спектра анаэробных бактерий, в том числе на один из ведущих агентов акне –

*S. asnes*. Бензоила пероксид 5% является высоколипофильным окислителем с бактерицидным и слабым кератолитическим действием. Бензоила пероксид обладает неспецифическим бактерицидным механизмом действия, образуя активные формы кислорода, которые препятствуют появлению резистентных к клиндамицину микроорганизмов. Эффективность бензоила пероксида в лечении акне в основном объясняется его бактерицидной активностью, особенно в отношении *S. asnes*, которая вызвана высвобождением активных форм кислорода, способных окислять бактериальные белки, а также препятствием появлению резистентных к клиндамицину микроорганизмов. Бензоила пероксид эффективен при лечении акне благодаря противовоспалительному и кератолитическому действию.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность Геля с 1% Клиндамицином и 5% Бензоил пероксидом в лечении комедональных и папуло-пустулезных акне легкой и средней степени тяжести на лице.

Материалы и методы. Клиническое исследование проводилось на базе поликлинического отделения № 1 ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина г. Барнаул». В исследовании участвовали 100 пациентов (16 мужчин и 84 женщины) в возрасте от 15 до 28 лет (средний возраст составил 21,8 года) с комедональными и папуло-пустулезными акне легкой и средней степени тяжести на лице. Длительность заболевания варьировала от 3 до 14 лет. Жалобы на повышенную жирность кожи и расширенные поры до начала лечения Гелем с 1% Клиндамицином и 5% Бензоил пероксидом предъявляли 100 человек (100%). У 25 (25%) пациентов отмечено от 5 до 10 открытых и закрытых комедонов, у всех от 5 до 13 папул, у 65 (65%) до 10 пустул, у 75 (75%) пациентов наблюдались от 0 до 10 пятен вторичной гиперпигментации. Пациенты отмечали хроническое течение с незначительным улучшением при применении различных средств по уходу для проблемной кожи. Больные также отмечали неоднократное применение антибактериальных, антисептических препаратов, физиолечения. На момент начала исследования пациенты никакой терапии не получали. Все пациенты применяли гель с 1% Клиндамицином и 5% Бензоил пероксидом в качестве монотерапии. Наносили тонким слоем 1 раз в сутки вечером на чистую и сухую пораженную кожу в течение 2–5 недель.

## ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Российский университет дружбы народов; филиал Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва  
Мунинова М.С., Жукова О.В.

Актуальность. На сегодняшний день подтверждено влияние псориаза на заболеваемость гипертонической болезнью. Однако данных о влиянии гипертонии на тяжесть и течение псориаза критически мало. Артериальная гипертония обычно лечится препаратами, которые, как известно, являются пусковыми факторами псориаза, такими как бета-адреноблокаторы или ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Способность бета-адреноблокаторов вызывать псориаз в настоящее время широко признана в медицинском сообществе, что затрудняет терапию гипертонии у больных псориазической болезнью.

Целью данной работы было оценить имеющийся на сегодняшний день подход к лечению пациентов, страдающих псориазом и гипертонической болезнью. Материалы и методы. Было проведено исследование с участием 120 пациентов, страдающих псориазом, находившихся на стационарном лечении в Дерматовенерологических отделениях № 1 и № 2 филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК с февраля по июнь 2022 года. Пациенты были разделены на группы: 60 человек с сопутствующей гипертонической болезнью и 60 человек в контрольной группе (по 30 женщин и 30 мужчин в каждой когорте). Была изучена медицинская документация, проведен анализ результатов лабораторных исследований, сопутствующих патологий, проведенного лечения, соотнесены данные в подгруппах.

Результаты. Из 60 больных псориазом и гипертонической болезнью 40 человек были трудоспособного возраста, от 25 до 55 лет, и 20 человек – в возрасте от 56 до 81 года. Из 60 человек контрольной группы трудоспособная категория пациентов составила 53 человека в возрасте от 20 до 55 лет и 7 человек в возрасте от 56 до 63 лет. В результате анализа данных отмечено, что, несмотря на доказанное негативное влияние некоторых антигипертензивных препаратов

на течение и активность псориаза, данные лекарственные средства все же назначаются терапевтами и кардиологами: из 60 пациентов с гипертонической болезнью 19 человек принимали бета-блокаторы, 18 – иАПФ. Пациенты контрольных групп (и мужской, и женской подгрупп) имели большую возможность получать физиотерапевтическое лечение в виде UVB-311 и плазмафереза (22 мужчины и 22 женщины без гипертонической болезни в сравнении с 18 мужчинами и 16 женщинами с гипертонической болезнью для UVB-311; 11 мужчин и 9 женщин без гипертонической болезни в сравнении с 7 мужчинами и 3 женщинами с гипертонической болезнью для плазмафереза), при этом, если сравнивать мужскую и женскую подгруппы с гипертонической болезнью, женщины были больше обделены возможностью физиотерапевтического лечения по тем или иным причинам.

Выводы. По итогам изучения 120 историй болезни установлено, что гипертоническая болезнь значительно сокращает возможности лечения больных псориазом, являясь существенным ограничивающим фактором для назначения физиотерапии. Сделан вывод, что современный подход к лечению гипертонической болезни у псориазических больных отягощает течение псориаза и требует дальнейшей оптимизации совместно с врачами-кардиологами и терапевтами.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОГРАММЕ ВМП

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

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Организация, порядок оказания и перечень ВМП жителям г. Москвы определены приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» (ред. от 29.05.2015 № 280н, от 27.08.2015 № 598н) и Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации. Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента. При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов. В условиях МНПЦДК ДЗМ суточного стационара филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» по программе ВМП осуществляется лечение следующих заболеваний: атопический дерматит, псориаз, локализованная склеродермия, истинная (акантолитическая) пузырчатка. При этом модель пациента представлена тяжелыми распространенными формами заболевания, при отсутствии эффективности ранее проводимых методов системного и физиотерапевтического лечения. В рамках программы ВМП, наряду с медикаментозной терапией, применяются физиотерапевтические и экстракорпоральные методы лечения, такой как плазмаферез. Среди физиотерапевтических процедур в рамках программы ВМП чаще всего используется фототерапия. Данный вид физиотерапии входит в протоколы

лечения атопического дерматита, псориаза, локализованной склеродермии. Перед назначением фототерапии пациенту для выявления противопоказаний рекомендуется комплексное лабораторное исследование (клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови), консультации врача-терапевта, эндокринолога, уролога (для мужчин), гинеколога (для женщин). УФВ-излучение оказывает противовоспалительный, иммуносупрессивный, антипролиферативный эффекты. Лечение по программе ВМП в условиях ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ суточного стационара филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» осуществляется с 2017 г. За этот период 944 пациента получили лечение по данной программе. Таким образом, короткие ремиссии, наличие тяжелых, распространенных, торпидных к ранее проводимым методам системного и физиотерапевтического лечения форм заболевания, является показанием для направления пациента на лечение по программе ВМП. Применение комбинаций медикаментозной терапии наряду с физиотерапевтическими процедурами и экстракорпоральными методами лечения позволяет добиться стойкой ремиссии у пациентов с дерматологическими заболеваниями, что значительно улучшает их качество жизни.

## ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА И УГРЕЙ ОБЫКНОВЕННЫХ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИЗОТРЕТИНОИНА В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ НАФТАЛАНСКОЙ НЕФТИ

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет», Ростов-на-Дону  
**Гребенников В.А.,** **Гребенникова С.В.**

Цель и задачи. Себорейный дерматит (СД) и угри обыкновенные (УО) – часто встречающиеся заболевания кожи и совершенствование лечения их – актуальная задача современной дерматологии.

Материал и методы. Нами использовано сочетанное применение малых доз Изотретиноина (И) и препаратов Нафталанской нефти (крем Нафталанской нефти Лостерин, шампунь Нафталанской нефти Лостерин). Внутри все пациенты получали низкие дозы И (10-30 мг/с – 0,15-0,30 мг/кг/с). Угри обыкновенные проявлялись у наших пациентов в легкой степени либо умеренно, а СД у всех включенных в группу больных сочетался с себореей жирной. Крем Нафталанской нефти Лостерин наносили на очаги 2 раза в день, а шампунь Нафталанской нефти Лостерин применяли 3 раза в неделю. В ряде случаев при поредении у пациентов волос на голове дополнительно применяли Поливитаминный комплекс Лостерин. Всего пациентов было 14 (СД – у 7 и УО – у 7 лиц), из них мужчин – 7 и женщин – 7. Возраст пациентов составил в среднем 30,3±2,2 года (от 12 до 39 лет). Результаты. Общепринятые лабораторные показатели не отличались существенно от нормальных. Продолжительность лечения – 1-2 месяца. Основанием для назначения пациентам с СД и УО Изотретиноина явилось его действие по уменьшению разрастания комедонов, способствует опорожнению «кератиновых пробок», снижению функциональной активности сальных желез (М.Д. Машковский, 2000). Нафталанская (лечебная) нефть не содержит парафиновых углеводородов и бензиновых фракций. Полициклическими нафтеновыми углеводородами определяются основные ее биологические эффекты. Богат микроэлементный состав. При ее действии – ингибирование ключевого фактора активации транскрипции NF-κB, приводящее к подавлению продукции провоспалительных цитокинов – ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО-альфа и воспалительных ферментов – циклооксигеназы-2, ответственной за синтез простагландинов. Характерна также индукция Т-регуляторных клеток, ограничивающих воспалительный ответ. Все пациенты хорошо переносили лечение. Незначительно выраженную сухость кожи с очагами легкой эритемы и шелушения, отмечаемую нередко, корректировали смазываниями кремом Нафталанской нефти Лостерина – 2 раза в день.

Заключение. В процессе лечения благоприятные изменения в очагах у больных СД были отмечены уже в течение 1-й недели – ослабление эритемы, уменьшение салоотделения, шелушения. Такая динамика неуклонно продолжалась и в последующем. При УО отчетливые позитивные изменения высыпаний наступали несколько позднее – после 2-2,5 недель проводимого лечения (наружно периодически 2 раза в неделю назначали крем, содержащий Адапален и Клиндамицин), в последующем благоприятные изменения нарастали. В итоге у всех пациентов с себорейным дерматитом

и угрями обыкновенными после проведенного лечения результаты оказались весьма положительными – клиническое выздоровление и значительное улучшение. Наши наблюдения являются предварительными, необходимы дополнительные исследования.

## «МАСКИ» СКЛЕРОДЕРМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Юго-Западный», Москва

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

Клинически склеродермию разделяют на ограниченную и системную формы. В компетенции врача-дерматовенеролога-ограниченная склеродермия. Она, являясь хроническим аутоиммунным заболеванием, характеризуется очагами локального воспаления (эритемой и отёком) кожи на разных участках тела с последующим формированием в них склероза и атрофии кожи и подлежащих тканей. Для склеродермического процесса характерны 3 стадии: эритемы, инфильтрации (уплотнения) и атрофии. Этиология болезни малоизучена. Во многом она зависит от взаимодействия генетических и экзогенных факторов. Важную роль играют также нарушения синтеза и обмена коллагена и гликопротеинов, патология микроциркуляторного русла, нарушения гуморального и клеточного иммунитета, что обуславливает образование аутоантител. В основе инициации процесса лежат сосудистые травмы, которые вызывают активизацию эндотелиальных клеток, что повышает проницаемость капилляров, нарушая микроциркуляцию сосудов. Значительную патогенетическую роль играют аутоиммунные нарушения. Существенная роль в патогенезе патологического процесса принадлежит склерозу из-за избыточного перехода эндотелиальных клеток в клетки эндотелиально-мезенхимальной трансформации. Из-за многообразия клинических форм, а также наличия abortивных проявлений склеродермии диагностика её нередко затруднена. Известная клиническая классификация включает более 10-ти форм, в частности, в частности, различные разновидности: инфильтративно-атрофическую Вильсона, поверхностную сиреневую Гужеро, идиопатическую атрофодермию Пазини-Пьерини, келоидоподобную узловатую глубокою, буллезную; генерализованные-линейно-полосовидные: саблевидную, лентовидную, зостероформную, склероатрофическую разновидности. Распространённость склеродермии составляет примерно 25 случаев на 100 тыс. населения, что свидетельствует об относительно редкой встречаемости этого заболевания. При классическом течении ограниченной склеродермии на фоне проведённого лечения (противовоспалительного, дезинтоксикационного, физиотерапевтического: дренажный массаж) обычно прослеживается положительная динамика и даже наступление клинической ремиссии. За последние 5 лет в филиал «Юго-Западный» наблюдалось два пациента, диагностика заболевания у которых была затруднительной. У юноши 14 лет и девушки 15 лет схожие высыпания, возникли без видимой причины. Они были представлены пигментными коричневатыми пятнами округлых очертаний диаметром в несколько сантиметров. Они располагались на коже туловища и конечностей, субъективные ощущения отсутствовали. Эти заболевания, развившиеся под «маской» ограниченной склеродермии, мы рассматривали как идиопатическую атрофодермию Пазини-Пьерини. В пользу этого предположения: отсутствие в очагах эритемы и склероза, а также улучшение на фоне комплексного лечения. В то же время отмечается выраженное увеличение числа коричневатых пятнистых очагов и площади поражения кожи. В связи с этим планируется повторное гистологическое обследование, что позволит установить правильный диагноз. В конечном итоге от этого будет зависеть дальнейшая тактика клинического ведения и лечения, направленные на повышение качества жизни пациентов. Заключение: клинические формы ограниченной склеродермии у детей зачастую имеют сходство с кожными проявлениями других заболеваний, что требует от детских дерматологов глубоких знаний с учетом клинических особенностей, дифференциальной диагностики, тщательного сбора анамнеза и проведения современного обследования, включающего морфологическое исследование биоптата кожи.

## МОДУЛЯЦИЯ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ КЕРАТИНОЦИТАМИ ЧЕЛОВЕКА

Московский государственный университет пищевых производств,  
Медицинский институт непрерывного образования, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва  
Волчек И.А., Теряев А.С.

Общеизвестно, что эпидермальные цитокины могут играть важную роль в опосредовании воспалительных и иммунных реакций в коже, а инверсия цитокинового ответа лежит в основе многих дерматологических заболеваний и патологических состояний. Цитокины в эпидермисе способны секретировать ряд типов клеток, включая кератиноциты, клетки Лангерганса, меланоцитарные клетки и клетки Меркеля. Исследования последних лет показали высокую перспективность изучения и использования веществ природного происхождения, в частности растений семейств Зонтичные (Umbelliferae) или Сельдереевые (Ariaceae) в качестве средств регуляции цитокиновых функций. Целью настоящей работы явилось тестирование водно-спиртового экстракта Дудника Амурского (Angelica Amurensis) на синтез цитокинов кератиноцитами человека *in vitro*. В качестве источника эпидермальных клеток использовали фрагменты кожи, полученные из кожи здоровых взрослых доноров при косметологических операциях. Первичную культуру кератиноцитов получали по методу Rheinwald JG, 1980. Выделенные кератиноциты вносили в лунки 96-луночного круглодонного планшета в количестве 1-105 на лунку и культивировали в объеме 200 мкл на лунку в среде RPMI 1640, содержащей 10% сыворотки, 0,3 мг/мл L-глутамин, 2мМ/мл HEPES, при 37°C и влажной атмосфере с 5% CO<sub>2</sub> в течение 24 ч. В качестве индуктора синтеза цитокинов в контрольные пробы добавляли фитомагглютинин (PHA) (Sigma, USA). В часть лунок дополнительно вносили экстракт дудника в количестве 10 мкг; 1 мкг; 0,1 мкг; 0,01 мкг на пробу. Часть проб составили группу контроля. По окончании культивации в супернатанте определяли количество GM-CSF, IFN $\gamma$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF $\alpha$ . Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex ProTM Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. Статистическую значимость различий оценивали с помощью парного критерия Стьюдента. Установлено, что экстракт дудника в дозах 10 мкг и 1 мкг обладал значительным стимулирующим действием, в основном в отношении синтеза IFN $\gamma$ , IL-6, IL-8, TNF $\alpha$ . В дозах 0,1 мкг и особенно 0,01 мкг на пробу обладал иммунодепрессивным эффектом, наиболее выраженном в отношении IL-2, IL-6, TNF $\alpha$ . Например, уровень TNF $\alpha$  в контроле (ФГА) составлял 745,9 $\pm$ 12,3 пг/мл, при добавлении препарата в дозе 10 мкг 1916,5 $\pm$ 9,4 пг/мл, в дозе 0,01 мкг – 212,3 $\pm$ 17,6 пг/мл (P $\leq$ 0,01). Указанный эффект, очевидно, связан с процессами поликлональной стимуляции и/или адъювантного действия для большой дозы, и более специфичного, возможно опосредованного, как это показано в отношении Angelica Sinensis, механизма ингибции фактора активации T-лимфоцитов – NFAT (Nuclear factor of activated T-cells). Учитывая важную роль регуляции цитокинового баланса в дерматологической практике, полученные данные открывают новые перспективы использования препаратов на основе растений семейств Зонтичные, в частности Дудника Амурского (Angelica Amurensis), для лечения широкого спектра патологий, в том числе кожных (псориаз, атопический дерматит, алопеция и других).

## НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА НОГТЕЙ

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

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

Актуальность. Тяжесть псориазического процесса связана с вовлечением в процесс кожи волосистой части головы, гениталий, складочных зон и ног-

тевого аппарата. Подбор эффективной терапии псориаза сложных локализаций – актуальная задача современной дерматологии.

Цель работы: оценить эффективность тактики ведения больного среднетяжелым псориазом и псориатической ониходистрофией по типу гиперкератоза на фоне терапии ингибиторами IL-17A в сочетании с мазью, содержащей комбинацию дипропионата бетаметазона и салициловой кислоты.

Методы. В проспективное исследование продолжительностью 12 недель включали данные 60 пациентов, находившихся под наблюдением в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии в 2020–2021 гг. В первую группу включали 30 пациентов, получавших только биологический препарат ингибитор IL-17. Во вторую группу – 30 пациентов, получавших ингибитор IL-17 в сочетании с наружной терапией мазью 0,05% бетаметазона дипропионата и 3% салициловой кислоты. Мазь наносили по схеме 2 раза в сутки двумя курсами по 3 недели с перерывом в 6 недель между курсами. При сравнении показателей между группами использовался критерий Стьюдента для нормальных выборок и критерий Манна–Уитни для негауссовских.

Результаты. При сравнении значений индексов PASI и NAPS1 у пациентов второй группы, получавших ингибитор IL-17 в сочетании с наружной терапией, показатели индексов статистически значимо снизились через 12 недель терапии ( $p=0,003$ ) по сравнению с первой группой ( $p=0,015$ ).

Выводы. Исследование показало, что пациенты, получавшие ингибитор IL-17 в сочетании с мазью на основе бетаметазона и 3% салициловой кислоты, достигли значимо большего эффекта по сравнению с пациентами, получавшими только биопрепараты. Кроме того, комбинация с мазью на основе бетаметазона и 3% салициловой кислоты показала большую эффективность при лечении псориатической ониходистрофии, которая трудно поддается лечению даже биологическими препаратами.

## НАРУШЕНИЯ ИННЕРВАЦИИ И ПАТОЛОГИЯ КОЖИ – ПУТЬ К ПОНИМАНИЮ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

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

**Петрова Г.А., Петрова К.С.**

Введение. Неврологические аспекты развития дерматозов изучены недостаточно. При этом все физиологические процессы в коже регулируются нейрогенными механизмами: генетическая программа кератогенеза, меланогенеза, трихогенеза, себогенеза, секреторные процессы, функция фибробластов, тонус сосудов и метаболические процессы (Клаус В. И др., 2012 г., Чернух А.М., Фролов Е.П., 1982 г., Dunn J. H., Koo J., 2013). Известно, что нервная система обеспечивает регуляцию деятельности органов за счет двигательной, чувствительной и трофической функций. И если роль расстройств первых двух в развитии различных заболеваний очевидна, то вопросы влияния нарушений трофической функции на развитие, в частности, заболеваний кожи, практически не изучены и даже не обсуждаются. При изучении этиологии и патогенеза дерматозов традиционно основное внимание уделяется иммунологическим и метаболическим расстройствам, хотя без сомнения чаще всего они являются вторичными и обусловлены помимо генетических причин дефектами регулирующих механизмов нервной системы. Очевидно это обусловлено доступностью иммунологических и биохимических методов исследования и отсутствием объективных методов оценки состояния иннервации, способных доказать порой даже клинически очевидную причинно-следственную связь неврологических расстройств и соответствующих изменений кожи, а также полное отсутствие внимания к этим вопросам в системе обучения будущих дерматологов. В предыдущих исследованиях нами было установлено наличие определенных изменений кожи в зоне иннервации пораженных нервов у 83% больных с радикулитами, у 100% больных с рассеянным склерозом, у 86% больных с полиневропатиями, у 100% больных с миотонической дистрофией и у 86% больных с миелопатией. Изменения кожи были представлены трофическими изменениями кожи и подкожной жировой клетчатки, гиперкератозом на опорных частях конечностей, дистрофией ногтей, онихомикозом, нарушениями

пигментации, выраженной сухостью кожных покровов, плотными отеками, застойной эритемой и цианозом, мраморностью, нарушениями потоотделения и салоотделения, дисгидрозом и др. Тогда как в группе кардиологических пациентов, выбранной для сравнения, дерматологические расстройства в виде микоза стоп и гиперкератоза на опорных частях стоп были выявлены нами только у 34% больных.

Целью настоящих исследований была оценка состояния иннервации у больных с зостероформно и линейно расположенными изменениями кожи.

Материалы и методы. В группу вошли пациенты со склеродермоподобными состояниями, с тяжелыми формами длительно существующего, плохо поддающегося контролю дисгидроза, изменениями кожи по типу плотного отека и застойной эритемы невоспалительного характера, атрофическими изменениями кожи и мышц в зоне изменений кожи, которые невозможно было отнести к конкретным нозологическим единицам, трофическими язвами на конечностях без сосудистых расстройств и ониходистрофиями неясного генеза, нейропатическим зудом. Осуществляли тщательное клиническое неврологическое обследование больных с привлечением опытного невропатолога, по показаниям – рентгенологическое исследование позвоночника и конечностей, МРТ позвоночника, КТ головного мозга и периферических нервов, ЭНМГ конечностей и тепловизионное исследование в зоне поражения, УЗИ мягких тканей. Результаты. У 54% обследованных больных было подтверждено наличие неврологических расстройств в зоне повреждения. Среди неврологической патологии превалировала сенсорная полиневропатия. Приводятся клинические примеры.

Выводы. Результаты работы являются предварительными, но свидетельствуют о важности исследования роли неврологических расстройств в развитии дерматозов, что несомненно потребует поиска методов, позволяющих оценить состояние кожной иннервации, и в случае успеха откроет перспективы понимания механизмов развития многих дерматозов с неясной этиологией.

## ОБОСТРЕНИЕ КОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, СВЯЗАННОЕ С ПАНДЕМИЕЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И МЕТОДАМИ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

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

**Михеева Э.С., Плиева К.Т., Жукова О.В., Корсунская И.М.**

Введение. С начала пандемии инфекции COVID-19 исследователи отмечают рост случаев возникновения и рецидивов кожных форм красной волчанки (ККВ). Проведен тщательный анализ патогенеза коронавирусной инфекции и его роли в активации аутоиммунных заболеваний. Проанализированы свойства вакцины против SARS-CoV-2 в соответствии с составом и ее роль в патогенезе ККВ как возможного провоцирующего фактора данного заболевания. Выявлена необходимость в определении целесообразности проведения вакцинации у пациентов с ККВ в анамнезе.

Цель. Определение роли инфекции COVID-19 в росте рецидивов ККВ среди населения.

Задачи: 1. Оценить влияние инфекции COVID-19 на возникновение рецидивов ККВ. 2. Оценка рисков применения вакцины против инфекции SARS-CoV-2 у больных с ККВ вне обострения.

Материалы и методы. Доказано, что инфекция COVID-19 приводит к нарушению иммунного ответа благодаря специфическим свойствам, среди которых: молекулярная мимикрия (перекрестно реагирующие антигены), цитотоксичность, повышенный уровень цитокинов (интерлейкин-6 (IL-6), интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-2 (IL-2), фактор некроза опухоли – альфа (TNF-α)). Активация провоспалительных антигенов приводит к аутоиммунитету, что и объясняет повышенный уровень рецидивов ККВ среди населения. При проведении иммунизации населения против инфекции COVID-19 механизм иммунного ответа имеет схожий характер, обусловленный компонентами (белок spike) в составе вакцины. В результате аутопроцесса возникают кожные проявления ККВ. По многочисленным данным, обострения, возникающие вследствие применения вакцинации против инфекции SARS-CoV-2, в большей степени протекают в легкой форме. Собственный опыт также выявил зависимость



возникновения или обострение ККВ у пациентов от перенесенного COVID-19 или вакцинации против инфекции. В качестве примера приводим историю болезни пациентки 69 лет, вакцинация которой против инфекции COVID-19 явилась провоцирующим фактором для впервые возникшей ККВ. Женщина С. поступила с жалобами на высыпания на коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, умеренный зуд в местах высыпаний, эмоциональную лабильность. Высыпания появились в сентябре 2021 года, спустя 1,5 месяца после введения второго компонента вакцины против COVID-19. При осмотре на коже лица, шеи, туловища выявлены высыпания, характерные для дискоидной красной волчанки. На коже верхних и нижних конечностей очаги напоминали красный плоский лишай. С целью верификации диагноза было проведено исследование биопсийного материала, в разных локализациях. В результате исследования и дискоидная красная волчанка, и красный плоский лишай подтвердились. Пациентке были назначены: Преднизолон 30 мг/мл амп. 1 мл, Натрия хлорид 0,9% бут. 250 мл, Хлоропирамин 20 мг/мл амп. 1 мл, Калия аспарагинат+Магния аспарагинат табл. 175 мг+175 мг, Хлоропирамин табл. 25 мг, Экстемпоральная рецептура, Бетаметазон 0,05% туба 30 г, Глицин табл. 100 мг. По истечении 21 дня патологические очаги регрессировали, свежих высыпаний не появлялось, пациентка выписана из стационара с улучшением. Характерной особенностью являются данные лабораторных исследований, где выявлен относительно низкий уровень IgG (11,29) и IgM (00,09) к Coronavirius (SARS-CoV-2) в сравнении со здоровыми пациентами, что связано со спецификой терапии основного заболевания. Следовательно, эффективность проводимой вакцинации снижена, что не должно послужить причиной для отказа от проведения иммунизации. Оба заболевания, и ККВ, и инфекция COVID-19, склонны к вовлечению в патологический процесс органов и систем, что потенциально опасно для жизни пациента, и профилактика новой коронавирусной инфекции является обязательной для групп населения, страдающих аутоиммунными заболеваниями.

Выводы. Таким образом, теоретический риск возникновения или обострения ККВ после переноса инфекции COVID-19 или после проведения иммунизации признается, однако этот тип реакции протекает чаще в легких формах, хорошо поддающихся ремиссии, и не должен препятствовать проведению вакцинации против инфекции SARS-CoV-2. В настоящее время опасность инфекции COVID-19 и вызванных ею осложнений остается актуальной, в связи с чем пациенты с аутоиммунными заболеваниями, в том числе с ККВ, должны быть вакцинированы против коронавирусной инфекции. Врач обязан предупредить пациента о возможных рецидивах, вовремя остановить прогрессирование патологического процесса при возникновении обострения и обеспечить наиболее легкое течение заболевания.

## ОГРАНИЧЕННАЯ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ) СКЛЕРОДЕРМИЯ И ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ (ИАПП) У ПОДРОСТКОВ – ДВА СЛУЧАЯ ДЛЯ ДИСКУССИИ

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

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

Ограниченная (локализованная) склеродермия является хроническим аутоиммунным заболеванием. Она характеризуется очагами локального воспаления (эритемой и отеком) кожи на разных участках тела с последующим формированием в них склероза и атрофии кожи и подлежащих тканей. Этиология болезни малоизучена. Во многом болезнь зависит от взаимодействия генетических и экзогенных факторов. Важную роль играют нарушения синтеза и обмена коллагена и гликопротеинов, патологии микроциркуляторного русла, нарушения гуморального и клеточного иммунитета, что обуславливает образование аутоантител. Распространенность склеродермии составляет примерно 25 случаев на 100 тыс. населения, что свидетельствует об относительной редкости заболевания. За последние 5 лет в филиал «Юго-Западный» обратилось два пациента: юноша – 14 лет и девушка – 15 лет. У них обоих высыпания возникли без видимой причины. Пигментные коричневые пятна округлых очертаний диаметром в несколько сантиметров располагались на коже туловища и ко-

нечностей, субъективными ощущениями не сопровождались. В целом при ограниченной (локализованной) склеродермии на фоне проведенного лечения (противовоспалительного, дезинтоксикационного, физиотерапевтического: дренажный массаж) обычно прослеживается положительная динамика и наступление клинической ремиссии. При ИАПП прогрессирование патологического процесса обычно наблюдается в течение 3–5 лет с последующей стабилизацией процесса. Характерные для склеродермического процесса 3 стадии: эритемы, инфильтрации (уплотнения) и атрофии отсутствовали. Эритемы и уплотнения пораженной кожи отсутствовали в течение всего времени наблюдения (двух-пяти лет). Больные получили комплексное лечение, включая солкосерил, фолиевую кислоту, метотрексат 10–15 мг/нед. на курс № 22, бетаметазон, курантил, физиотерапию, курс аппаратного лимфодренажного массажа № 8. На фоне лечения коричневые пятна появились на новых местах, очаги увеличились в размере. При патоморфологическом исследовании из очага у юноши в стадии раннего развития болезни диагноз склеродермии не был исключен, и рекомендована повторная биопсия, которая еще не сделана. Гистологический анализ у девушки был расценен как склеродермия и как анетодермия. Повторный анализ не сделан, учитывая проведенные два курса иммуносупрессивной терапии, положительной динамики нет, но коричневые пятна появились на новых участках, прежние увеличились в размере.

## ОНИХОСКОПИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН И ИХ СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии  
и косметологии Департамента здравоохранения Москвы,  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская клиническая больница № 52 Департамента  
здравоохранения Москвы», Москва

Артемьева С.И., Леонова В.С., Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.

Актуальность. Дерматоскопия – неинвазивная инновация в области дерматологии, является вспомогательным методом диагностики злокачественных опухолей кожи, таких как меланома, базальноклеточная карцинома и различных состояний актинического кератоза и других. В последние годы специалисты также используют дерматоскопию в качестве вспомогательного инструмента для исследования изменений ногтей, связанных с различными дерматологическими состояниями.

Целью исследования было оценить дерматоскопические находки при псориатической ониходистрофии, сравнить их с клиническими особенностями и определить связь с тяжестью течения псориаза.

Материалы и методы. В исследование были включены 37 пациентов (24 – с вульгарным псориазом различной степени тяжести, 13 пациентов с псориазом и сопутствующим псориатическим артритом), находящихся под наблюдением на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Тяжесть заболевания оценивалась в соответствии с индексами PASI, BSA. Всем пациентам проводился клинический осмотр и дерматоскопическое исследование. Индекс тяжести псориаза ногтей (NAPSI) рассчитывался как клинически, так и дерматоскопически, регистрировались как специфические, так и неспецифические проявления псориаза ногтей.

Результаты. Наиболее распространенной клинической и дерматоскопической находкой были точечные вдавления – симптом «наперстка» (77,13%, 85,4% соответственно), при этом не было статистически значимой разницы между клиническим и дерматоскопическим показателем индекса NAPSI ( $p=0,45$ ). Наблюдалась положительная корреляция между показателями PASI и NAPSI как клинически ( $r=0,458$ ,  $p<0,001$ ), так и дерматоскопически ( $r=0,421$ ,  $p<0,002$ ). Симптом «масляного пятна» и симптом «заноэз» чаще встречались при дерматоскопии ( $p=0,031$ ,  $p<0,001$  соответственно). Симптом «масляного пятна» чаще обнаруживался при онихоскопическом исследовании у пациентов с тяжелым течением псориатического процесса (PASI>10). Онихолизис достоверно связан с наличием суставной патологии и встречался в 89% случаев у пациентов с псориатическим артритом.

Вывод. Дерматоскопия ногтей должна рассматриваться как предпочтительный метод обследования пациента с псориазом ногтей, а также как вспомогательная и неинвазивная процедура в случаях изолированного поражения ногтей пластин.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

Медицинский центр BeLon medical, г. Астана, Астана, Алматы, Республика Казахстан

Смирнова О.М., Оспанова С.А., Суханбердиева З.М.

Витилиго относят к приобретенным гипопигментным нарушениям, характеризующимся появлением белых, симметричных пятен имеющих тенденцию к увеличению размеров за счет нарушения функции меланоцитов эпидермиса или волосяных фолликулов. Распространенность дерматоза составляет до 0,5%, при этом зависимости от пола, возраста, расы отмечено не было. Этиология и патогенез витилиго на сегодня оставляют много вопросов для современной медицины. Среди предрасполагающих факторов развития самого заболевания, а также его дальнейшего прогрессирования выделяют стрессы, механическое раздражение и травмы (феномен Кебнера), чрезмерное воздействие ультрафиолетового облучения и химических агентов, наличие хронических заболеваний, таких как аутоиммунный тиреозит, ревматоидный артрит, красная волчанка и др. Витилиго, как и многие хронические дерматозы, в силу эстетических дефектов причиняет значительный психологический стресс. В последнее время уделяется большое внимание развитию психодерматологии, а именно – влиянию психологического здоровья на развитие, течение и прогноз дерматоза.

Цель исследования: изучить влияние психотерапии при лечении витилиго.

Задачи исследования: 1. разработать алгоритм диагностики психологических расстройств у пациентов с витилиго; 2. на основе полученных данных разработать комплекс лечебных мероприятий пациентам с витилиго с основами психодерматологии.

Методы исследования. В период с апреля 2021 по апрель 2022 гг. наблюдалось 100 пациентов с диагнозом Витилиго в возрасте от 14 до 55 лет. Средний возраст составил 18 лет±2,5 года. Из них 46 (46%) пациентов женского пола, остальные 51 пациент (51%) – мужского. У 49 пациентов удалось установить различного рода психические расстройства. Структура этих расстройств следующая: Депрессия – 6, Обсессивно-компульсивное расстройство – 5, Субдепрессия – 20, Психастенический синдром – 7, Ипохондрический тип – 5, Психозоматический инфантилизм – 2, Психические расстройства, вызванные климатом, – 4. Учитывая наличие психического расстройства у пациентов, им была назначена соответствующая психотерапия. При этом 34 (70%) пациентам – проходить на психотерапию на втором месяце лечения основного заболевания, остальным 15 (30%) пациентам психотерапия была назначена при первичном обращении к дерматологу. Помимо психотерапии все пациенты получали лечение витилиго узкополосной фототерапией длиной волны 311 нм. У пациентов, проходивших психотерапию, отмечается достижение стабильного процесса в течение первых двух месяцев психотерапии от начала лечения. В то время как у пациентов, не проходивших психотерапию, стабилизация процесса наблюдалась к концу третьего месяца лечения фототерапией. Таким образом, отмечается положительное влияние психотерапии на течение и лечение витилиго. Считаем целесообразным внести диагностику психологического состояния обязательным у всех пациентов с хроническими дерматозами.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ СТАТИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

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

Петунова Я.Г., Школьникова Т.В., Никитина Т.А., Требунская Н.А., Кабушка Я.С.

Введение. Болезни кожи и подкожной клетчатки, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации (РФ). Атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов

поражения. В 2021 году были утверждены Министерством здравоохранения РФ новые клинические рекомендации по лечению таких пациентов. Кроме того, с начала 2022 года врачи при определении тактики ведения пациентов должны в первую очередь руководствоваться клиническими рекомендациями, и только во вторую очередь стандартами оказания медицинской помощи. Целью нашей работы явился анализ распространенности и заболеваемости атопическим дерматитом населения Санкт-Петербурга в 2021 году согласно статистическим формам годового отчета, сравнение показателей, опубликованных в статистических материалах департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России.

Материалы и методы. Использовались годовые формы отчета № 12 и 30 Росстата за 2021 год, статистические материалы департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, проводилась математическая обработка и статистический анализ.

Результаты. По данным департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, в 2021 году распространенность и заболеваемость атопическим дерматитом среди всего населения РФ составила 570583 (390,4 на 100 тыс. нас.) и 227146 (155,4 на 100 тыс. нас.); детского населения 373929 (1444,4) и 166740 (644,1) соответственно, среди подростков 47089 (1047,4) и 14783 (328,8) соответственно. При этом в СПб распространенность, по данным указанных материалов, составила в 2021 году 51570 (957,8 на 100 тыс. нас.), заболеваемость – 17496 (324,9). По данным организационно-методического отдела по дерматовенерологии СПб, в структуре дерматологических заболеваний у взрослых атопический дерматит занимал в 2021 году 3-е место (0,6%), уступив только контактному дерматиту (19,2%), экземе (12,5%), псориазу (0,2%) и артропатический псориаз (0,2%) разделили 4-е место. В 2021 году среди взрослого населения было зарегистрировано 7324 (135,68 на 100 тыс. нас.) больных атопическим дерматитом в СПб, впервые в жизни диагноз был выставлен 1172 (21,71) взрослым пациентам. Среди пациентов от 0 до 17 лет: дети 0–14 лет – распространенность и заболеваемость атопическим дерматитом составили 6437 (766,93 на 100 тыс. нас.) и 1927 (229,59) соответственно, подростки 15–17 лет – распространенность и заболеваемость 8323 (863,94) и 2272 (235,87) соответственно.

Обсуждение. Распространенность и заболеваемость атопическим дерматитом, по данным статистических материалов департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, составляют 51570 и 17496 соответственно, что превышает данные СПб в 3,3 раза по распространенности и в 5,08 раз по заболеваемости, где абсолютные показатели 15546 и 3444 соответственно. Речь идет об установлении и регистрации диагноза атопического дерматита терапевтами, педиатрами, аллергологами без участия дерматовенерологов, что является недопустимым. Согласно новым клиническим рекомендациям, при тяжелом торпидном течении процесса необходимо назначение цитостатиков и препаратов генно-инженерной биологической терапии, назначение которых должно проводиться в специализированных медицинских учреждениях дерматовенерологического профиля.

## ОСОБЕННОСТИ ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЧЕСКОГО УРТИКАРНОГО ВАСКУЛИТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Федеральное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии им В.А. Насоновой, 2 ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва  
 Егорова О.Н.

Гипокомплементамический уртикарный васкулит (ГУВ) является редким системным васкулитом неизвестной этиологии, поражающий сосуды мелкого калибра.

Цель исследования: изучить клинические и лабораторные особенности ГУВ на горте больных, направленных в ревматологический центр.

Пациенты и методы. В течение 2018–2022 гг. исследовано 17 пациентов (мужчин – 3, женщин – 14, средний возраст 38,7±9,4 лет) с ГУВ. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное, иммунологическое (С-реактивный белок, ревматоидный фактор (РФ), антинуклеарный фактор (АНФ –Her 2), антитела к двуспиральной нативной ДНК (ds DNA), антитела к нейтрофильным цитоплазматическим антигенам, антитела к антигену SS-A(Ro) и антигену SS-B (La), комплемент С3/С4, антитела к С1q, иммуногло-

булины IgG, IgA, IgM, IgE) и инструментальное обследование, включая УЗИ суставов и компьютерную томографию органов грудной клетки, а также патоморфологическое исследование биоптатов кожи и подкожной жировой клетчатки (ПЖК) из пораженного участка кожи (в 9 случаях) и почки (2).

Результаты. Нормокомплементарная форма выявлена у 3 пациентов, гипокомплементарная форма – 12 и синдром гипокомплементарного уртикарного васкулита – 2. У всех пациентов отмечались болезненные и жгучие элементы кожи (эритематозные папулы, бляшки, язвочки и т.д.). В 41% случаев наблюдался ангионевротический отек и в 29% – сетчатое ливедо. Длительность кожных элементов сохранялась более 24 часов, с последующим разрешением пурпурой или слабой гиперпигментацией. В клинической картине больных превалировал суставной синдром (82%) в виде артритов коленных (29%), голеностопных (12%) и лучезапястных суставов (6%), и артралгий в коленных (29%), лучезапястных (24%), плечевых (18%) суставах, мелких суставов кистей (12%). Повышение температуры тела до субфебрильных цифр зафиксировано у 35% больных, лимфаденопатия – 29%. Бронхиальная астма или заболевания легких наблюдались в 25% случаев, неврологические заболевания – 25%, а поражения глаз не выявлено ни в одном случае. Лабораторное обследование крови показало повышение уровня СОЭ и гипокомплементемии С3/С4 (по 71% случаев, соответственно), анти С1q подтвержден у 59% пациентов, антитела к ds DNA – 29%, АНФ – Нер 2 – 47%, РФ – 12% и Ro/La – 6%. Патоморфологическое исследование биоптата кожи и ПЖК подтвердило лейкоцитокластический васкулит. У 2 больных обнаружен мембранопротрофиеративный гломерулонефрит, который характеризовался сегментарной мезангиальной пролиферацией с умеренным утолщением базальной мембраны клубочков. У 6 пациентов (35%) с нормокомплементарной (3) и гипокомплементарной (1) формами и с синдромом гипокомплементарного уртикарного васкулита (2) не удалось верифицировать основное заболевание. При гипокомплементарной форме у 5 больных подтверждена системная красная волчанка, по 1 пациенту – синдромом Шегрена, рецидивирующим полихондритом, злокачественным новообразованием, поставкационная реакция на «Гам-КОВИД-Вак» и у 2 – как проявление COVID-19 инфекции.

Заключение. Верификация и дифференциальная диагностика ГУВ представляют определенные трудности, необходимо расширение знаний об этой патологии среди врачей разных специальностей и проведение дальнейших исследований с целью своевременного поиска наиболее эффективных методов диагностики и лечения заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования; Республиканский клинический дерматовенерологический центр Министерства здравоохранения ДНР, Донецк, ДНР*

Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.И., Горбенко А.С.

Актуальность. Длительное пребывание в зоне активных боевых действий оказывает выраженное влияние на состояние ментального, соматического и дерматологического здоровья.

Цель работы. На примере анализа 8-летнего наблюдения за больными хроническими дерматозами, проживающими в зоне активных боевых действий, представить особенности клиники и течения дерматозов и показать эффективность разработанных подходов к терапии.

Материал и методы. Под наблюдением были 310 больных в возрасте от 12 до 68 лет, в том числе с атолическим дерматитом (АД) – 116, псориазом – 98, акне – 84, красным плоским лишаем – 12. Анализировали факторы дебюта и рецидивов дерматозов, характер течения, выраженность клинических проявлений, дерматологическую полиморбидность. Наряду с общеклиническим и инструментальным обследованием с помощью специальных опросников (SCL-90-R в модификации Н.В. Тарабрина, Спилбергер-Ханнина, Вейна) определяли уровни ситуативной и личностной тревожности, показатели

фобической тревожности и депрессии, нейровегетативные нарушения. В комплексную терапию, проводимую в соответствии с утвержденными клиническими протоколами в зависимости от вида дерматоза, включали дневные транквилизаторы, сегментарно-рефлекторную физиотерапию, комплекс психорелаксации с использованием сенсорной комнаты с аэро-, аудио- и светокорригирующими стимулами. Эффективность терапии оценивали по продолжительности ремиссии и числу рецидивов.

Результаты. Дебют дерматоза после стресса (оказались в зоне обстрела или попали под обстрел) был у 197 (63,5%) больных, в том числе у 88 (75,9%) больных АД, 56 (57,1%) больных псориазом, у 41 (48,8%) больного акне и у всех 12 (100%) больных красным плоским лишаем. Среднетяжелым и тяжелым течением дерматоза было у 223 (71,9%) больных, в том числе у 68 (58,6%) больных АД, 78 (79,6%) больных псориазом, 68 (81%) больных акне, 9 (75%) больных красным плоским лишаем. Сочетание с инфекционным поражением кожи было у 140 (45,2%) больных, в том числе с микотическим (кандидоз слизистых, урогенитальный, микоз крупных складок) – у 61 (19,7%) больного, вирусным (плоские и обыкновенные бородавки, контактный моллюск) – у 79 (25,5%) больных. Наиболее часто инфекционные дерматозы были при красном плоском лишае – у 8 (75%) больных, несколько реже при псориазе – у 49 (50%) больных, АД – у 57 (49,1%) и акне – у 26 (38,2%). У всех обследованных больных выявлены различной степени выраженности признаки вегетативной дисфункции с высоким диапазоном min-max до 48 баллов, средний балл составил 28,9±0,91; показатели фобической тревожности, ситуативной и личностной тревожности в 2,5–3 раза превышали нормативные показатели (p≤0,01). При сопоставлении этих показателей с количеством больных выявлено, что у 218 (70,3%) больных был высокий уровень ситуативной тревожности, у 185 (59,7%) – высокий уровень личностной тревожности. Анализ ближайших результатов лечения показал эффективность разработанного комплексного метода лечения. Наряду с тенденцией к нормализации психоэмоциональных нарушений, клиническая ремиссия после лечения достигнута у 184 (59,4%) больных, в том числе у 78 (67,2%) больных АД, у 49 (50%) – при псориазе, у 46 (54,7%) – при акне и у 10 (83,3%) – при красном плоском лишае. Ремиссия в течение 2 лет была у 161 (51,9%) больного, в том числе у 48 (41,4%) при АД, у 53 (54,1%) – при псориазе, у 49 (58,3%) – при акне и у 11 (91,6%) – при красном плоском лишае.

Выводы. Длительные стрессорные воздействия способствуют развитию психопатологических и нейровегетативных нарушений у больных хроническими дерматозами, что обосновывает включение в комплексную терапию больных методов сочетанной психорелаксации.

## ОСОБЕННОСТИ МИКОБИОМА КОЖИ В ЗОНЕ ТАТУИРОВКИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*  
Карымов О.Н., Потехаев Н.Н., Калашникова С.А.

Введение. Несмотря на риск посттатуажных осложнений, татуировки получили широкое распространение в популяции, преимущественно среди лиц юношеского и молодого возраста. В результате проведенных нами ранее исследований получены сведения о нарушении анатомического строения кожи в зоне татуажа, морфологических изменениях и наличии патологических накоплений гранул пигмента. Однако в литературе отсутствуют сведения о состоянии микробиома кожи в области татуажа, что и обуславливает актуальность данного исследования.

Цель: выявить особенности микробиома кожи в зоне татуировки.

Задачи: 1) определить плотность колонизации биотопа кожи в зоне татуажа; 2) оценить таксономическое разнообразие микробного сообщества кожной микробиоты в зоне татуировки.

Материал и методы. Обследовано 33 человека, у которых осуществлен посев с кожных биотопов в зоне татуировок, группу сравнения составили посевы с 33 аналогичных симметричных биотопов этих же лиц. В контрольную группу были включены 15 человек без тату у которых была изучена микрофлора кожи идентичных топографических областей. Критерии включения в основную группу обследования: возраст старше 18 лет, наличие добровольного информированного согласия, наличие татуировок на теле, отсутствие жалоб

на внешний вид татуировки, сухость, зуд, высыпания. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет, отсутствие татуировок, отсутствие добровольного информированного согласия, наличие местных или общих посттатуажных осложнений. Смывы производили одноразовыми тампонами, смоченными в стерильном физиологическом растворе с площади кожи 1 см<sup>2</sup> с последующим посевом на элективные питательные среды. Далее проводили подсчет и описание выросших колоний, определяли общую микробную обсемененность (ОМО) с последующим пересчетом в колониобразующие единицы (КОЕ/см<sup>2</sup>). Идентификацию чистых культур микроорганизмов проводили по культуральным, морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам. Биохимическую идентификацию штаммов осуществляли с помощью тест-систем («Диагностические системы», г. Н. Новгород). На основании полученных данных оценена структура микробиома кожи у обследуемых лиц и показатель его постоянства (С, %).

Результаты. Установлено, что наибольшая микробная плотность определялась на кожных биотопах в зоне татуировок по сравнению с группой сравнения ( $p < 0,05$ ) и контрольной группой ( $p < 0,01$ ). Оценка общей микробной обсемененности показала, что в подавляющем большинстве случаев у лиц с татуажом на данном кожном биотопе регистрировалась средняя и высокая степень обсемененности микробиоты (52,2% и 43,5% соответственно), только у 1 пациента (4,3%) – низкая степень обсемененности (ОМО 3,9 КОЕ/см<sup>2</sup>). Исследования микропейзажа кожи в зоне татуировок в подавляющем большинстве случаев (98,3%) выявили существенные изменения в ее составе. В группе контроля преобладали доминирующие виды микроорганизмов, колонизирующие кожу при нормоценозе: *Corynebacterium* (С=54,7%), *Vacillus* (С=53,3%), *Staph. epidermidis* (С=55,1%), *Staph. saprophyticus* (С=87,9%), *Micrococcus* (С=91,1%). В образцах, полученных с биотопов кожи лиц группы сравнения, частота встречаемости и видовой состав микроорганизмов не имели достоверных отличий от таковых показателей контрольной группы. В зоне татуажа частота встречаемости и плотность колонизации нормальными симбионтами была минимальной, при этом в качестве доминирующих видов определялись условно-патогенные микроорганизмы (УПМ): *Enterobacteriaceae* (С=83,3%), грибы рода *Candida* (С=58,1%), *Staph. aureus* (С=63,9%). Выявлено, что для плотности колонизации биотопов кожи лиц тату присуще топографическое различие: ОМО варьировала в зависимости от анатомической области и нарастала в ряду: спина, крестец (1,9 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), – плечо, лопатка (2,3 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), – предплечье (3,3 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), – голень (3,5 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), – шея (4,7 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), – кисть (5,2 лг КОЕ/см<sup>2</sup>), ( $p < 0,05$ ). В связи с тем, что зона татуажа не является физиологическим биотопом, микробиом данной области является чрезвычайно нестабильным, подверженным значительным изменениям. Выводы. 1. В зоне татуажа выявлен дисбиоз, характеризующийся высокой плотностью микрофлоры в совокупности с превалированием УПМ. 2. Наличие высокого уровня ОМО зоны татуировки является прогностически неблагоприятным признаком, так как постоянное присутствие УПМ в данной зоне может явиться пусковым моментом в возникновении и развитии гнойно-воспалительных заболеваний в отсроченном периоде после процедуры татуажа.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург*  
Аль Каиси З.Д., Разнатовский К.И.

Физиологический переходный период в жизни женщины пожилого возраста, занимающий период времени между репродуктивной фазой и старостью, имеет различные периоды менопаузы. Особое место среди медицинских аспектов переходного возраста занимают психологические проблемы. Тактика обследования женщин с онихомикозами и климактерическим синдромом предопределяет не только микологические исследования пораженных ногтей, но и изучение у таких пациенток психоэмоционального статуса. Цель исследования: изучение особенностей психоэмоциональной системы у женщин пожилого возраста, больных онихомикозами, в различные периоды менопаузы.

Материалы и методы. В исследование было включено 127 женщин пожилого возраста, больных онихомикозами, в различные периоды менопаузы, обратившихся за медицинской помощью в районные КВД г. Санкт-Петербурга. Все больные были разделены на три группы в зависимости от периода менопаузы. Первую группу составили 32 женщины с онихомикозом в пременопаузе. Их средний возраст составил 50,3±2,2 года. Во вторую группу вошла 41 пациентка с онихомикозом, находящаяся в периоде перименопаузы, со средним возрастом 56,5±1,3 года. В третью группу были включены 54 женщины с онихомикозом в постменопаузе, средний возраст которых составил 67,3±1,6 лет. Для количественной оценки общего рассогласования в системе личности, акцентуаций, психопатических черт характера и уровня невротизации у исследуемых женщин применялся Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП) в модификации психологов института им. В.М.Бехтерева.

Результаты. При изучении функционального состояния центральной нервной системы женщин пожилого возраста с онихомикозами с помощью теста ММРП были выявлены выраженные нервно-психические нарушения. У больных 1-й группы (пременопауза) определялся значимый подъем показателей по шкалам, отражающим наличие тревоги и депрессии, внутреннего дискомфорта, напряжения, тенденцию оценивать окружающих с позиции настороженности. У большинства обследованных больных 2-й группы (перименопауза) подъем по шкалам «невротической триады», а также по шкале тревожной мнительности свидетельствовал о наличии депрессивно-ипохондрических тенденций. Почти у всех больных 3-й группы (постменопауза) отмечен синхронный подъем по шкалам «невротической триады» при снижении показателя устранения тревоги за счет соматизации, демонстративного поведения, склонности к истерическим установкам.

Выводы. У женщин пожилого возраста, больных онихомикозами, в климактерическом периоде стрессовые факторы и перестройка организма на новый тип функционирования могут служить предпосылкой к возникновению внутрилличностных, межличностных и социально-ролевых конфликтов и привести к возникновению расстройств психоэмоциональной сферы и, как следствие, к нарушению функции вегетативной нервной системы, что в свою очередь может стать причиной нарушений периферической микроциркуляции в дистальных отделах конечностей, изменения физиологических свойств ногтей пластинок и с большей возможностью инфицирования.

## ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ АО АОКВД

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», Благовещенск, Амурская область*  
Корнеева Л.С.

Цель исследования: провести статистический анализ заболеваемости псориазом в разных возрастных группах детского возраста в Амурской области в сравнении с показателями Дальневосточного Федерального округа.

Материалы и методы. Формы статистической отчетности Ф-34, Ф-9 и формы федерального статического наблюдения Ф-12. Псориаз – хроническое воспалительное заболевание кожи мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с возможным поражением опорно-двигательного аппарата. Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще всего дебют наблюдается в возрасте от 15 до 25 лет. Псориаз также возникает и у детей, составляя 4% в общей структуре дерматологической патологии у детей в возрасте до 16 лет. В России заболеваемость среди детей и подростков достаточно высока – 76,2 на 100 тысяч соответствующего населения, что составляет порядка 18 000 человек. Псориаз негативно отражается на психологическом статусе ребенка, препятствует его нормальному развитию и психосоциальной адаптации в обществе. В свою очередь ожирение, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет и ревматоидный артрит, нередко сопутствующие детскому псориазу, могут представлять угрозу для здоровья и жизни маленьких пациентов. Не-

смотря на то, что клинические симптомы заболевания проявляются одинаково у лиц разного возраста, детскому псориазу присущи некоторые особенности. Типичные для псориаза эритематозные бляшки, покрытые серебристыми чешуйками, у детей обычно значительно тоньше и меньше, чем у взрослых. При этом псориазические высыпания у детей, в отличие от взрослых, часто образуются на лице и сгибательных поверхностях конечностей, имеют ограниченную площадь распространения на коже и нередко мацерируются. Как у детей, так и у взрослых псориазические высыпания в большинстве случаев локализуются на коже. Тем не менее у детей псориазические папулы и бляшки могут располагаться симметрично на любых участках кожного покрова. При анализе статистических данных за 2018, 2019, 2020 годы в ДФО отмечается медленный рост заболеваемости псориазом у детей до 14 лет в ДФО, в Амурской области в период с 2018 по 2020 гг. сохраняется почти на одинаковом уровне случаев. При анализе случаев заболеваемости псориазом у детей 15–17 лет в 2018, 2019, 2020 гг. наглядно виден более высокий уровень заболеваемости в этой возрастной группе в Дальневосточном федеральном округе, в Амурской области прослеживается тенденция к росту. Вывод. После проведенного анализа статистических данных за три года сохраняется довольно высокий уровень заболеваемости псориазом у детей, особенно в возрасте 15–17 лет, как в ДФО, так и в Амурской области. Тенденция к росту псориаза у детей неуклонно растет, хотя данные за 2020 год немного ниже, возможно, это связано с пандемией новой коронавирусной инфекции в 2020 году.

### ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ УРЕТРИТ, ВЫЗВАННЫЙ NEISSERIA MENINGITIDIS. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии, филиал «Кутузовский», Москва  
Каирова А.Н., Ефрим О.И., Глазунова Е.В., Носелидзе А.Р.

Менингококковая инфекция – острое антропонозное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, возбудитель *Neisseria meningitidis*. Характеризуется локальным поражением слизистой оболочки носоглотки с последующей генерализацией процесса в виде менингококковой септицемии и воспаления мягких мозговых оболочек (менингококкового менингита, эпидемического цереброспинального менингита). Возбудитель менингококковой инфекции – *Neisseria meningitidis* – грамотрицательный неподвижный диплококк, относится к роду *Neisseria*, семейства *Neisseriaceae*. Эта бактерия, известная как менингококк, является представителем условно-патогенной флоры верхних дыхательных путей и при определенных обстоятельствах может стать патогеном. По данным ВОЗ, 10–20% населения считаются бессимптомными носителями *N. meningitidis*. Возбудитель передается только от человека к человеку. Инфекция распространяется воздушно-капельным путем и проникает в организм через слизистую носа, полости рта и ротоглотки. Мельчайшие капли выделений из дыхательных путей, полости рта носителя или больного человека при тесном контакте – поцелуях, чихании, кашле – попадают на слизистую здорового человека. На прием в МНПЦДК, филиал «Кутузовский», обратился пациент, 22 года, с жалобами на выделения из уретры, дизурию, жжение, рези при мочеиспускании. Из анамнеза: пациент указывает на случайный незащищенный половой контакт, в том числе оральный, семь дней назад от момента обращения к врачу с представительницей коммерческого секса. Жалобы появились на 3–4 день после контакта. Головка полового члена отечна, гиперемизована; вокруг наружного отверстия уретры отмечается гиперемия губок уретры, гнойные обильные выделения. Учитывая анамнез, жалобы пациента и клиническую картину, возникло подозрение на гонококковую инфекцию. В рамках обследования взяты анализы: ПЦР на ИППП; общий мазок из отделяемого мочеиспускательного канала, кровь на сифилис, ВИЧ, гепатит. Результат общего мазка из уретры: лейкоциты 30–50–70 в поле зрения; обнаружены внутриклеточные и внеклеточные Гр (-) диплококки, ПЦР (*Neisseria gonorrhoeae*) – возбудитель не обнаружен. Микроскопическое исследование биологического материала служит для оценки выявления грамотрицательных диплококков и оценки степени выраженности воспалительного процесса (определение числа полиморфноядерных лейкоцитов). Метод определяет только морфотип бактерий, типичный для всех представителей рода *Neisseria*. Для подтверждения принадлежности

обнаруженных диплококков к виду *Neisseria gonorrhoeae* проводится молекулярно-биологическое и/или культуральное исследование, что является основанием для верификации диагноза гонококковой инфекции. Учитывая, что диагноз гонококковой инфекции устанавливается по результатам ПЦР и/или культурального исследования, пациенту был произведен повторный забор анализа на *Neisseria gonorrhoeae* методами ПЦР и бактериологического посева. В результатах повторных анализов: ПЦР на *Neisseria gonorrhoeae* отрицательный. В бактериологическом посеве выявлена *Neisseria meningitidis* внутриклеточная и внеклеточная в обильном росте, исследование проведено масс-спектрометром Vitek Ms, достоверность 99,9%. Культуральный метод основан на определении ферментативных свойств возбудителей. По результатам комплексного обследования, анамнеза, клинической картины был установлен диагноз: Острый гнойный уретрит, вызванный *Neisseria meningitidis*. Проведено лечение: раствор Цефтриаксон 1,0 внутримышечно № 1 с последующим контрольным обследованием. На второй день после начала лечения пациент отмечал уменьшение количества выделений, а также полное отсутствие субъективных болезненных ощущений в уретре. После проведенного лечения пациент обратился на прием для сдачи контрольных анализов. По результатам повторного культурального обследования после лечения *Neisseria meningitidis* не обнаружена. Целью тезиса было показать, что в настоящее время, учитывая распространенность различных видов сексуальных контактов, следует большое внимание уделять диагностике гнойных уретритов. По клиническим проявлениям менингококковый уретрит схож с уретральными гонореей, что увеличивает вероятность ошибки при постановке диагноза, не обладая полным спектром лабораторных исследований. Адекватная диагностика и своевременное лечение данного заболевания будут способствовать снижению риска развития осложнений и предотвращению инфицирования половых партнеров.

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский университет», Новосибирск  
Баяндина А.В., Сергеева И.Г., Макеенко О.А., Колерова А.В.

Акне является одним из самых распространенных дерматозов в мире, встречается практически у 85% населения в различных возрастных группах. Несмотря на достижения в области лечения акне, пациенты лечатся самостоятельно или обращаются за помощью не к профильному специалисту-дерматологу. Цель исследования. Оценить влияние предшествующей терапии у пациентов с акне, обратившихся к дерматологу. Материал и методы. Методом простой последовательной выборки в исследование включены 55 пациентов в возрасте от 12 до 34 лет, 27% мужчин (n=15) и 73% женщин (n=40) с проявлениями акне разной степени тяжести, обратившиеся на прием к дерматологу. У всех пациентов с акне оценивали маршрут до обращения к дерматологу и степень тяжести заболевания, с учетом пройденного маршрута. В анамнезе обращали внимание на тех специалистов, к кому чаще всего обращались пациенты, – косметолог, гинеколог и гастроэнтеролог. Провели анализ влияния полученной терапии у данных специалистов. Анализ влияния полученной терапии проводили на основании клинического осмотра с определением степени тяжести акне и оценки данных анамнеза. Степень тяжести оценивали в соответствии с клиническими рекомендациями. Результаты. Установлено, что 24 (44%) пациента предварительно обращались для терапии акне не к дерматологу: из них 17 (35%) пациентов лечили акне у косметолога, 4 (7%) у гастроэнтеролога, 2 (4%) у гинеколога и 1 (2%) у эндокринолога. При этом 54% (n=30) пациентов, имеющих среднюю степень тяжести, первично обращались для терапии акне к дерматологу (n=20) и косметологу (n=9). А пациенты, имеющие тяжелую степень тяжести 24% (n=8), предварительно обращались к косметологу (n=5) и гастроэнтерологу (n=3). С определенной долей вероятности можно полагать, что косметические процедуры и иное лечение у непрофильных специалистов способствовали прогрессированию процесса. Назначенная терапия косметолога, гинеколога и гастроэнтеролога по поводу акне проводилась не по клиническим рекомендациям и не оказала желаемого со стороны пациента результата на течение акне.

Выводы. Маршрут пациентов с акне нередко (в 44% случаев) начинается с посещения косметолога или иных непрофильных специалистов. Пациенты после проведенной терапии у косметолога, гинеколога и гастроэнтеролога обратились к дерматологу, их проблема не была решена, а более долгий путь терапии, начавшийся не с ключевого специалиста, способствовал прогрессированию тяжести акне.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ IGE-НЕЗАВИСИМОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии МИ РУДН; ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», г. Москва Москва

Жукова О.В., Немер Алаа А.М., Терещенко Г.П., Касихина Е.И.

Атопический дерматит (АтД) является распространенным кожным заболеванием, которым страдает почти 20% населения. Дебют АтД у многих детей регистрируют, как правило, в грудном и раннем детском возрасте. Это связано с появлением аллерген-специфических IgE, а также с аутореактивными IgE, функция которых остается неясной. При классическом течении клинические проявления и симптомы АтД развиваются у детей, преимущественно до двухлетнего возраста, а тяжесть заболевания связана с высокими титрами IgE и сенсibilизацией к аллергенам. Тем не менее, в последнее время достаточно наблюдений, демонстрирующих отсутствие факта повышения уровня общего IgE и наличия специфических антител при АтД легкой и средней степени тяжести. Около 20% взрослых пациентов с АтД не имеют повышенных уровней общего IgE и специфических IgE к распространенным аллергенам окружающей среды или пищевым аллергенам. Этот подтип АтД обозначен как «внутренний» («intrinsic», IgE-независимый, аутоиммунный) и в отличие от «внешнего» подтипа («extrinsic»), связанного с аллергеном, преобладает у женщин (около 70–80% больных). Пациенты с аутоиммунным атопическим дерматитом демонстрируют более высокие ответы Th1, чем пациенты с «extrinsic» АтД, что может быть связано с сенсibilизацией к металлам или гаптенам. Данных о распространенности аутореактивных IgE при АтД немного. Наиболее изучена реактивность IgE к антигенам эпителиальных клеток, которая наблюдалась примерно у 40% пациентов с АтД и у 8% обследуемых в контрольной группе. IgE, реагирующие на эпителиальные антигены, могут быть обнаружены у 15% грудных детей с АтД. Постепенная тенденция к росту позволяет регистрировать аутореактивные антитела у 80% пациентов препубертатного и подросткового возраста с умеренными и тяжелыми симптомами АтД. Следовательно, в патогенезе IgE-независимого АтД важное место занимает повреждение эпидермального кожного барьера. Степень его повреждения коррелирует со степенью воспаления и тяжестью течения заболевания. Поврежденный барьер кожи становится входными воротами для микробов, поллютантов и прочих токсических веществ. Также у пациентов с «extrinsic» АтД, обнаруживаются специфические IgE- и Т-клеточные ответы на различные антигены Malassezia. Показано, что некоторые виды Malassezia spp. проявляют сильную гомологию последовательностей с человеческими белками (т. е. Mala s6 с человеческим циклофилином или Mala s11 с марганцевой супероксиддисмутазой (MnSoD) и индуцируют ответы Т-клеток и IgE, которые перекрестно реагируют с аутоантигенами. Пациенты с аутоиммунным АтД также демонстрируют высокую распространенность аутореактивности IgE к различным человеческим пептидам без известной перекрестной реактивности с аллергенами. Реактивность IgE также распространяется на базофилы, тучные клетки, тромбоциты и Т-клетки, что может отражаться на особенностях показателей периферической крови.

Результаты ретроспективного анализа амбулаторных карт филиала Юго-западный «Московского Центра дерматовенерологии и косметологии» в 2019–2020 гг показали, что частота IgE-независимого АтД в детской популяции может составлять около 8%. Соотношение IgE-зависимого и IgE-независимого атопического дерматита при проспективном наблюдении пациентов в 2021–2022 гг составляло 4:1. У 70% детей IgE-независимый АтД

развивался в раннем детском возрасте, как правило, до 2 лет. У более половины пациентов локализация сыпи носила типичный характер. Исследование показало, что для IgE-независимого АтД наследственная отягощенность не является значимым фактором риска по сравнению с IgE-зависимым дерматитом ( $p < 0,05$ ). Искусственное вскармливание явилось одним из значимых факторов риска развития АтД ( $p < 0,001$ ). Важную роль в формировании и течении воспалительного процесса при IgE-независимом атопическом дерматите играет уровень трансэпидермальной потери воды. Регулярное применение эмолентов в лечении и профилактике АтД продемонстрировало высокую эффективность, что проявлялось в сокращении сроков лечения, уменьшении количества рецидивов и значительном улучшении качества жизни пациентов.

## ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ АКНЕ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования, Донецк, ДНР  
Проценко Т.В., Проценко О.А.

Актуальность. Акне являются одним из самых распространенных дерматозов, с длительным многолетним течением и различной степенью выраженности поражений кожи, представляющих не только медицинскую, но и социальную проблему из-за эстетических дефектов лица.

Материал и методы. Приведен анализ собственного, более чем 20-летнего опыта ведения 443 пациентов с розацеа и акне различной степени тяжести в условиях бюджетного учреждения и частного медицинского центра. Результаты. Среди пациентов акне были у 375 (84,7%), в том числе подростковые – у 68, acne tarda – у 96, постакне – у 211; акне-розацеа – у 68 (15,3%). Обращение к косметологу было у 158 (88,3%) пациентов. Алгоритм ведения пациента включал тщательный анализ анамнеза, не только дерматологического, в том числе аллергологического, но и гинекологического и общесоматического; осмотр для верификации диагноза, определения степени тяжести дерматоза и других гиперандрогенных дерматопатий (гирсутного синдрома, андрогенетической алопеции); обследование, в том числе на демодекс с кожи и ресниц, проведение дерматоскопии для оценки текущего состояния кожи. Лабораторно-инструментальное обследование, наряду со стандартным, включало УЗИ органов малого таза на 5–7 день менструального цикла, УЗИ щитовидной железы. Совместно с гинекологами, в зависимости от выявленной патологии (нарушения менструального цикла, эндометриоз, поликистоз яичников, климактерический синдром), дерматологическую топическую терапию сочетали с 6-месячным приемом верошпирона (в сочетании с фолиевой кислотой, циклической витаминотерапией), комбинированными оральными контрацептивами с доказанным эпидермотропным действием. При климактерическом синдроме или в перименопаузальном периоде заместительная гормональная терапия (химио-, гомеопатическими или фитопрепаратами) требовала более длительного приема. В ряде случаев применяли системные ретиноиды в стандартной и низкодозированной методике. Разработан гендерный алгоритм выбора болезнь-модифицирующей терапии акне с учетом коморбидной патологии и этапность косметологической коррекции в зависимости от вида дерматоза, сопутствующей патологии и получаемой терапии, оценки текущего состояния кожи в динамике. Подобный подход позволил достичь не только дерматологического контроля течения дерматоза, но и эстетического результата, сформировать приверженность у пациенток к выполнению рекомендаций специалиста.

Выводы. Пациент-ориентированный подход к ведению акне позволяет на ранних стадиях выявить коморбидную патологию, индивидуализировать выбор болезнь-модифицирующих методов лечения акне, оптимизировать программы косметологической коррекции.

## ПИТИРИАЗ КРАСНЫЙ ВОЛОСЯНОЙ ОТРУБЕВИДНЫЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСТНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Амурская государственная медицинская академия Минздрава России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», Благовещенск, Амурская область  
Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С.

Питириаз красный волосаяной отрубевидный (ПКВО, лишай красный волосаяной отрубевидный, болезнь Девержи) – это воспалительное заболевание кожи, обусловленное нарушением ороговения и проявляющееся фолликулярными гиперкератотическими папулами, шелушащимися бляшками оранжево-красного цвета и ладонно-подошвенным гиперкератозом. Частота встречаемости БД среди дерматозов составляет 0,03–1,3%. Это гетерогенный дерматоз. Включает не только генетически обусловленную аутосомно-доминантную, но и спорадическую (приобретенную) формы. Клинические проявления БД возникают в любом возрасте. Провоцирующими факторами выступают инсоляция, ожоги, травмы, вакцинация, прием лекарственных препаратов, противовирусных средств и др. БД может носить паранеопластический характер. Для системной терапии используются препараты из группы ретиноидов (ацитретин, изотретиноин), антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (циклоспорин, азатиоприн, инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб). Клиническое наблюдение больной С., 56 лет. Больна с 03.01.2023, когда внезапно появилось покраснение кожи лица, туловища, ладоней и стоп. Связывает с окраской волос в конце декабря, ранее на подобную краску отмечала зуд ладоней. Лечилась у дерматолога в г. Тынды с диагнозом: «Аллергический контактный дерматит», получала тиосульфат натрия, тавеги, преднизолон однократно 90 мг, наружно мазь тридерм без эффекта. Обратилась в поликлинику АОКВД, получала амбулаторное лечение, без эффекта. Направлена в стационар для уточнения диагноза и лечения. Объективно: Патологический процесс носит распространенный характер. На коже лица сливные гиперемированные пятна, с умеренной инфильтрацией, небольшим шелушением. На коже ладоней, подошв – сливные красные бляшки с желтовато-морковным оттенком, шелушением, усилен кожный рисунок. На коже груди, живота, спины, плеч, предплечий, бедер красные пятна, папулы от 0,2–0,5 см до 1,0 см, с шелушением, в области груди склонные к слиянию. На коже волосистой части головы гиперемия, крупнопластинчатое шелушение. Клинический, биохимический анализ крови без существенных изменений. Учитывая клиническую картину, проведение клинической дифференциальной диагностики с псориазом, лимфомой кожи был выставлен диагноз: Болезнь Девержи. Учитывая выраженность и распространенность клинических проявлений было назначено: Sol. Natrii thiosulfatis 30% 10,0 + 0,9% 10,0 Sol. Natrii Chloridi в/в струйно № 10 Sol. Reamberini 1,5% 250,0 в/в капельно через 2 дня № 4 Caps. aeviti 1 капс 2 раза в день на лицо: Crem Momethasoni 0,1% утром наружно: Ung. Betamethasoni 2 раза в день, Ung. Salicylici 3% 2 раза в день. Фототерапия: Ультрафиолетовое облучение кожи № 10 – Узкополосный облучатель среднего УФ-диапазона «Dermalight» 1000 с длиной волны 311 нм Фонофорез с ung. Hydrocortisoni 1% на ладони, подошвы № 10. На фоне проведения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в терапии после получения 7 процедуры было отмечено улучшение патологического процесса: гиперемия и шелушение в области туловища, лица уменьшились, отмечены «островки здоровой кожи», папулы в стадии разрешения. Однако сохраняется выраженный ладонно-подошвенный гиперкератоз. Было рекомендовано продолжить проведение УФО с длиной волны 311 нм в амбулаторных условиях, эмолиенты, крахмальные ванны с последующей явкой на прием через месяц после выписки для коррекции лечения. Данный случай показал эффективность применения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в терапии питириаза красного волосаяной отрубевидного.

## ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЮЩИХ ФОРМ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Московский научно – практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталева А.В.,  
Немировская И.Ю., Куркович Е.Ю., Денисова Е.В., Плиева К.Т.,  
Невозинская Э.А.

Локализованная склеродермия представляет собой воспалительное заболевание кожи, характеризующееся чрезмерным отложением коллагена и сосудистыми нарушениями в коже и нижележащих тканях. Большое внимание в развитии заболевания отводится сосудистым нарушениям, фиброзу тканей, иммунным нарушениям, изменениям уровней как Т – и В – лимфоцитов, так и уровней интерлейкинов. Единой классификации данного заболевания не существует. Наиболее часто выделяют следующие клинические формы заболевания: ограниченная склеродермия (к которой относятся бляшечная, каплевидная, узловатая формы и идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини), линейная склеродермия (выделяется линейная склеродермия в области головы (по типу «удар саблей»), линейная склеродермия в области туловища и конечностей и прогрессирующая гемиатрофия лица Парри-Ромберга, генерализованная склеродермия, буллезная склеродермия, глубокая склеродермия, пансклеротическая склеродермия и смешанная склеродермия. В качестве системной терапии при локализованной склеродермии используются раствор бензилпенициллина натриевой соль, раствор депротенинизированного гемодеривата крови телата, раствор азоксимера бовгиалурионидазы 3000 МЕ или раствор гиалуронидазы 64 ЕД. В качестве наружной терапии применялся крем Бетаметазон на высыпные элементы. Однако в последнее время в специальной литературе все больше внимания уделяется лечению склеродермии, особенно ее тяжелых форм, препаратом Метотрексат. Считается, что при склеродермии метотрексат оказывает противовоспалительное и антифиброзное действие, а также влияет на регуляцию экспрессии определенных видов цитокинов. За период с января 2022 по январь 2023 года в филиале Южный обратились 42 больных, страдающих склеродермией. 22 из них получали раствор метотрексата в составе комплексной терапии (совместно с сосудистыми препаратами и антигипоксантами). У двух пациенток отмечалось особо тяжелое течение заболевания. Одной больной был выставлен диагноз: Генерализованная склеродермия и другой – Линейная склеродермия на коже лица и волосистой части головы. При этом у одной из пациенток отмечались противопоказания к применению сосудистых препаратов и антигипоксантов, что привело к необходимости применять раствор Метотрексата в виде монотерапии с положительным эффектом. Хочется подчеркнуть, что применение раствора Метотрексат даже в качестве монотерапии, особенно в случаях тяжелого течения дерматоза, дает хорошие терапевтические результаты.

## ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ СВОЙСТВА ДУДНИКА АМУРСКОГО (ANGELICA AMURENSIS, ARIACEAE).

Московский государственный университет пищевых производств, Медицинский институт непрерывного образования, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва  
Волчек И.А., Теряев А.С., Сафонова Л.А., Мичурина А.П.

Проблема профилактики и лечения боли остается главнейшей для всей медицины. В поисках новых средств лечения многие исследователи обращаются к рецептам традиционной медицины. Дудник Амурский (*Angelica amurensis*, *Ariaceae*) издавна используется во многих рецептах традиционной и восточной медицины.

Целью данной работы явилось оценка противовоспалительного и обезболивающего действия водно-спиртового экстракта и эфирного масла Дудника Амурского. Эфирное масло и водно-спиртовые экстракты плодов готовили в соответствии со стандартными методами, а компоненты эфирного масла идентифицировали методом GC-MS (Gas Chromatography-Mass Spectrometry). Исследования анальгетической активности проводили в соответствии с сов-

ременными требованиями к исследованию фармакологически активных веществ, проявляющих анальгетическую активность, и гуманному обращению с экспериментальными животными. Использовали тесты оценки острой болевой чувствительности и потенциального анальгезирующего эффекта (тест «Горячая пластина»), хемогенной модели острой воспалительной реакции («Формалиновый тест»), специфической болевой реакции методом химического раздражения брюшины (тест «Укусные корчи»). Для оценки противовоспалительного эффекта использовали индуцированный каррагинаном отек лап крыс. При анализе GC-MS основными компонентами масла оказались: гексилбутират (61,3%), октил ацетат (12,8%), гексил-2-метилбутират (8,2%) и гексил изобутират (5,4%). Пероральное или внутривнутрибрюшинное введение эфирного масла *Angelica amurensis* в дозах 10 и 25 мг/кг и водно-спиртового экстракта *Angelica amurensis* в дозах 50 и 75 мг/кг значительно уменьшало спазмы брюшины, вызванные уксусной кислотой. Препараты также значительно ослабляли болевую реакцию во время второй фазы теста с формалином. В тесте с горячей пластиной эфирное масло (5 мг/кг, внутривнутрибрюшинно) и водно-спиртовой экстракт (2,5 мг/кг, внутривнутрибрюшинно) увеличивали латентный период у животных по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ) после 60 минут лечения, что предполагает возможную антиноцицептивную активность, опосредованную центральными механизмами. В тесте с каррагинаном эфирное масло *Angelica amurensis* в дозах 10 и 25 мг/кг и водно-спиртовой экстракт в дозе 25 мг/кг индуцировали значительное уменьшение отека лап. Эти результаты ясно показывают обезболивающее и противовоспалительное действие эфирного масла растения и водно-спиртового экстракта. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения механизма действия и компонентов, ответственных за эти фармакологические эффекты. Полученные результаты открывают потенциальную перспективность использования препаратов Дудника Амурского (*Angelica amurensis*, *Ariaceae*) в общемедицинской, а также дерматологической и косметологической практике.

## ПСОРИАЗ И СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

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

Бурчик К.А., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Симановская Е.Ю.

Внешнее сходство обычного (вульгарного) псориаза и себорейного дерматита иногда создает определенные диагностические трудности. Так, у пациента 10 лет с себорейной кожи головы несколько месяцев назад в верхней части спины и шеи появилась группа папул, покрытых чешуйками. Псориазические феномены сомнительны. При псориазе наследственная детерминированность наблюдается примерно у четверти больных, при этом он может возникать в любом возрасте. Себорейный дерматит чаще встречается в первые недели жизни, со склонностью обостряться в подростковом и юношеском возрасте; при этом генетический фактор также имеет определенное значение. У пациента нет отягощенности по псориазу. При псориазе на эритематозном фоне образующиеся от слияния папул округлые бляшки имеют четкие контуры и выраженную инфильтрацию кожи и наложение серебристых чешуек; зуд редкий. Излюбленная локализация – кожа скальпа, локти, колени, крестец. Себорейные высыпания часто располагаются в заушных складках, на груди и в межлопаточной области. Для псориаза в прогрессирующей стадии характерна изоморфная реакция Кебнера, а при себорейном дерматите она не наблюдается. Клинические проявления при себорейном дерматите улучшаются в летний период. При псориазе примерно в 20% случаев наблюдается поражение ногтевых пластинок разной степени выраженности – синдром наперстка, подногтевой гиперкератоз, другие деструктивные изменения. При обоих заболеваниях могут отмечаться как резистентные, так и хорошо поддающиеся лечению формы. При лечении назначают противовоспалительные, дезинтоксикационные средства, витамины, антиоксиданты и физиотерапевтические методы лечения. Наружно используют гормональные кортикостероиды, содержащие салициловую кислоту, деготь, мочевину в слабых концентрациях. Постановка диагноза и выбор тактики лечения являются прерогативой врача. Родителям же важно своевременно обратить внимание на появившиеся высыпания и обратиться к специалистам-дерматологам. У наблюдаемого нами больного предполагается диагноз себорейного дерматита. Пациент взят под диспансерное наблюдение.

## ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ, ВЫЗВАННЫХ ГРИБАМИ-ДЕРМАТОФИТАМИ TRICHOPHYTON, EPIDERMOPHYTON, MICROSPORIUM

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва  
Носырева К.К., Гуцин А.Е., Негашева Е.С., Полевщикова С.А., Потекаев Н.Н.

Введение. Дерматофиты – одни из самых распространенных в мире возбудителей поверхностных микозов, способные поражать кожу, волосы и ногти. Ключевую роль среди них играют *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*. Рутинная лабораторная диагностика дерматофитий включает микроскопию и микологический посев. Однако указанные методы имеют ряд существенных недостатков, затрудняющих быстрое и точное лабораторное подтверждение диагноза. Микроскопия при относительной простоте имеет сравнительно невысокую чувствительность и ограничена определением морфотипа гриба. Посев, при также недостаточно высокой чувствительности, требует длительных, до нескольких недель, сроков культивирования. В связи с этим быстрая и точная видовая диагностика дерматофитов является актуальной задачей для современной дерматологии. Полимеразная цепная реакция в реальном времени (ПЦР-РВ), обладает высокой специфичностью и чувствительностью, не занимает много времени и, благодаря возможности мультиплексирования, позволяет идентифицировать от одного до нескольких видов микроорганизмов.

Цель. Исследовать эффективность лабораторного выявления грибов-дерматофитов родов *Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum* с использованием метода ПЦР-РВ относительно рутинных методов диагностики – микроскопии и микологического посева, непосредственно из биологического материала. Материалы и методы. Биологический материал (образцы кожи, волос или ногтей) были получены от 258 пациентов, обратившихся в «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» (МНПЦДК). От каждого пациента, в зависимости от характера и локализации очагов поражения, были получены образцы какого-либо вида биоматериала для последующей лабораторной диагностики, которая включала микроскопию, посев и молекулярно-биологическое исследование с использованием разработанного набора реагентов для выявления ДНК грибов. Микроскопия и микологический посев выполнялись согласно установленному протоколу. Молекулярное исследование проводили с помощью набора реагентов «АмплиПрайм Дерматофиты (*Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum*)» (ООО «НекстБио», Россия), в состав которого входили реагенты для экстракции ДНК из образцов кожи, волос, ногтей и реагенты для проведения мультиплексной ПЦР-РВ и выявления ДНК *T. rubrum*, *T. mentagrophytes complex*, *T. tonsurans*, *M. canis*, *E. floccosum*. При расхождении результатов ПЦР с микроскопией и посевом дополнительное проведение секвенирование региона ITS с последующей видовой идентификацией на основе филогенетического анализа фрагментов ДНК.

Результаты. В общей сложности у 258 пациентов с помощью ПЦР-РВ было выявлено 88 случаев дерматофитий, в то время как с помощью посева – 32 случая, а при микроскопии – 26.

В зависимости от типа биоматериала результаты распределились следующим образом. По результатам ПЦР-РВ в исследованных образцах кожи от 154 пациентов (100%) дерматофиты были идентифицированы в 53 (34%) случаях, а с помощью посева и микроскопии – 23 (15%) и 17 (11%) соответственно. При исследовании образцов волос от 62 пациентов (100%) с помощью ПЦР-РВ было выявлено 15 (24%), при посеве – 8 (13%) и при микроскопии – 4 (6%) случая дерматофитий. Наконец, при исследовании 42 (100%) образцов ногтей положительные результаты были получены: ПЦР-РВ для 20 (48%), посев – для 1 (2%) и микроскопия – для 5 (11%) образцов.

По результатам микологического посева и ПЦР-РВ, для образцов кожи и волос наиболее частым обнаруживаемыми видами были *M. canis* и *T. tonsurans*, а для образцов ногтей – *T. rubrum*. Все расхождения культивирования и ПЦР-РВ были подтверждены с помощью секвенирования в пользу ПЦР-РВ.

Обсуждение. По результатам нашего исследования ПЦР-РВ показала значительное увеличение числа и доли обнаружения дерматофитов во всех типах образцов биоматериала по сравнению с посевом или микроскопией.



Все положительные результаты посевов на дерматофиты совпали с результатами ПЦР-РВ. Те образцы, где по результатам ПЦР-РВ концентрация дерматофита составляла менее  $1 \times 10^4$  копий ДНК/мл, были отрицательными для микробиологических методов, что доказывает более высокую чувствительность метода ПЦР-РВ. По сравнению с ПЦР-РВ была отмечена значительная доля отрицательных результатов при исследовании образцов ногтей с помощью посева, что подчеркивает низкую эффективность культурального метода для диагностики онихомикозов. В целом метод ПЦР-РВ решает все проблемы (чувствительность, специфичность, время, воспроизводимость) идентификации дерматофитов, характерных для традиционных методов, и может быть применен как альтернативный вариант диагностики.

## РАЗНООБРАЗИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ: ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва*  
Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Артемьева С.И., Косталева А.В., Михайлова И.А., Байрамова Н.А., Шостак Н.А.

Актуальность. Псориаз является иммуноопосредованным заболеванием. На сегодняшний день не вызывает сомнений высокая частота возникновения коморбидной патологии при псориазе, в связи с чем актуальность приобретают исследования, направленные на выявление общих патогенетических механизмов, разработку различных алгоритмов профилактики, диагностики и терапевтической коррекции псориаза с учетом влияния сопутствующих заболеваний. Исследования указывают на наличие связи псориаза с поражением почек. Можно выделить три основных механизма, опосредующих почечную недостаточность при псориазе: иммуноопосредованное повреждение; хроническое повреждение почек, обусловленное другими ассоциированными коморбидными заболеваниями; лекарственно-индуцированное поражение. Аутоиммунные воспалительные процессы, лежащие в основе патогенеза псориаза, могут вызывать повреждение клубочков и субклиническую/клиническую гломерулярную дисфункцию. Th17-лимфоциты также могут вызывать воспаление в почках, продуцируя медиаторы, поражающие эпителиальные тубулярные клетки, мезангиальные клетки и макрофаги. Кроме того, Th17-иммунный ответ, преобладающий при псориазе, также играет ведущую роль при поражении почек при волчаночном нефрите и анти-БМК гломерулонефрите. Помимо этого почка является органом-мишенью для классических кардио-васкулярных факторов риска, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет (СД), ожирение, дислипидемия и метаболический синдром, частота которых значительно повышена у пациентов с псориазом. Поскольку эти факторы повышают риск развития атеросклероза, такие коморбидные пациенты оказываются предрасположенными к развитию хронической болезни почек (ХБП) и даже терминальной стадии почечной недостаточности. Другой причиной поражения почек могут являться некоторые нефротоксичные препараты для лечения псориаза, такие как метотрексат и циклоспорин. Их применение увеличивает вероятность возникновения патологии со стороны почек. Влияние генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) на сегодняшний день является объектом многочисленных исследований.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости патологии почек у пациентов с псориазом различной степени тяжести с учетом наличия другой коморбидной патологии и влияния получаемой терапии.

Материалы и методы. В выборку исследования вошли 336 пациентов (157 с диагнозом «Псориаз обыкновенный»; 179 – «Псориаз артропатический»), в возрасте от 18 до 73 лет, из них 190 мужчин, 146 женщин, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». 276 пациентов имели средне-тяжелую/тяжелую степень псориаза (PASI, BSA > 10) в анамнезе, 60 имели псориаз легкой степени (PASI, BSA < 10). 60 пациентов с легкой степенью тяжести получили стандартные методы терапии, 21 – терапию препаратом метотрексат, 9 – циклоспорин, 246 пациентов находились под наблюдением в ходе терапии различными группами ГИБП (ингибиторами ИЛ-17А, ИЛ12/23, ИЛ23, ФНО-α). У всех пациентов проанализированы данные о наличии сопутствующей псориазу патологии почек согласно имеющейся медицинской документации.

Результаты. Среди 336 пациентов с псориазом ХБП выявлена у 29 пациентов (8,6%). При этом в группе больных с легкой степенью заболевания почек от-

мечены в 6,67%, со среднетяжелыми и тяжелыми формами – в 9,3% случаев. Примечательно, что в 72% случаев у пациентов, имеющих патологию почек, отмечено наличие сопутствующего СД 2 типа. Анализ группы пациентов, получающих ГИБП, показал, что на фоне лечения не отмечено ни отрицательного, ни положительного влияния на течение заболевания почек по данным наблюдения в течение 1 года терапии.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод о наличии ассоциации псориаза и заболеваний почек. Выявлен повышенный риск развития ХБП у пациентов с тяжелой формой псориаза, помимо этого наличие сопутствующего СД является важным фактором риска ухудшения функции почек. Связь между заболеванием почек и легкой формой псориаза достоверно не прослеживается. С учетом актуальности проблемы изучения коморбидной патологии при псориазе необходимо проведение дальнейших исследований. Однако, согласно полученным данным, при тяжелых формах псориаза необходима регулярная оценка функции почек, ограничение использования нефротоксичных препаратов и своевременное направление на обследование, что должно быть неотъемлемой частью тактики ведения пациентов.

## РАЗРАБОТКА ПРЕДИКТИВНОЙ МОДЕЛИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ «ПРЕКЛИНИЧЕСКОЙ» СТАДИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва*

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Коротаяева Т.В., Артемьева С.И., Михайлова И.А.

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) относится к тяжелым проявлениям псориаза, классифицируется как клиническая форма спондилоартритов и представляет собой прогрессирующее деструктивное воспалительное поражение суставов, ассоциированное с псориазом. Заболевание находится на стыке фундаментальных проблем ревматологии и дерматологии. Поздняя диагностика ПсА ассоциируется с существенным снижением эффективности терапии. В последние годы осуществляется много исследований, направленных на определение вероятности развития ПсА у пациентов с псориазом. В настоящее время дерматологи должны не только своевременно заподозрить ПсА и лечить суставной синдром вместе с ревматологами, но и вовремя модифицировать у наблюдаемых пациентов факторы риска суставной патологии. Раннее выявление факторов повышенного риска манифестации ПсА у больных является важной научно-практической задачей. В ряде исследований показано, что начало лечения с помощью таргетной терапии позволяет предотвратить прогрессирование суставной патологии.

Цель исследования. Определить основные факторы риска, необходимые для разработки предиктивной модели, направленной на выявление «преклинической» стадии ПсА у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. В выборку исследования вошли 32 пациента (в возрасте от 21 до 61 года; 29 мужчин, 3 женщины) с диагнозом «Псориаз обыкновенный» L40.0 средней и тяжелой степени тяжести (BSA > 10%; PASI > 10), находящихся под динамическим наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Все пациенты консультированы врачом-дерматовенерологом, врачом-ревматологом. Пациенты не отвечали общепринятым критериям постановки диагноза «Псориатический артрит» (не отвечали критериям CASPAR). Всем пациентам проведена оценка степени выраженности кожных проявлений на основании индексов (индекс площади и тяжести псориаза – PASI (составил от 16 до 72 баллов – в среднем 38,4 балла), площадь поражения тела – BSA (до 95% – составил в среднем 63%), индекс – PGA (2–4), дерматологический индекс качества жизни – ДИКЖ (составил в среднем 27,3 + 0,29 балла). 32 пациентам проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) кистей (19)/ стоп (13) и илеосакрального сочленения (32). Всем пациентам проведена оценка сопутствующей коморбидной патологии.

Результаты. По результатам исследования выявлены основные ключевые факторы риска прогрессирования псориатического процесса – предикторы

ПСА: у всех пациентов стаж псориаза составил более 5 лет (100% случаев), отмечено наличие псориазической ониходистрофии (100%), тяжелое течение кожного процесса с вовлечением специфической локализации (кожи волосистой части головы, гениталий) (89%). Наличие сопутствующей коморбидной патологии отмечено в 53,1% случаев, помимо этого ожирение выявлено в 40,6%, нарушения липидного обмена в 56,25%, повышенный уровень мочевой кислоты выявлен у 50% пациентов. В 89% случаев выявлены различные изменения по данным МРТ, при этом рентгенографические изменения отмечались лишь у 8,3% пациентов. По данным УЗИ суставов выявленные изменения составили 21,9%.

**Выводы.** Согласно предполагаемой предиктивной модели, направленной на выявление «преклинической» стадии ПСА у пациентов с псориазом, необходимо учитывать длительный стаж псориаза, проявления псориазической ониходистрофии, тяжелое течение с вовлечением специфической локализации (кожи волосистой части головы, гениталий). Необходимо отметить, что характерным является наличие сопутствующей коморбидной патологии, ожирения, нарушений липидного обмена, повышенный уровень мочевой кислоты. Предиктивная модель предполагает наличие у пациентов определенных изменений, выявленных методом МРТ, при этом проявления на рентгенограммах в большинстве случаев не определяются. Вспомогательным методом диагностики является УЗИ суставов. Необходимо проведение дальнейшего анализа и систематизации данных, что позволит разработать дифференциальные схемы своевременного начала эффективной терапии с учетом риска развития суставной патологии у пациентов с псориазом.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018–2020 ГГ.

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

**Корнеева Л.С.**

**Цель исследования:** провести статистический анализ заболеваемости и распространенности локализованной склеродермии в Амурской области в сравнении с показателями Дальневосточного Федерального округа.

**Материалы и методы.** Формы статистической отчетности Ф-34, Ф-9 и формы федерального статического наблюдения Ф-12. Согласно современным представлениям локализованная склеродермия (ЛС) – это аутоиммунное заболевание мультифакториального генеза, в основе которого лежит прогрессирующее поражение соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых нарушений. При локализованной склеродермии наблюдается очаговое и диссеминированное поражение кожи и подлежащих тканей различной степени выраженности. Заболевание характеризуется длительным, хроническим, прогрессирующим течением с периодами обострений и ремиссий. Локализованная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках кожного покрова очагов локального воспаления (эритемы, отека) с последующим формированием в них склероза и/или атрофии кожи и подлежащих тканей.

**Выводы.** Уровень распространенности и заболеваемости локализованной склеродермией в Амурской области среди всего населения, а также среди детей 0–17 лет наиболее высок в 2019 году. Отмечается рост случаев локализованных форм (чаще в виде линейной формы) в группе детей от 0–14 лет. Отмечается тенденция к увеличению случаев среди населения Амурской области всех возрастов, что говорит об актуальности данной проблемы.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ЗУДОМ И СУХОСТЬЮ КОЖИ ВУЛЬВЫ. УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия*

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

**Актуальность:** Зуд и сухость вульвы — неприятные, а порой мучительные ощущения, ассоциированные со многими дерматологическими заболеваниями, включая инфекционные, воспалительные и опухолевые. Склерозирующий лихен (СЛ), занимает наибольшую долю среди доброкачественных дистрофических заболеваний вульвы, сопровождающихся зудом. Заболевание значительно влияет на качество жизни и сексуальную функцию женщин.

**Цель:** Продемонстрировать проблемы ведения пациентки с САЛ вульвы и возможности повышения эффективности терапии.

**Материалы и методы:** Амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических данных, клинических проявлений, эрбиевый лазер, аутогенная тромбоцитарная плазма.

**Результаты.** Пациентка М, 50 лет, считает себя больной 5 лет, когда впервые ощутила зуд в области вульвы. В течение 3 лет наблюдалась у гинеколога, по поводу зуда и сухости получала метилурациловую мазь без положительной динамики, направлена на консультацию к онкологу, проведена биопсия, на основании гистологического исследования установлен диагноз «Крауроз вульвы», назначено лечение топическим эстриолом с незначительным эффектом. В ноябре 2021 г. обратилась в МНПЦДК с жалобами на зуд и высыпания на коже гениталий. St. localis: кожный процесс носит хронический локализованный характер. При осмотре наблюдается атрофия по типу папиросной бумаги, на внутренней поверхности больших половых губ и в области преддверия влагалища бледно-розовые эритематозные очаги около 3 см, резорбция малых половых губ и клитора. На основании клинической картины, заключения гистологического исследования и анамнестических данных был установлен диагноз: «Склероатрофический лихен вульвы». Рекомендована терапия: крем мометазона фураат с гентамицином, клоназолом и декспантенолом 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее крем клобетазола пропионат 0,05% 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом: экстракты трав календулы, красного клевера, шишек хмеля в форме геля, через 40 мин после тГКС 1 р в сутки 10 дней, далее 2–3 р в неделю 3 месяца. С положительной динамикой. В филиале «Юго-Западный» было проведено две процедуры сочетанного лечения эрбиевым лазером с аутогенной тромбоцитарной плазмой с интервалом 1 месяц, после которых зарегистрировано установления устойчивой ремиссии.

**Заключение:** В настоящее время по-прежнему отмечаются сложности с установлением диагноза «Склероатрофический лихен». В большинстве случаев среднее время от появления симптомов до установления диагноза занимает 3–5 лет, в течение которых больные получают некорректное, неэффективное лечение, а симптомы прогрессируют. Междисциплинарное взаимодействие гинекологов и дерматовенерологов, способствует своевременному установлению диагноза, своевременному назначению лечения, профилактике осложнений. Комбинированный способ терапии склероатрофического лишая, заключающийся в применении на очаги поражения наружной терапии в виде тГКС высокой степени активности в сочетании с эмолентами с последующей обработкой эрбиевым лазером и интрадермальным введением аутогенной тромбоцитарной плазмы, оказывает выраженный терапевтический эффект в виде купирования клинических симптомов и удлинения периода ремиссии.

**РЕГРЕСС КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РОЗАЦЕА (РИНОФИМЫ) НА ФОНЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ КОНЧИКА НОСА**

<sup>1</sup> Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>2</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>1,2</sup> Раводин Р.А., <sup>1</sup> Селезнев С.П., <sup>1</sup> Шенберг В.Г.

Розацеа – хронический дерматоз, который проявляется сначала приступообразными покраснениями кожи лица с последующим возникновением стойкой эритемы, телеангиэктазий и папуло-пустулезных высыпаний и в дальнейшем может приводить к неравномерному увеличению отдельных частей лица (чаще всего носа, реже – лба, подбородка, ушных раковин). Гипертрофия носа связана с гиперплазией соединительной и/или железистой ткани и носит название ринофима, сопровождаясь, кроме увеличения его размеров, изменением его анатомической формы. Базальноклеточный рак – самая распространенная злокачественная опухоль кожи с местнодеструктивным ростом, наиболее часто локализуясь на голове, шее и в зоне декольте. Пик заболеваемости розацеа приходится на 35–45 лет, а базальноклеточного рака – на 55 и старше, иногда, как в представленном случае, они могут сочетаться.

Цель: описание клинического случая регресса клинических проявлений розацеа в виде стойкой эритемы и ринофимы на фоне фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи кончика носа.

Материалы и методы. При описании клинического случая использовали данные анамнеза, клинического осмотра, а также результаты цитологического исследования соскоба кожи с поверхности опухоли.

Результаты. Пациент С., 79 лет, обратился с жалобами на новообразование кожи кончика носа. Появление опухоли заметил около 6–8 месяцев назад, за это время новообразование постепенно увеличивалось в размерах и периодически изъязвлялось. Обратился в ГКОБ№ 1, с поверхности опухоли взят соскоб. При цитологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки, картина соответствует базальноклеточному раку. Вместе с тем пациент длительное время страдает розацеа: на фоне стойкой эритемы щек и носа отмечает гипертрофию его тканей – ринофиму. По поводу розацеа к врачам не обращался и лечение не получал.

Локальный статус: нос в 2 раза увеличен в размерах, ярко-красного цвета, его кожа утолщена, содержит расширенные фолликулярные отверстия. Щеки и лоб над переносицей гиперемированы, утолщены, отечны, фолликулярный рисунок подчеркнут. На коже кончика носа определяется новообразование в виде бляшки размерами до 1,8 см в диаметре, округлой формы, темно-красного цвета, на поверхности бляшки – корка черно-бурого цвета. Под коркой – эрозия, которая при снятии корки кровоточит. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Дерматоскопическое исследование новообразования кожи кончика носа: определяются структуры по типу «хризалид», древовидные сосуды среднего и крупного калибра, геморрагическая корка и чешуйки, а также гиперплазированные фолликулярные устья.

Остальной кожный покров и видимые слизистые свободны от высыпаний, придатки кожи не изменены.

С учетом локализации новообразования, возраста пациента и наличия клинических проявлений розацеа (ринофима) онкологическим консилиумом было рекомендовано проведение фотодинамической терапии (ФДТ) в условиях круглосуточного стационара. При госпитализации через 2 часа после системного введения р-ра Фоторана проведена флуоресцентная диагностика и спектроскопия. Уточнены границы опухоли, проведен сеанс лазерного облучения. Суммарная доза дистанционного облучения: WS (доза световой энергии) 100 Дж/см<sup>2</sup>; PS (плотность мощности излучения) 250 мВт/см<sup>2</sup>. Одновременно проведен сеанс лазерной гипертермии опухоли при температуре 43°C (градус Цельсия) продолжительностью 20 минут с PS 6000 мВт/см<sup>2</sup>.

Спустя 6 месяцев пациент приглашен на очередной осмотр для диспансерного наблюдения. При клиническом осмотре определяется значительное уменьшение размеров носа, восстановление его естественной анатомической формы, исчезновение эритемы, отечности. За период наблюдения дополнительное лечение розацеа (ринофимы) не проводилось. На кончике носа определяется рубцовый дефект белесоватого цвета после проведенной ФДТ, с краевым участком рецидива базальноклеточного рака в виде очаговой эритемы до

0,5 см в диаметре, подтвержденного на основании дерматоскопического и цитологического исследований. С учетом результата ФДТ на очаг базальноклеточного рака и положительного эффекта на течение сопутствующего заболевания (ринофимы) онкологическим консилиумом рекомендовано проведение повторной фотодинамической терапии рецидива базальноклеточного рака кожи кончика носа с исходными параметрами.

Выводы. В представленном клиническом наблюдении отмечается эффективность ФДТ в отношении розацеа с регрессом ринофимы и базальноклеточного рака. ФДТ не входит в перечень клинических рекомендаций по лечению розацеа, а в литературе имеются лишь единичные свидетельства о ее эффективности при данном заболевании. Данное наблюдение свидетельствует о необходимости более глубокого изучения эффективности ФДТ при розацеа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ПО АЛЛЕЛИ HLA-CW6 ГЕНА HLA-C**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Федеральное государственное унитарное предприятие «Научно-исследовательский институт гигиены, промфлатологии и экологии человека» Федерального медико-биологического агентства России, Санкт-Петербург

Разнатовский К.И., Аликбаев Т.З., Бельтюков П.П.

Введение. Согласно данным литературы, частота встречаемости аллели HLA-Cw6 гена HLA-C различается в разных популяциях и колеблется у здоровых лиц в диапазоне от 4–16%. В то же время у пациентов с псориазом данная аллель гена HLA-C выявляется от 20 до более чем 50% исследований, в зависимости от обследованной популяции.

Цель исследования. Оценить риск развития псориаза у носителей аллели HLA-Cw6 гена HLA-C.

Материалы и методы. Проведено проспективное одноцентровое когортное сравнительное исследование. В основную группу были включены пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой псориаза (n=53). В качестве контроля использовали данные, доступные на портале Allele\*Frequencies in Worldwide Populations (<http://www.allele-frequencies.net/>) для двух российских популяций, содержащих значительные выборки (более 1000 образцов), и содержащие сведения о количестве гомозиготных и гетерозиготных вариантов. Получение ДНК осуществляли путем экстракции из замороженных образцов цельной периферической крови, полученной при заборе крови в вакутейнеры, содержащие антикоагулянт ЭДТА. В присутствии лизирующего реагента ДНК сорбируется на NucleoSorb сорбенте, а затем отмывается от белков и солей спиртовым раствором. После элюции ДНК с сорбента определяли ее концентрацию с использованием спектрофотометра NanoDrop 2000C, нормализовали и использовали для получения амплификата в результате ПЦР. Выявление аллельного варианта Cw6 осуществляли с использованием метода ПЦР-ПДРФ (полимеразная цепная реакция – полиморфизм длины рестрикционных фрагментов).

Результаты. Гомозиготных носителей варианта HLA-Cw6 среди обследованных пациентов с псориазом оказалось 9,8%, гетерозиготных носителей – 43,14%, лиц с другими вариантами HLA-C – 47,06%. Используя данные о распространенности аллельного варианта HLA-Cw6 в гомозиготном и гетерозиготном вариантах среди здоровых доноров регистра костного мозга (г. Нижний Новгород) в популяции этнических русских, вычислены значения отношения шансов (ОШ) и относительного риска (ОР) по полученным результатам генотипирования пациентов. Значение ОШ составило 5,34 (ДИ: 3,01–9,47; p<0,0001), ОР развития псориаза для носителей аллельных вариантов HLA-Cw6 составил 4,79 (ДИ: 2,83–8,14; p<0,0001). Таким образом, можно утверждать, что выборка пациентов по результатам генотипирования HLA-Cw6 и представленности аллельных вариантов HLA-Cw6 является типичной, а выявленная частота встречаемости варианта, ассоциированного с псориазом, и рассчитанные величины ОШ и ОР соответствуют литературным

данным. Доля гомозиготных носителей HLA-Cw6 среди пациентов превышает соответствующие показатели при сравнении с контрольными популяциями здоровых доноров костного мозга в 7,8 и в 10,5 раза соответственно. Доля гетерозиготных носителей HLA-Cw6 среди пациентов с диагнозом псориаз превышает долю гетерозиготных носителей среди контрольных популяций здоровых доноров в 2,2 и в 2,6 раза соответственно. Рассчитаны значения ОР для гомозиготных носителей HLA-Cw6+/+, который составил 8,05 (ДИ: 7,28–8,82;  $p < 0,0001$ ).

Выводы. Риск развития псориаза у носителей аллеля HLA-Cw6 выше, чем у здоровых доноров. Величина относительного риска составила 4,79 (ДИ: 2,83–8,14;  $p < 0,0001$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ С УЧЕТОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА TNF-А

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии, Ташкент*  
**Арифов С.С., Маликова Н.Н., Бобоев К.Т.**

Акне – полиморфное хроническое, рецидивирующее воспалительное заболевание сальных желез и волосных фолликулов и наблюдается в равной степени часто у лиц как мужского, так и женского пола. До 80% юношей и девушек болеют акне. Лечение акне зависит от степени тяжести заболевания, распространенности процесса и индивидуальных особенностей организма. Цель. Изучить эффективность терапии акне в зависимости от выраженности и распределения частот генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF- $\alpha$  (Фактор некроза опухолей- $\alpha$ ).

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением находились 99 больных с различными клиническими формами акне и 90 – здоровых лиц. Женщин было 46 (46,4%), мужчин – 53 (53,6%). Согласно классификации, предложенной Глобальным альянсом по улучшению результатов акне, больные по степени тяжести течения заболевания были разделены на легкую, среднюю и тяжелую. Тестирование полиморфизма rs1800629 гена TNF- $\alpha$  проводилось на термомикреле «Rotor Gene Q» (Qiagen, Германия), с использованием тест-систем компании «Литех» (Россия) согласно инструкции производителя.

Результаты исследования показали, что генетическими маркерами повышенного риска развития акне у наших больных является гетерозиготный генотип G/A (38,8% против 26,7%;  $\chi^2=5,4$ ;  $p=0,02$ ; OR=1,7; 95%CI:1,08–2,77), тогда как функционально благоприятный гомозиготный генотип G/G является маркером пониженного риска заболевания (60,4% против 73,3%;  $\chi^2=6,5$ ;  $p=0,01$ ; OR=0,5; 95%CI:0,342–0,87). При этом не выявлена достоверная ассоциация неблагоприятного гомозиготного генотипа (A/A) с формированием акне, поскольку генотип A/A был выявлен только в группе пациентов с акне (1,0%), тогда как в группе контроля данный генотип обнаружен не был ( $\chi^2=2,0$ ;  $p=0,2$ ). Больные получили терапию согласно стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии (2019). Результаты терапии показали, что клиническое выздоровление достигнуто у 58 (58,6%), значительное улучшение – 32 (32,3%) и улучшение – у 9 (9,1%) пациентов. Генотип G/G встречался у 56 больных, а G/A – у 43 больных. При анализе эффективности лечения с учетом принадлежности больных к генотипам G/G или G/A установлено, что клиническое выздоровление наступило у 34 (34,3%), значительное улучшение – у 17 (17,2%) и улучшение – у 5 (5,1%) из 99 больных. Аналогичные показатели у больных с гетерозиготным генотипом G/A составили 24,2%, 15,1% и 4,0% соответственно.

Заклучение. Низкая эффективность стандартной терапии отмечается у больных с гетерозиготным генотипом G/A гена TNF- $\alpha$ , по сравнению с генотипом G/G, что позволяет заранее прогнозировать эффективность терапии с учетом генотипа гена.

## РЕЦЕССИВНЫЙ X-СЦЕПЛЕННЫЙ ИХТИОЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ У ЮНОШИ

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

**Симановская Е.Ю., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Терещенко Г.П., Заторская Н.Ф.**

Атопический дерматит – один из самых распространенных дерматозов. Генетически детерминированный рецессивный X-сцепленный ихтиоз наблюдается крайне редко. А ассоциация этих двух заболеваний рассматривается как казуистический случай. Эти болезни сохраняются у больного всю жизнь. Причина их сочетаний у одного больного остается неизвестной, во многом этот процесс обусловлен генетически. Благоприятным в нашем случае являются стертые формы клинических проявлений этих болезней. Для рецессивного X-сцепленного ихтиоза характерно развитие заболеваний у лиц мужского пола. У наблюдаемого больного подобные высыпания отмечены у его родственников по мужской линии: у деда по материнской линии, брата деда по материнской линии, у дяди – брата мамы, двоюродного брата – сына дяди по материнской линии. У них, как и у нашего пациента, высыпания располагаются на коже разгибательной поверхности локтей и коленей в виде гиперкератоза и темных чешуек, кожа конечностей и туловища суховата, с шелушением, чешуйки сероватого и грязно-сероватого цвета, пластинчатые, по типу черепицы или рыбьей чешуи. Ладони и подошвы свободны от высыпаний, субъективных ощущений нет. В пубертатный период на коже головы, лица и шеи патологические изменения ослабевают. Матери пациентов, являясь гетерозиготами, без видимых проявлений. Они являются носителями патологического гена. Атопический дерматит возник в младенческом возрасте, и больной наблюдается у аллерголога. Поражения у него на коже локтевых и подколенных сгибов, в виде очагов гиперемии с четкими границами, с чешуйками сероватого цвета, в очагах небольшая лихенификация. Отягощающим фактором течения дерматоза является ожирение (2-й степени, стрии, панкреатит). Важно проводить коррекцию лечения, питания и образа жизни, консультируясь у педиатра и эндокринолога. В настоящее время больной получает терапию, включающую противовоспалительные препараты, антигистаминные, дезинтоксикационные средства, эмоленды.

## РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ SARS-COV-2

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

**Красникова В.Н., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Максимова М.В., Хамаганова И.В.**

Наряду с хорошо известными дерматозами, являющимися проявлениями новой коронавирусной инфекции, обусловленной SARS-CoV-2, в последнее время наблюдаются поражения кожи, возникающие в период после перенесенной инфекции.

Целью настоящего наблюдения стала оценка клинических проявлений розового лишая у детей, перенесших SARS-CoV-2.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 3 до 14 лет, переболевших SARS-CoV-2 за 2–12 месяцев до настоящего обследования. Все дети находились под клиническим наблюдением в течение 10 недель.

Результаты обследования. Первые проявления розового лишая (возникновение «материнской бляшки») отмечены через 1,5–12 месяцев после перенесенной инфекции, обусловленной SARS-CoV-2. Дальнейшее распространение розо-

ватых высыпаний по типу сморщенной папиросной бумаги было замечено через 7–12 дней после появления «материнской бляшки». Дети отмечали неприятные ощущения по типу стягивания, покалывания кожи, у 7 детей был легкий зуд. Назначение препаратов кальция, антигистаминных препаратов в возрастных дозировках внутрь, топических глюкокортикостероидных препаратов приводило к победению высыпаний, исчезновению субъективных ощущений. Полное клинической выздоровление у всех 17 детей отмечено через 8 недель от начала терапии. Таким образом, розовый лишай у детей может наблюдаться в различных возрастных группах после перенесенной инфекции, обусловленной SARS-CoV-2.

## РОЛЬ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ И ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ

*Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва*  
**Потекаев Н.Н., Демина О.М., Хатаева Д.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н.**

Введение. Одним из наиболее актуальных и распространенных заболеваний кожи является акне (*acne vulgaris*), к основным патогенетическим факторам которого относятся: гиперпродукция себума, процесс воспаления, пролиферация патогномичных микроорганизмов *Cutibacterium acnes* (*S. acnes*) и фолликулярный гиперкератоз. Имеются сведения, что значимыми факторами в развитии акне являются нарушение диеты, а также сопутствующая патология, включая заболевания органов пищеварения.

Цель настоящего исследования: оценка роли алиментарного фактора и сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в течении акне. Материалы и методы. Для решения поставленной цели применялись клинико-анамнестический и лабораторно-инструментальный методы. Под наблюдением находились 53 пациента со среднетяжелой формой акне в возрасте от 17 до 37 лет (медиана – 27 лет), из них 24 мужчины (45,3%) и 29 женщин (54,7%). Результаты. При анализе данных анамнеза, у 28 (52,8%) пациентов была установлена связь алиментарного фактора с обострением течения акне. При детализации пищевого поведения было выявлено, что избыточное употребление следующих продуктов вызывало рецидив акне: сладких продуктов – у 16 (30,2%) больных, молока – у 6 (11,3%), алкоголя – у 6 (11,3%), фастфуда – у 5 (9,4%), жирной пищи – у 5 (9,4%), кофе – 2 (3,8%), яиц – у 1 (1,9%) больной, сыров твердых сортов – у 1 (1,9%) больного. При этом у 8 (15,1%) пациентов отмечена связь с 2 и более видами продуктов. При лабораторно-инструментальном обследовании было установлено, что у 20 (37,7%) пациентов имелась сопутствующая патология органов ЖКТ: хронический гастрит – у 12 (22,6%) больных, хронический гастродуоденит – у 5 (9,4%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – у 5 (9,4%), дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 4 (7,5%), синдром Жильбера – у 2 (3,8%). По данным биохимического анализа крови выявлено: повышение АЛТ – у 5 (9,4%) больных, повышение АСТ – у 6 (11,3%), гипергликемия – у 7 (13,2%), гипербилирубинемия – у 5 (9,4%), гиперхолестеринемия – у 6 (11,3%), повышение липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – у 7 (13,2%), повышение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) – у 3 (5,7%), гиперальбуминемия – у 8 (15,1%), снижение ЛПНП – у 2 (3,8%), снижение ЛПВП – у 6 (11,3%), гипоальбуминемия – у 2 (3,8%). Необходимо подчеркнуть, что у 18 (34%) пациентов установлено изменение 2 и более вышеперечисленных показателей. Выводы. Проведенное исследование показало, что у более половины пациентов с акне выявлено нарушение диеты и наличие патологии ЖКТ с нарушением показателей углеводного и липидного обмена, провоцирующих обострение дерматоза. Таким образом, алиментарный фактор и сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта являются факторами, утяжеляющими течение акне, что следует учитывать при прогнозе и эффективности терапии заболевания.

## РОЛЬ ГЕТЕРОГЕННОСТИ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, «Клиника Данищука», ООО «ДОКТОРПЛАСТИК», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», Москва*

**Демина О.М., Карпова Е.И., Данищук О.И., Козырева М.В., Труфанов Д.И., Мамедов А.Х.**

Новые данные указывают на то, что фибробласты являются морфологически и функционально гетерогенной клеточной популяцией. При этом различные фибробласты демонстрируют различные паттерны экспрессии генов и различные функции. Старение связано с характерными изменениями в структуре дермы, включая истончение кожи и уплотнение дермально-эпидермального соединения. Показано, что процесс старения развивается преимущественно в папиллярной дерме и обусловлен изменением дермальных фибробластов сосочкового слоя. Изменения также отмечаются в других компонентах соединительной ткани, включая крупные кровеносные сосуды. При этом подчеркивается, что скорость деления фибробластов во взрослой дерме существенно замедляется. Эта относительная скудость фибробластов при старении у взрослого человека недостаточна для поддержания структурной целостности внеклеточного матрикса. Кроме того, предполагается, что существуют возрастные изменения в составе подтипов фибробластов в дерме. Фибробласты, полученные из сосочковой дермы, поддерживают формирование нормального стратифицированного эпидермиса более эффективно, чем фибробласты из ретикулярной дермы. Показано, что кератиноциты активируют фибробласты для синтеза ряда цитокинов, включая IL-6 и FGF7. И наоборот, факторы, секретлируемые фибробластами, влияют на рост и дифференцировку кератиноцитов, что указывает на реципрокно-клеточное взаимодействие. Таким образом, гипотеза о том, что различные ткани содержат фибробласты с различными функциональным значением, важна для понимания патологических состояний, характеризующихся избыточным фиброзом, а также при хронологическом старении. Подробная характеристика подтипов фибробластов у человека в сочетании с пониманием дифференциального вклада этих подтипов в заболевание человека может предложить новые стратегии лечения заболеваний.

## СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала*  
**Жукова О.В., Гаджимурадова М.М., Гаджимурадов М.Н., Магомедов М.Г.**

В Республике Дагестан манифестация проявлений врожденного буллёзного эпидермолиза у 97% зафиксирована в первый год жизни, а у остальных в дошкольном возрасте. Близкородственный брак не является доминантным этиопатогенетическим фактором в популяции ВБЭ региона. Так у 46 (54,76%, n = 84) больных простым ВБЭ родители не имеют родственных связей между собой, и у половины пациентов, страдающих дистрофическим типом ВБЭ – 18 (50%, n=36). Изучение родословной больных ВБЭ указывает на высокую частоту генетического дефекта среди населения республики Дагестан, проявляющегося тем или иным фенотипом этого генодерматоза. Мы изучили влияние ряда экзогенных факторов (пестициды, фунгициды, электромагнитное излучение) на состояние кожных покровов и развитие дерматозов. При этом мы наблюдали взрослых особей и их поколение. В каждой серии было по 10 самок и 4 самца.

Материалы и методы. Клинически фиксировалась динамика таких показателей, как средняя масса тела, уход за шерстью, активность, симптомы интоксикации, клиническая

картина кожных покровов. Исследовались серии «Аммиачная селитра», «Демитан», «Титул», «Комбинированная» и «Электромагнитное излучение» в сравнении с контрольной группой.

В течение первых 2 месяцев наблюдения видимых кожных высыпаний у экспериментальных животных не обнаружено. Менялась их активность уже к 15 дню наблюдения с «высокая» стала «средняя». Лишь в группе «электромагнитное излучение» активность упала до уровня «средняя» только к 30 дню, а в «комбинированной» до «низкая». В контрольной группе активность оставалась стабильно «высокая». Таким образом, все изучаемые затравки снижают двигательную активность мышей, а симптомы интоксикации (вялость) отмечается к 30 дню при использовании комбинированной затравки. Однако уход за шерстью во всех группах мышей остаётся на должном уровне – волосы чистые и блестят.

В результате проведённого исследования установлено негативное воздействие экзогенных факторов на изучаемые показатели организма мышей. Так, Демитан, Титул-390 и их комбинация с аммиачной селитрой фактически блокировали процесс размножения, который в 6 раз ниже, нежели в контрольной группе. Комбинированная затравка к 30 дню проявляется лёгкими симптомами интоксикации, выражающиеся в вялости и низкой активности. Во всех сериях прирост средней массы тела в группе ниже, чем в контрольной, либо отмечается его убыль. Это результат негативного влияния изучаемых экологических факторов. В то же время развитие манифестной патологии кожных покровов не отмечено. Однако дерматоскопическое обследование зафиксировало патологические изменения кожи мышей опытных серий.

Фиксировали дерматоскопические изменения кожи подошвы задней конечности, уха, а также волос хвоста и изображение когтей. В подопытных сериях дерматоскопическим методом зафиксированы вторичные морфологические элементы, свидетельствующие о патоморфологических процессах в коже подошвы конечности. Подобные дерматоскопические признаки во всех сериях наблюдались нами и через месяц, лишь в группе «Демитан» изображение отличалось участками линейно-прерывистых петехий, т.е. явления нарушения микроциркуляции в коже ушной раковины. Дерматоскопическое обследование хвоста не выявило каких-либо особенностей волос и кожи, но установило изменения в коже подошвы во всех группах (кроме контрольной) – эрозии, трещины, чешуйки.

## СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖИ

*Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан*  
**Шодиева М.О.**

**Введение.** Система микроциркуляции представляет собой мельчайшую структурно-функциональную единицу системы кровообращения. Изучение микрогемодиализации является актуальной проблемой, так как именно в микрососудистом русле в конечном счете реализуется транспортная функция сердечно-сосудистой системы и обеспечивается трансапикалярный обмен, что создает необходимый для нормальной жизнедеятельности организма тканевой гомеостаз. Нарушения, выявляемые в системе микроциркуляторного русла, являются основными факторами в развитии атрофических рубцовых деформаций кожи, однако вопросы их первичности остаются достаточно обсуждаемыми. Но в любом случае нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле имеют место, а их коррекция может способствовать повышению эффективности терапевтических мероприятий. Состояние микроциркуляции кожи является одной из актуальных задач, решение которой обеспечит существенный прогресс в диагностике и терапии кожных патологий. Методические приемы диагностики нарушений тканевого кровотока во многом еще остаются несовершенными, что существенно затрудняет изучение микроциркуляции в клинических условиях. В последние годы все большее распространение получает метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), который позволяет неинвазивно оценивать не только уровень периферической перфузии, но и выявлять особенности регуляции кровотока на уровне микроциркуляторного русла (МЦР). Обладая высокой чувствительностью к изменениям микрогемодинамической ситуации в сосудистом русле, метод ЛДФ имеет неоспоримое преимущество перед другими методиками

исследования, поскольку позволяет оценивать состояние функциональных механизмов управления микрокровооток.

**Цель исследования.** Изучить особенности микроциркуляции атрофических рубцовых деформаций кожи.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 50 пациентов с атрофическими рубцами кожи в возрасте от 18 до 25 лет. Из общего числа пациентов лица женского пола составили 31 человек, мужского пола – 19 человек. Давность рубцов – от 2 до 6 лет. У 9 пациентов рубцы имели вид «сколотого льда», прямоугольные – 8 пациентов, закругленные – 33. У 32 пациентов причиной атрофических рубцов явились гормональные нарушения, у 18 – акне. Неинвазивное исследование параметров микроциркуляции крови проводили при помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАЗМА ПФ». Сравнительная оценка проводилась по показателям, выявленным на здоровых участках кожи.

**Результат исследования.** На здоровых участках кожи уровень капиллярного кровотока по параметру микроциркуляции (ПМ) составил  $15,06 \pm 0,3$  перф. ед. Среднее квадратичное отклонение колебаний кровотока (СКО) равнялось  $3,12 \pm 0,2$  перф. ед. У больных с гормональными атрофическими рубцами показатель микроциркуляции составил  $21,4 \pm 0,3$  перф. ед. При этом среднее колебание перфузии относительно среднего потока крови (СКО) составило  $1,05 \pm 0,1$  перф. ед. У пациентов с атрофическими рубцами постакне ПМ составил  $18,02 \pm 0,3$  перф. ед., а отклонение колебаний кровотока (СКО) равнялось  $2,12 \pm 0,2$  перф. ед. Наименьший показатель пульсовых волн больных с гормональными атрофическими рубцами составил  $1,2 \pm 0,01$  перф. ед., что значительно отличалось от данного показателя в зоне здоровой кожи ( $1,7 \pm 0,01$ ). У пациентов с рубцами постакне показатель пульсовых волн флуксуций составил  $2,1 \pm 0,01$  перф. ед., что значительно отличалось от данного показателя на здоровых участках кожи ( $1,7 \pm 0,01$  перф. ед.). То есть при формировании гормонально зависимых атрофических рубцов данные механизмы являются первичными, из-за влияния стероидных препаратов на сосудистый компонент с последующим формированием спазма на уровне артериолярного звена микроциркуляции и застойными явлениями на уровне капиллярной сети. В атрофических рубцах постакне нарушения микроциркуляции носят вторичный характер и обусловлены истончением слоев кожи. **Вывод.** Независимо от причины появления атрофических рубцов, помимо обеднения сосудистой сети выявлены изменения спастического характера с явлениями повышенного тонуса (гипертонуса) в приносящих сосудах артериолярного звена микроциркуляторного русла, усилением давления в выходящих сосудах (венулах) и застойными явлениями в базальном кровотоке (капиллярах), что свидетельствует о нарушениях в активных и пассивных механизмах микроциркуляции.

## СЛУЧАЙ СУПЕРИНФЕКЦИИ В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург*

**Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Радченко И.Д., Смирнова О.Н., Лалаева А.М.**

**Суперинфекция, или наслоение инфекции, которое характеризуется появлением последовательных первичных сифилом, обычно с более укороченным инкубационным (10–15 дней) периодом так как у больного еще не сформировался гуморальный иммунитет.**

**Цель работы:** описание случая суперинфекции в первичном периоде сифилиса. **Материалы и методы.** На амбулаторный прием 31 января 2023 обратился пациент 41 года с жалобами на высыпания в области полового члена. Считает себя больным с 3 января 2023 г., когда на головке полового члена заметил покраснение и через 3 дня появление эрозии. В это же время отметил слизисто-гнойные выделения из уретры и болевые ощущения, усиливающиеся при мочеиспускании. Пациент лечился анонимно по поводу свежей гонореи, получал антибиотикотерапию 5 дней (азитромицин, цефиксим). Сифилис был исключен – бледная трепонема не обнаружена, со слов больного. Серологические реакции отрицательные. Больной не женат, имеет беспорядочные половые контакты с незнакомыми партнерами, которые продолжались после

излечения гонореи. В середине января появились новые эрозивные дефекты на головке и стволовой части полового члена, по поводу чего больной обратился в районный КВД, где диагноз сифилиса был исключен, диагностирован генитальный герпес и назначена противовирусная терапия валацикловиrom. Эффекта от проведенного лечения не наблюдалось. Больной обратился за амбулаторной помощью в КДЦ СЗГМУ им. И.И. Мечникова. При осмотре: на головке полового члена располагались 3 очага, покрытые серозно-геморрагическими корками округлой формы без зоны воспаления по периферии и одна поверхностная эрозия в стадии эпителизации – 0,6 на 0,8 см. В области уздечки имелся поверхностный плотный рубец овальных очертаний размерами 0,3 на 0,5 см с ровной поверхностью. На стволовой части полового члена локализовались 5 первичных сифилом размерами от 0,5 до 0,8 см в виде эрозий и поверхностных язв ярко-красного цвета со скудным серозным и серозно-геморрагическим отделяемым, в основании их определялся тонкий, листовидной плотности инфильтрат. Справа и слева в паховых областях пальпировались безболезненные, плотноэластической консистенции, увеличенные до размеров крупной фасоли лимфоузлы. Диагноз сифилиса подтвержден положительными специфическими серологическими реакциями – РПГА и ИФА. Окончательный диагноз: Первичный сифилис половых органов (множественные эрозивные и язвенные твердые шанкры слизистой головки полового члена и стволовой части), регионарный лимфаденит. Суперинфекция. Больной госпитализирован в ГорКВД для стационарного лечения.

Выводы: 1. Проявление суперинфекции в виде последовательных первичных сифилом чаще возникает при повторном заражении в инкубационном периоде или в первые 10–14 дней первичного периода. 2. Для суперинфекции больше характерен инкубационный период в 10–15 дней. 3. Суперинфекция преимущественно встречается у лиц, ведущих беспорядочный образ половой жизни.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ КЕРАТИНИЗАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕВЕРЖИ

Медицинский лечебно-диагностический центр «Аксис», Москва  
Заварина И.В.

Актуальность. Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи до сих пор является мало изученным заболеванием. Единичными являются работы, касающиеся нарушения процесса кератинизации при данной патологии. Цель исследования: сравнительное изучение ультраструктурных изменений тонкого строения эпидермиса у взрослых и пациентов детского возраста, страдающих болезнью Девержи.

Материалы и методы. Проведено электронно-микроскопическое исследование (электронный микроскоп «JEM-110S») биоптатов кожи 3-х взрослых (от 35 до 45 лет) и 3-х пациентов детского возраста (от 5 до 16 лет) с болезнью Девержи. Длительность заболевания у взрослых составляла от 1 месяца до 9 лет, у детей от 2 месяцев до 4 лет. Полученные ультратонкие срезы были обработаны по стандартной методике и контрастированы раствором уранил-свинца и ацетатом свинца.

Результаты и обсуждение. В результате исследования в очагах поражения кожи у детей и взрослых были выявлены значительные ультраструктурные изменения во всех слоях эпидермиса. Во всех биоптатах кожи было выявлено уменьшение площади контакта между эпидермисом и дермой, у взрослых – за счёт сглаживания дермоэпидермальной поверхности в результате уменьшения количества и размеров эпителиальных выростов эпителиоцитов, у детей – за счёт их укорочения. Клетки базального слоя у взрослых имели относительно однородное строение. У детей отмечена разная степень деструктивных изменений, наиболее выраженная в клетках, содержащих в ядрах эухроматин. Нарушения процессов кератинизации начинались с базального слоя и проявлялись количественными и качественными изменениями системы тонофиламентов, десмосом и комплексов тонофиламенты-десмосомы. У детей в меньшей степени, чем у взрослых, было снижено количество тонофибрилл и десмосом, при этом количество последних незначительно увеличивалось в шиповатом слое. Комплексы тонофибриллы-десмосомы в клетках и базального, и шиповатого слоёв у взрослых выявлялись значительно реже, чем у детей. Если у взрослых, при относительно равномерных деструктивных изменениях, внутриклеточный отёк определялся в клетках базального слоя и достигал значительных размеров в зернистом слое,

то у детей он был отмечен только в шиповатом слое. В эпителиоцитах шиповатого слоя у взрослых место тонофибрилл в цитоплазме занимали многочисленные органеллы, которые, в свою очередь, вытеснялись участками лизиса. Нарушения процессов кератинизации достигали максимума в зернистом и роговом слоях как у детей, так и у взрослых, у которых они были выражены в большей степени. У взрослых определялись выраженные качественные нарушения процессов кератинизации, которые проявлялись значительным уменьшением содержания гранул кератогиалина и их выраженными структурными изменениями, проявлявшимися образованием круглых и овальных форм, их распадом на множественные и более мелкие формы, отсутствием комплексов тонофибриллы-гранулы кератогиалина, появлением большого количества липидных капель уже в зернистом слое. У детей нарушения процессов кератинизации были выражены в меньшей степени: представленные в небольшом количестве гранулы кератогиалина имели сглаженные формы, также встречались отростчатые гранулы и редкие комплексы тонофибриллы-гранулы кератогиалина. У взрослых замедление процесса кератинизации было более выраженным, о чём свидетельствовала хорошо заметная переходная зона эпидермиса, образованная 1-3 рядами паракератотических клеток. Переходная зона эпидермиса у детей была образована лишь одним рядом клеток с паракератотическими ядрами и, в отличие от взрослых, более плотной цитоплазмой с нечётко определяемыми органеллами.

Заключение. В результате электронно-микроскопического исследования биоптатов кожи пациентов с болезнью Девержи выявлено нарушение процессов кератинизации, начинающееся с базального слоя и проявляющееся незавершенностью, количественными и качественными изменениями системы тонофиламентов, десмосом и комплексов тонофиламенты – десмосомы, структурными изменениями гранул кератогиалина, уменьшением числа комплексов тонофиламенты – гранулы кератогиалина, наличием переходной зоны эпидермиса. Выявленные нарушения процессов кератинизации были более выраженными у взрослых, что, возможно, объяснялось большей длительностью заболевания и/или особенностями структуры кожи у детей.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Луганский государственный медицинский университет имени  
Святителя Луки, Луганск

Радионова В.Г., Радионов Д.В.

Актуальность. Сосудистые аномалии – группа врожденных патологий сосудов, которые подразделяются на сосудистые опухоли и мальформации. Гемангиома представляет собой эндотелиальную гиперплазию и является наиболее часто встречающейся (до 2%) доброкачественной сосудистой опухолью новорожденных. Чаще страдают девочки, и преимущественной локализацией гемангиом являются голова и шея, однако они нередко локализуются и на других участках кожного покрова. Мальформация – дефект строения сосудов, возникающий в процессе эмбрио- и васкулогенеза в конце 3-й недели развития эмбриона, с локализацией «винных» и других пятен или опухолей чаще в области головы и шеи. Клинически различают гемангиомы: артериальные, развивающиеся из сосудов артериального типа и проявляющиеся в основном на коже лица и слизистых оболочках; артериовенозные, состоящие из извилистых толстостенных и густо расположенных под кожей сосудов артериального и венозного типа; кавернозные, состоящие из расширенных сосудистых полостей, разграниченных перегородками из соединительной ткани; капиллярные, состоящие из мелких сосудов капиллярного типа, окруженных соединительной тканью.

Цель работы. Поделиться собственным опытом с коллегами дерматологами, неонатологами и педиатрами при установлении диагноза сосудистой патологии кожи, возникающей у детей сразу после рождения или в первые месяцы жизни.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось более 200 пациентов с капиллярными гемангиомами в возрасте от 2-3 недель после рождения до 5–7 лет. Диагноз устанавливался на основании внешнего осмотра с обязательным проведением цифровой и портативной дерматоскопии и сонографии, при необходимости назначали УЗИ с доплерометрией. Данная опухоль проходит две фазы своего развития – пролиферативную, длящуюся

около одного года с момента ее манифестации, и инволютивную, характеризующуюся регрессом от 2–3 до 5–7 лет. В пролиферативную фазу родители нуждаются в дополнительной врачебной информации по закономерному увеличению капиллярной гемангиомы до 1–1,5 летнего возраста, и, являясь доброкачественным образованием с определенной тенденцией к спонтанному исчезновению, она не требует оперативного вмешательства, а на какое-то время регламентируется регулярным врачебным наблюдением. Врачебная тактика ведения пациентов заключается в индивидуальном подходе для каждого пациента, в зависимости от состояния опухоли, ее расположения, размеров и возраста ребенка. Однако при установлении диагноза необходимо обращать внимание на то, что гемангиомы могут являться симптомом многих кожно-висцеральных синдромов, и кожные варианты их куда менее опасны, чем такие синдромы как: Казабаха–Мерритта; Гиппеля–Линдау; Бина; Стерджа–Вебера–Краббе; Ослера–Рандю; Вискотта–Олдрича и др. Данные гемангиомы, кроме кожи, могут локализоваться, порой не выявленные, в любых жизненно важных органах.

**Заключение.** Наш более чем 20-летний практический опыт позволяет с уверенностью констатировать факт необходимости динамического врачебного наблюдения, в особенности при капиллярных гемангиомах кожи, полная инволюция у большинства которых (до 70–75 %) наблюдается к 2–4, реже к 5–7 годам жизни ребенка, где полная инволюция отмечена у 90% детей. Неосведомленность некоторых дерматологов, неонатологов и педиатров в вопросах тактики ведения детей с сосудистыми опухолями кожи приводит к гипердиагностике и необоснованным испытаниям для родителей.

## УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

*Бюджетное учреждение «Первая Чебоксарская городская больница им. П.Н. Осипова», Чебоксары*

**Артемьева И.Л., Спиридонова Т.К.**

Разноцветный лишай, также известный как отрубевидный, – часто встречающееся поверхностное грибковое заболевание кожи, относящееся к группе кератомикозов. Возбудителями разноцветного лишая являются диморфные липофильные дрожжи рода *Malassezia* (преимущественно *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*) – представители типичной кожной микрофлоры. Благодаря своей липофильной природе эти грибы способны колонизировать себорейные участки кожи. Кожное сало, представляющее собой сложную смесь липидов, является источником питания этих грибов. Установлено, что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба. Под влиянием предрасполагающих факторов эндогенной и экзогенной природы возбудитель трансформируется из непатогенной формы в патогенную. Кортикостероидная терапия, повышение концентрации кортизола в крови, хронические болезни легких и желудочно-кишечного тракта, вегетососудистые нарушения, иммунодефициты различной природы способствуют возникновению отрубевидного лишая.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня глюкозы крови у пациентов с разноцветным лишаем. Под нашим наблюдением находились 56 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом разноцветный лишай. Пациенты были разделены на две группы: в 1-ю группу (n=45, 80%) вошли пациенты с ограниченной формой заболевания. 2-ю группу составили пациенты с распространенной формой заболевания (n=11, 20%). Изучался показатель уровня глюкозы крови с утра натощак. Оценка результатов производилась в соответствии с нормативным показателем лаборатории – от 4,1 до 5,9 ммоль/л. Результаты исследований показали, что у всех пациентов первой группы уровень глюкозы крови не превышал допустимых значений. Во второй группе лишь у одного пациента уровень гликемии был равен 6 ммоль/л. Таким образом, по данным наших исследований, уровень гликемии у пациентов с разноцветным лишаем в целом не повышен.

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский государственный медицинских университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж*

**Донцова Е.В., Новикова Л.А., Донцов В.Г., Борзунова Л.Н., Погодаева Т.И.**

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

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

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

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

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

## ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

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

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

**Актуальность.** Акне – хроническое мультифакториальное заболевание, в основе которого лежат фолликулярный гиперкератоз, повышенная продукция кожного сала, гиперколонизация *C. acnes* и воспаление. Тяжелые формы акне, по данным литературы, составляют около 20% всех случаев заболевания. За последнее десятилетие отмечается тенденция к увеличению пациентов со средними и тяжелыми формами акне более чем на 5%. Локализация процесса на видимых участках кожного покрова, развитие симптомокомплекса поставке при неадекватном, несвоевременно назначенном лечении или при его отсутствии, может приводить к существенному снижению качества жизни пациентов. Несмотря на достаточно подробно изученный патогенез акне, все чаще встречаются формы, не поддающиеся стандартным схемам терапии и требующие отдельного подхода к лечению, при этом трудности при назначении лечения нередко возникают у пациентов с коморбидными заболеваниями.

**Цель.** Изучить частоту и структуру коморбидной и сопутствующей кожной патологии у пациентов с акне.



Материалы и методы. На базе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ обследовано 32 пациента с акне в возрасте от 18 до 52 лет (медиана – 20 лет, мода – 15 лет), в том числе 21 мужчина (65,6%) и 11 женщин (34,4%). Средняя степень тяжести заболевания была у 18 пациентов, тяжелая – у 10 и крайне тяжелая – у 4 пациентов. Всем пациентам проводилось клиническое и лабораторное обследование, включавшее общетерапевтический профиль, а также, при необходимости, дополнительное обследование у смежных специалистов.

Результаты. На основании результатов обследования коморбидная патология и сопутствующие дерматологические заболевания были выявлены у 14 (43,8%) пациентов. Среди коморбидных состояний преобладала патология эндокринной системы, выявленная у 5 пациентов (15,6%), двое из которых страдали ожирением 1-й степени, у одного наблюдалось нарушение толерантности к углеводам. У 3 обследуемых (9,3%) была выявлена патология желудочно-кишечного тракта (ГЭР, хронический гастрит, дисфункция билиарного тракта, панкреатопатия), в том числе патология печени неясного генеза, которая сопровождалась подъемом уровня печеночных ферментов в 7 раз и потребовала назначения корректирующей терапии гепатопротекторами. Коморбидная патология на момент обследования не требовала экстренного вмешательства смежных специалистов. Пациентам были даны рекомендации по плановой коррекции состояния. Сопутствующая кожная патология была выявлена у 8 пациентов (25%). Чаще всего наблюдалось сочетание акне и псориаза – у 6 пациентов (18,6%), один пациент страдал atopическим дерматитом и один – экземой. При этом у 2 пациентов было отмечено сочетание и коморбидной патологии, и сопутствующей кожной патологии (псориаз, а также неуточненная болезнь печени и экзема). На момент осмотра сопутствующие кожные заболевания потребовали медикаментозной коррекции (антигистаминные препараты, ТГКС, физиотерапевтические методы лечения – УФБ 311), один из пациентов с псориазом получал терапию метотрексатом в дозе 15 мг п/к 1 р/нед.

Заключение. Таким образом, при обследовании пациентов с акне была выявлена высокая частота (43,8%) сопутствующей коморбидной патологии, а также сочетанной кожной патологии. Среди коморбидных заболеваний преобладала патология эндокринной системы, сопутствующая кожная патология была представлена псориазом, atopическим дерматитом и экземой. Сочетание акне с коморбидной патологией и сопутствующими кожными заболеваниями требует дальнейшего изучения, поскольку такое сочетание может, с одной стороны, оказывать влияние на характер клинического течения как акне, так и сопутствующей патологии. С другой стороны, возможно допустить взаимное влияние лекарственных препаратов, назначаемых при лечении акне, на течение сопутствующей, в том числе коморбидной, патологии, что может приводить к количественному или качественному изменению эффектов, вызываемых лекарственными средствами при их одновременном или последовательном применении. Изучение вопросов взаимного влияния акне и сопутствующей коморбидной и сочетанной кожной патологии, а также механизмов взаимодействия назначаемых при этом лекарственных препаратов, позволит разработать адекватные терапевтические схемы с минимальными нежелательными реакциями для пациента, тем самым способствуя повышению приверженности пациентов к лечению и улучшению качества жизни.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы

Новикова Д.Б., Чернова Н.И.

Введение. Склероатрофический лихен (САЛ) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз, характеризующийся потерей эластичности и истончением кожи преимущественно на половых органах. Встречается у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин. Согласно одной из теорий возникновения заболевания,

у пациентов с САЛ наблюдается гормональный дисбаланс, который выражается в снижении продукции эстрогена, что приводит к развитию атрофии кожи аногенитальной области. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) – это симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, приводящий к изменениям в аногенитальной области. В настоящее время существуют трудности в диагностике и ведении пациенток с данной сочетанной патологией. Наблюдение за пациентками с аногенитальным САЛ (АГСАЛ) и ГУМС показывает эффективность лечения данных групп пациентов с использованием комбинации топических глюкокортикостероидов (ТГКС), увлажняющих средств и топических эстрогенов. В то время как последние могут использоваться длительно в качестве поддерживающей терапии, значительно повышая качество жизни у данных пациенток. Цель исследования: оценить эффективность лечения топическими эстрогенами пациенток с САЛ вульвы и ГУМС в сочетании с ТГКС и в качестве монотерапии в период ремиссии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 19 пациенток, находившихся на амбулаторном лечении в «ОСОМП МНПЦДК ДЗМ» за период 2022–2023 гг., в возрасте от 52 до 67 лет, с диагнозом АГСАЛ в сочетании с генитоуринарной атрофией, с давностью заболевания от года до 11 лет. Больным назначался мометазона фураат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом в форме крема 2 раза в сутки – 14 дней, далее клобетазола пропионат 0,05% в форме мази 1–2 раза в сутки – 1 месяц, затем 1 раз в сутки – 1 месяц, далее 2 раза в неделю – 1 месяц. С первого дня терапии рекомендовался гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом в форме геля, через 40 мин после ТГКС 1 р в сутки – 10 дней, далее 2–3 р в неделю – 3 месяца. В качестве топических эстрогенов рекомендовался эстриол 1 мг в форме крема, однократное внутривлагалищное введение ежедневно в течение 2 недель, далее одна доза – 0,5 г крема 2 раза в неделю длительно в качестве поддерживающей терапии при отсутствии противопоказаний к использованию локальной терапии эстриолом (гиперплазия эндометрия, рак молочной железы, эстрогенозависимые опухоли и др.). Оценку эффективности проводимого лечения осуществляли при помощи дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и индекса качества жизни дерматологических больных (Dermatology Life Quality Index, DLQI). Кратность обследования в ходе терапевтических мероприятий включала 3 визита (1 – через 14 дней лечения, 2 – через 1 месяц, 3 – через 2 месяца).

Результаты. Анализ жалоб, объективного осмотра на 1 и 2 визите показал улучшение состояния в области наружных половых органов, купирование зуда, жжения. На контрольном 3 визите после окончания базового курса зуд и жжение отсутствовали, гиперемия, отек, трещины, эрозии разрешились, отмечалось улучшение психоэмоционального состояния и сна. Интенсивность субъективных симптомов до лечения по ВАШ оценивалась как умеренная или тяжелая ( $9,2 \pm 0,88$  и  $8,8 \pm 0,83$  баллов). Оценка степени тяжести клинических проявлений по критериям ДИШС выявила статистически значимую разницу в регрессе гиперемии и отека от резко выраженного до его полного разрешения через 2 месяца применения комплексной терапии. Анализ показателей DLQI до лечения (в среднем  $25,1 \pm 0,28$  балла) выявил значительное влияние заболевания на качество жизни пациенток до лечения, тогда как после комплексного лечения средний балл по показателю DLQI снизился до  $3,2 \pm 0,12$ , что статистически значимо ( $p < 0,01$ ). В качестве поддерживающей терапии всем пациенткам была рекомендована профилактическая поддерживающая терапия с применением ТГКС 2 раза в неделю, эмоленты, топические бактериофаги, локально эстриол 0,5 г – 1 доза 2 раза в неделю длительно.

Обсуждение. Лечение пациенток с САЛ вульвы, осложненным ГУМС, должно быть комплексным и длительным. Лечение ТГКС в сочетании с локальным применением эстрогенов и увлажняющих средств по интермиттирующей схеме до полной отмены ТГКС и ведением пациенток только на топических эстрогенах в сочетании с местными увлажняющими средствами показывает высокую эффективность относительно регресса клинических проявлений, улучшения психоэмоционального состояния, повышения уровня качества жизни данных пациенток.

## ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

### КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ БЕСПИГМЕНТНОЙ И ГИПОПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ

<sup>1</sup> Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы <sup>2</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Раводин Р.А.<sup>1,2</sup>, Макарова В.Н.<sup>1</sup>, Селезнев С.П.<sup>1</sup>

Беспигментная и гипопигментная меланома – редкие разновидности меланомы, при которых коричневый пигмент не вырабатывается или вырабатывается в меньшем количестве. Истинная частота встречаемости неизвестна, предполагают, что они составляет около 8% от всех меланом. Отсутствие пигмента создает трудности с ранней диагностикой, поскольку меланома может мимикрировать под доброкачественные новообразования кожи. Цель: проанализировать клинико-дерматоскопические проявления беспигментных и гипопигментных меланом для поиска симптомов для их ранней диагностики. Материалы и методы. За период с 2021-2022 гг. в ГБУЗ «ГКОБ № 1» выявлен 31 случай беспигментной и гипопигментной меланомы. Среди них 11 (35,5%) мужчин, средний возраст 63 года (диапазон от 44 до 84), а также 20 (64,5%) женщин от 42 до 87 лет, средний возраст 71 год. Результаты. Наиболее часто меланома локализовалась на конечностях (на нижних конечностях – 9 пациентов (29%), преобладала локализация на коже голени; на верхних конечностях (на коже плеч) – 6 пациентов (19,3%), реже встречалась локализация на туловище (область спины) – 11 пациентов (36%); на голове (лицо) – у 5 пациентов (16%). Среди дерматоскопических симптомов у пациентов с меланомой толщиной менее 2 мм по Бреслоу преобладали молочно-розовые области – у 9 пациентов (29%), далее следовали белые линии (по типу хризалид) – у 7 пациентов (22,6%), линейные сосуды – у 3 пациентов (10%), зоны пигментации по периферии опухоли обнаруживались у 3 (10%), точечные сосуды встречались у 2 пациентов (6,5%), полиморфные сосуды – у 2 (6,5%), клубочковые – у 1 (3%), лакуны – у 2 (6,5%). При толщине меланомы более 2 мм преобладали молочно-красные области – у 15 (48%), белые линии (по типу хризалид) – у 9 пациентов (29%), полиморфные сосуды – у 9 (29%), зоны пигментации встречались по периферии опухоли у 6 человек (19%), сосуды в виде клубочков – у 2 пациентов (6,5%), лакуны – у 1 (3%). Среди гистологических типов преобладала узловая форма – у 18 человек (58%), реже встречалась поверхностно-распространяющаяся форма – у 9 человек (29%), десмопластическая форма – у 2 (6,5%), акральная – у 1 (3,3%), по типу лентиги – у 1 (3,3%).

Выводы. В представленном исследовании нами установлено, что наиболее часто беспигментные и гипопигментные меланомы представлены узловыми формами и локализуются на конечностях (на коже голени и плеч), на туловище чаще встречаются на спине. Среди дерматоскопических симптомов преобладают молочно-красные области и белые линии (по типу хризалид), также возможно наличие ободка пигментации по периферии опухоли.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

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

Чернякова О.И., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.

Введение. Актинический кератоз (АК) – самое распространенное фотоиндуцированное предраковое состояние, возникающее в результате хронического воздействия на открытые участки кожи ультрафиолетового излучения, приводящее к локальной атипии кератиноцитов. Распространенность актинического кератоза крайне велика и зависит от уровня естественной инсоляции региона. По данным литературы, в 60% случаев развитию ПКР предшествует АК, и только лишь в 40% плоскоклеточный рак (ПКР) возникает на ранее неизменной коже. Клинически выделяют 3 стадии развития актинического кератоза. Для наблюдения за очагами актинического кератоза в повседневной практике активно используется дерматоскопия. Этот метод является неинвазивным и помогает проводить дифференциальный диагноз образований кожи, не прибегая к гистологическому исследованию. Однако стоит отметить, что провести дифференциальную диагностику АК 3 стадии с ПКР сложно. Пациентам с 3 стадией актинического кератоза необходимо рекомендовать проведение гистологического исследования. Цель исследования: изучить роль дерматоскопии в ранней диагностике плоскоклеточного рака кожи у больных актиническим кератозом.

Материалы и методы. Для анализа использовались сведения из медицинской документации и данные динамического наблюдения 60 пациентов с диагнозом «Актинический кератоз», обратившихся за медицинской помощью в СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер Невского района», ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» в период с 2021 г. по 2023 г. В ходе исследования среди 60 обследованных пациентов было выявлено 20 (33,33%) пациентов с диагнозом АК 3 стадии, 18 (90%) пациентов женского пола, 2 (10%) мужского пола. Среди самых распространенных дерматоскопических признаков выявлялись эрозивные дефекты – у 11 (55%) пациентов, увеличенные фолликулярные отверстия с кератотическими пробками – у 9 (45%) пациентов. Среди 40 (66,667%) пациентов, оставленных под наблюдением, наиболее частым дерматоскопическим признаком выявились «клубничный» паттерн (беложелтые поверхностные чешуйки) – у 30 (75%) пациентов, эритематозная псевдосеть – у 10 (25%) пациентов.

Выводы. При ведении пациентов с актиническим кератозом целесообразно применять дерматоскопический метод диагностики, позволяющий своевременно заподозрить и диагностировать ПКР. Среди обследованных пациентов с выявленным диагнозом ПКР преобладали лица женского пола. Возникающие независимо от травмы эрозии можно отнести к предикторам ПКР.

Инфекции, передаваемые половым путем

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАННИМИ ФОРМАМИ  
СИФИЛИСА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ  
ЗА 2018–2020 ГГ.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», Благовещенск, Амурская область*  
**Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.**

Цель исследования: провести статистический анализ заболеваемости ранними формами сифилиса в Амурской области в сравнении с показателями в Дальневосточном федеральном округе.

Материалы и методы. Формы статистической отчетности Ф-34, Ф-9 и формы федерального статического наблюдения Ф-12. Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением. Чаще всего сифилис регистрируется у людей в возрасте наибольшей сексуальной активности (20–24 и 24–29 лет); далее в нисходящем порядке у лиц 30–39, 15–19 и 40–49 лет.

Результаты и обсуждение. В последние годы наблюдается снижение заболеваемости инфекциями, передаваемым половым путем, по всем нозологическим формам, включая сифилис (на 67,4%). В структуре заболеваемости сифилисом доля ранних форм и врожденного сифилиса уменьшилась в 1,5 раза, в то время как удельный вес нейросифилиса раннего вырос в 4,5 раза. На этом фоне увеличилась доля поздних форм сифилиса, в том числе сифилиса скрытого позднего – в 8,3 раза – и позднего нейросифилиса – в 7,4 раза. К ранним формам сифилиса относят А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, А51.5 Ранний сифилис скрытый, А51.9 Ранний сифилис неуточненный. А51.0 Первичный сифилис половых органов в данном исследовании не учтен. При анализе статистических данных за 2018, 2019, 2020 годы в ДФО отмечается положительная динамика снижения числа случаев раннего сифилиса в ДФО, в Амурской области в период с 2018 по 2020 гг. сохраняется стабильное количество выявляемых случаев раннего сифилиса с незначительной тенденцией к снижению. При анализе динамики случаев раннего сифилиса на 100000 населения в 2018, 2019, 2020 гг. наглядно виден более высокий уровень заболеваемости сифилисом в Амурской области, чем в Дальневосточном федеральном округе, что свидетельствует о наличии неблагоприятной ситуации по данной инфекции в Амурской области.

Вывод. После проведенного анализа статистических данных за три года сохраняется довольно высокий уровень заболеваемости ранними формами сифилиса в Амурской области по сравнению с ДФО, но также отмечается тенденция к снижению заболеваемости ранними формами сифилиса в Дальневосточном федеральном округе.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ ТРУДОВЫХ  
МИГРАНТОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД  
2018–2022 ГГ.**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск*  
**Новиков Ю.А., Медведчиков Е.К., Филиппов С.О., Белов А.И., Смолякова Н.В.**

В Омской области начиная с 1998 года отмечается неуклонное снижение заболеваемости сифилитической инфекцией. Если исключить 2020 год как пик эпидемии COVID-19 и связанных с нею карантинных мероприятий, данная тенденция сохраняется и на протяжении последних пяти лет. Так, в 2022 году по отношению к 2018 году уровень заболеваемости сифилисом снизился на 23,6% (интенсивный показатель в регионе в 2018 году – 18,2, в 2022 го-

ду – 13,9). В Омской области на протяжении последних лет все большую значимость в распространении заболеваемости сифилисом приобретают иностранные граждане. Удельный вес данной социальной группы в общей структуре заболеваемости вырос с 18,8% в 2018 году до 29,5% в 2022 году. Увеличилось и общее количество иностранных граждан, проходящих обследование на сифилис с целью получения гражданства или трудоустройства, на 46,3% – с 14580 в 2018 году до 21328 в 2022 году (исключением, по выше указанным причинам, является 2020 год). Удельный вес больных сифилисом мигрантов на протяжении последних 5 лет повышается, с 18,8% в общей структуре заболеваемости в 2018 году до 29,5% в 2022 году. Значительное доминирование других неуточненных форм (от 80,8% до 86,4%) над ранними (заразными) формами (от 11,0% до 18,8%) является характерным для снижения заболеваемости сифилисом в Омской области, которое мы наблюдаем с 2018 года. В то же время в 2022 году наблюдается незначительный рост количества больных с ранними, заразными, более опасными в эпидемиологическом аспекте формами, удельный вес которых составил 15,3% против 11,0% в 2021 году. Такая тенденция в большей степени выражена среди мигрантов (в 2022 году – 26,0%). Указанные изменения в структуре больных сифилисом подтверждают необходимость лечения больных в условиях круглосуточного или дневного стационара.

**ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ  
ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА**

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8», Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера», Санкт-Петербург*  
**Касаткин Е.В., Лялина Л.В.**

Введение. Современными научными исследованиями установлена значительная роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ) и в развитии рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, анальной области, гортани и ротовой полости, кожи других локализаций. Это послужило основой для разработки и внедрения в практику вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Большинство исследований по распространенности ВПЧ проводятся в основном среди женского контингента. Тем не менее для определения объема профилактических мероприятий представляет интерес вопрос распространенности ВПЧ также и среди мужчин, а также детского и подросткового контингента.

Цель исследования – изучение распространенности онкогенных генотипов ВПЧ в группе детей и подростков – пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией заболеваний.

Материалы и методы. В 2005–2022 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследовано 1908 детей и подростков при обращении с различными целями в СПб ГБУЗ «КВД № 8». Использовали диагностические наборы для ПЦР, разрешенные к применению в России, в установленном порядке (ООО «Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ).

Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры, цервикального канала, выполняемый универсальным уретральным зондом или цитощеткой. Результаты. Среди обследованных 655 (34,3%) мальчиков и 1253 (65,7%) девочек в возрасте от 13 до 19 лет ВПЧ ВКР обнаружены у 295 пациентов, из них 73 мальчиков (24,7%) и 222 девочек (75,3%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила у подростков 18–19 лет 15,1±6,2%, у мальчиков – 13,2±5,2%, у девочек – 16,3±7,1%. В группе 15–17 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ (18,2±8,8%), у мальчиков – 9,2±4,2%, у девочек – 22,1±9,1%. У детей в возрасте до 14 лет онкогенные ВПЧ обнаружены только среди девочек 13–14 лет – в 4,2±6,7%. Все пациенты не были привиты от ПВИ.

Заключение. Инфицированность онкогенными ВПЧ почти в равной степени мальчиков и девочек непривитого контингента свидетельствует о примерно одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников

ПВИ. Тем не менее высокая распространенность ПВИ среди лиц мужского пола явилась основанием для того, чтобы на европейской конференции EuroGIN 2013 было предложено проводить профилактическую работу (просвещение, обследование, вакцинация) не только среди женского, но и среди мужского населения, а на EuroGIN 2018 обсуждалось обоснование вакцинации мальчиков. Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов обоих полов, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Особенно поражает высокая распространенность ПВИ среди пациентов детского и подросткового возраста, что может иметь значительные социальные последствия. Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, в частности проведения вакцинации не только девочек, но и мальчиков. Проведение мер первичной профилактики среди мальчиков очевидно приведет к снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА. ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ С. TRACHOMATIS

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

*Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

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

Актуальность. Инфекция, вызываемая *S. trachomatis*, – наиболее распространенная бактериальная инфекция, передаваемая половым путем, во всем мире. Однако при оценке клинической картины заболевания и назначении терапии нередко не учитывается такой фактор, как величина бактериальной нагрузки возбудителя.

Цель исследования. Изучение величины бактериальной нагрузки у пациентов с неосложненным урогенитальным хламидиозом и ее взаимосвязи с характером течения заболевания.

Объект исследования. 497 пациентов с неосложненным урогенитальным хламидиозом, в том числе 398 мужчин и 99 женщин, находившихся под наблюдением в МНПЦДК в 2021 году.

Материал и методы. Материал исследования – соскобы/отделяемое со слизистой оболочки органов урогенитального тракта пациентов. Метод исследования – ПЦР в реальном времени с определением бактериальной нагрузки *S. trachomatis* (Амплипрайм®-NCMT). Бактериальная нагрузка считалась низкой при концентрации ДНК *S. trachomatis* <104 ГЭ/мл, высокой при >104 ГЭ/мл.

Результаты. Среди пациентов с хламидиозом преобладали лица с низкой бактериальной нагрузкой *S. trachomatis* (62,8%) как среди мужчин (60,3%), так и среди женщин (72,8%). Отмечена достоверная прямая связь между величиной бактериальной нагрузки *S. trachomatis* и наличием клинических признаков заболевания (дизурия, выделения из половых путей и т.д.) в общей группе пациентов ( $\chi^2=28,93$ ; OR=4,97;  $p<0,001$ ) и среди пациентов-мужчин ( $\chi^2=42,39$ ; OR=7,34;  $p<0,001$ ). Среди женщин подобной зависимости выявлено не было, что могло быть обусловлено малым объемом выборки пациентов-женщин либо высокой частотой бессимптомно протекающей инфекции.

Заключение. Величина бактериальной нагрузки *S. trachomatis* в урогенитальном тракте пациентов может влиять на характер клинического течения хламидиоза среди пациентов-мужчин. При этом женщины как с низкой, так и, в особенности, с высокой бактериальной нагрузкой возбудителя и бессимптомным течением заболевания являются резервуаром инфекции, способствуя ее распространению. Определение величины бактериальной нагрузки *S. trachomatis* должно учитываться как в оценке клинической картины заболевания, так и при назначении этиотропной терапии.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН. МОСКВА, 2021-2022 ГГ.

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

**Кисина В.И., Фриго Н.В., Мусакова М.В., Гуцин А.Е., Полевщикова С.А., Хачатурян А.Ю.**

Цель работы: оценить частоту экстрагенитальных форм ИППП у женщин в дерматовенерологических учреждениях московского региона. Материалы и методы: в период 2021-2022 гг. в 3-х филиалах МНПЦДК ДЗМ проведено обследование на ИППП 203 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, из которых 78 (38,4 %) имели субъективные симптомы урогенитальных заболеваний; 101 (49,8 %) обратились для профилактического обследования; 8 (3,9 %) – как половые партнерши пациентов с ИППП; 3 (1,5 %) – при планировании беременности; 10 (4,9 %) и 3 (1,5 %) – по направлению, соответственно, гинеколога и уролога. Получение биологического материала, осуществлялось одновременно с урогенитальных и экстрагенитальных локусов (ротоглотка, аноректальная область, конъюнктивы глаз) одноразовыми инструментами в отдельных пробирки. Для идентификации *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* и *T. vaginalis* применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени с использованием набора реагентов АмплиПрайм NCMT (РУ №РЗН 2015/3168 от 13.10.15, ООО «НекстБио», Москва, Россия). Для идентификации ВПЧ применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для качественного и количественного определения ВПЧ высокого канцерогенного риска АмплиПрайм ВПЧ ВКР 14, для выявления ВПГ- применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для качественного и количественного определения ДНК ВПГ 1 и 2 типа АмплиПрайм HSV I/HSV II. Результаты: из 203 женщин бактериальные ИППП (*S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*) диагностированы у 31 (15,3 %), вирусные ИППП – у 23 (11,3 %): аногенитальные бородавки – у 18 (8,8 %), генитальный герпес – у 5 (2,5 %). Только из урогенитальных локусов были выявлены бактериальные ИППП у 21 (10,3 %) из 203 женщин: *S. trachomatis* – у 10, *N. gonorrhoeae* – у 6, *M. genitalium* – у 4, сочетание *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* – у 1 пациентки. У 12 из 18 пациенток с аногенитальными бородавками идентифицирован вирус папилломы человека (ВПЧ), при этом у 6 из 12 (2,9% из 203 женщин) – ВПЧ 16 типа. У 3 из 5 женщин с генитальным герпесом выделен вирус простого герпеса (ВПГ): у 2 – 1 типа, у 1 – 2 типа. Только из экстрагенитальных локусов (прямая кишка, ротоглотка) бактериальные ИППП выявлены у 7 (3,4 %) из 203 женщин: *S. trachomatis* в ротоглотке – у 1, *S. trachomatis* в аноректальной области – у 3, *N. gonorrhoeae* в аноректальной области – у 2, *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* в аноректальной области и ротоглотке – у 1 пациентки. Одновременно из урогенитальных и экстрагенитальных локусов бактериальные ИППП выявлены у 4 из 203 обследованных женщин (2 %), т.е. у 7,4 % из всех 54 пациенток с бактериальными и вирусными ИППП или у 12,9 % пациенток из 31 женщины с бактериальными ИППП, при этом в ротоглотке и урогенитальной области у 2 из 4 пациенток выявлены *S. trachomatis* и у 2 – *N. gonorrhoeae*. Таким образом, суммарно в экстрагенитальных локусах (изолированно или в сочетании с урогенитальными) бактериальные ИППП обнаружены у 11 (20,4 %) из всех 54 пациенток с ИППП, или у 35,5 % из 31 пациентки с бактериальными ИППП. Выводы: установлено, что частота выявления бактериальных ИППП только из урогенитальных локусов (уретра, цервикальный канал) среди общего числа женщин с выявленными ИППП составила 62,5 %, вирусных ИППП – 42,6 % пациенток. Из урогенитальных локусов, выделены: *S. trachomatis* – у 45 %, *N. gonorrhoeae* – у 35 %, *Mycoplasma genitalium* – у 20 % пациенток; среди вирусных возбудителей преобладал ВПЧ (52,2 %), в том числе ВПЧ 16 типа (50 % от числа женщин с ВПЧ). В экстрагенитальных локусах изолированно или в сочетании с урогенитальными локусами бактериальные ИППП обнаружены у 35,5 % от всех пациенток с бактериальными ИППП. При этом частота выделения *S. trachomatis* (90,9 %) оказалась несколько выше, чем *N. gonorrhoeae* (72,7 %). По суммарным данным ротоглотка и прямая кишка поражаются возбудителями бактериальных ИППП (*S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*) с одинаковой частотой (63,6 %). Полученные данные, свидетельствующие о высокой частоте экстрагенитальных форм ИППП у женщин, обуславливают необходимость расширенного тестирования на ИППП женщин, включая получение биологического материала как из урогенитальных, так и из экстрагенитальных локусов с целью достоверного выявления ИППП, предотвращения рецидивов и реинфекций у женщин и инфицирования половых партнеров.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТОВ  
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРВТ***Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург*Теличко С.И., Смирнова И.О., Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С.,  
Дудко В.Ю., Теличко И.Н.

Специалисты по всему миру активно обсуждают подходы к терапии сифилиса у пациентов с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Считают, что лечение сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией должно проводится так же, как и пациентов без ВИЧ-инфекции, а его высокую эффективность объясняют в том числе широким применением для лечения и контроля ВИЧ-инфекции антиретровирусной терапии (АРВТ). Однако некоторые исследователи полагают, что ВИЧ-инфицированные больные нуждаются в «большем времени» для достижения критериев адекватного серологического ответа. Препаратами выбора для лечения сифилиса во всем мире остаются антибиотики пенициллинового ряда, но в последнее время стали чаще применяться антибиотики резерва, такие как цефтриаксон и ампициллин. Эффективность этих препаратов активно изучается. Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности терапии сифилиса различными антибактериальными препаратами у пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 61 пациент с ранними формами сифилиса при сочетании с ВИЧ-инфекцией (25 – вторичный сифилис кожи и слизистых, 14 – ранний скрытый сифилис, 18 – ранний нейросифилис). Все пациенты проходили лечение в стационаре СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» в 2018–2020 гг. Все пациенты были разделены на три группы (20 пациентов, получавших пенициллин, 22 пациента – цефтриаксон, 19 – ампициллин). Все отобранные пациенты получали антиретровирусную терапию (АРВТ) и находились на клинико-серологическом контроле по месту жительства. Критериями эффективности терапии считали: 1. Полноценность проведенного курса терапии 2. Разрешение клинических симптомов сифилиса 3. Негативацию МРП с сывороткой или снижение титра антител в 4 и более раз (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии. 4. При нейросифилисе – нормализация плеоцитоза в течение 6 месяцев, нормализация уровня белка в течение 2 лет, негативация нетрепонемных антител в течение 6–12 месяцев, по результатам исследования СМЖ. В ходе анализа данных клинико-серологического контроля, а также ликвороконтроля, была определена эффективность терапии разными антибактериальными препаратами.

Результаты. Клинические проявления сифилиса разрешились у всех пациентов. В группе пациентов, получающих лечение препаратами пенициллина, серонегативация через год наблюдалась у 95% пациентов, нормализация состава ликвора у 100% пациентов (терапия эффективна у 95% пациентов). В группе пациентов, получавших цефтриаксон, серонегативация через год наблюдалась у 81,8% пациентов, нормализация состава ликвора у 71,4% пациентов (терапия эффективна у 77,3% пациентов). В группе пациентов, получавших ампициллин, серонегативация через год наблюдалась у 89,5% пациентов, нормализация состава ликвора у 83,3% (терапия эффективна у 89,5% пациентов). Таким образом, эффективность терапии пенициллином составила 95%, цефтриаксоном 77,3% и ампициллином 89,5% ( $\chi^2=3,051$ ,  $p=0,220$ ).

Выводы. Высокая эффективность лечения антибактериальными препаратами резерва (цефтриаксон, ампициллин) позволяет успешно использовать их в лечении различных форм сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

**ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ  
АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИЕЙ***Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент*  
Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

Цель работы – изучение некоторых показателей иммунного статуса и оценка эффективности комбинированного лечения аногенитальных бородавок (АБ) с использованием Nd:YAG-лазерного фототермолизиса.

Материалы и методы исследования. У пациентов с АБ на фоне папилломавирусной инфекции (ПВИ) изучали состояние иммунной системы (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16, интерфероны. Цитокины в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) (тест-системы АО «Вектор-Бест», Россия). Биоптаты АБ были взяты с очагов, расположенных в генитальной и перианальной областях, и были подвергнуты световой микроскопии. Перед выполнением исследования у всех пациентов исключены другие инфекции, передаваемые половым путем. Пациенты I-й группы (40) получали стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир), местно мазь (3% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин), а II-й группы (40) – ректальные суппозитории (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис АБ с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2 до 4 процедур с интервалом 7 дней и местно мазь (3% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин 2 раза в день в течение 30 дней).

Результаты и обсуждение. Исходно у больных наблюдали достоверное снижение относительного количества CD3-клеток и CD4-клеток по отношению к данным здоровых лиц ( $p<0,001$ ). Напротив, относительное содержание CD8-клеток было достоверно увеличено ( $p<0,05$ ). Также отмечено достоверное снижение концентрации как интерферона- $\alpha$  ( $p<0,001$ ), так и интерферона- $\gamma$  ( $p<0,001$ ) по сравнению с данными группы контроля (норма) и в среднем они равнялись  $37,9\pm 0,7$  и  $16,5\pm 0,3$  пг/мл соответственно при  $44,2\pm 1,8$  и  $21,2\pm 0,7$  пг/мл в норме. Это показало нарушение цитокинового статуса сыворотки крови при АБ, выражающееся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$  (фактора некроза опухоли- $\alpha$ ) и снижением концентрации интерферона- $\alpha$  (ИНФ- $\alpha$ ) и ИНФ- $\gamma$ . Анализ нарушений иммунологических показателей у больных с АБ показал, что иммунная система играет значительную роль в возникновении и развитии патологического процесса. В связи с этим при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета и цитокинового статуса. Важнейшей причиной клинической манифестации ПВИ и ее рецидивов являются нарушения в иммунной системе. После заражения вирус влияет на пролиферацию клеток, усиливая ее (продуктивная стадия). Время от момента инфицирования до появления клинических проявлений может варьировать и зависит от вирусной нагрузки – титра инфекционных частиц. Низкий титр, как правило, приводит к формированию латентной инфекции (носителю). Развитие злокачественного процесса происходит из-за нарушения внутриклеточных механизмов и определяет необходимость изучения ключевых этапов развития канцерогенеза. При этом изменения интерфероновоего статуса характеризовались снижением способности к продукции  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -интерферонов. У больных с АБ основной группы эпителизация ран на слизистых оболочках в среднем завершалась за  $6,9\pm 0,2$  дня, а в группе больных, получавших традиционную терапию, – за  $10,1\pm 0,2$  дня. У больных данной группы после традиционной терапии эпителизация ран на коже прекращались на  $12,9\pm 0,2$  день лечения. А у больных, леченных комплексно, – через  $8,8\pm 0,1$  дня после лечения. Комплексное лечение больных ПВИ ускоряло элиминацию ПВИ из покровных тканей гениталий, что проявлялось отсутствием рецидива ОК. Оптимальный подход к лечению ВПИ должен быть основан на принципах современного здравоохранения: в переходе от традиционной клинической к персонализированной диагностике и лечению ВПЧ-ассоциированных заболеваний с учетом индивидуальных показателей пациента, в том числе биомаркеров вирусной молекулярной природы; выборе тактики лечения с учетом индивидуальных показателей больных.

Выводы. Примененный комплексный метод лечения больных с АБ, заключающийся в использовании ректальных суппозиторий (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис АБ с применением импульсного Nd:YAG-лазера, а также местно мазь (3% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин) 2 раза в день в течение 30 дней.

тетрагидронафталин), оказывает положительный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, способствует восстановлению выявленных нарушений в системе иммунитета.

## СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА, ИМИТИРУЮЩЕГО МНОГОФОРМНУЮ ЭКССУДАТИВНУЮ ЭРИТЕМУ

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, филиал «Тимирязевский», Москва

Бохнович Д.В., Назарова Г.П., Горелова Е.А., Глоба Е.И., Четокина Л.В., Сурмило Р.Г.

Вторичный сифилис соответствует гематогенной диссеминации трепонемы паллидум и начинается с 6 недели после заражения. Клинические манифестации могут затрагивать кожу и слизистые оболочки, а также поражать нервную систему, органы зрения и слуха, внутренние органы. Кожные проявления могут быть самыми разнообразными: розеолезными, папулезными, пустулезными, везикулезными, поражая абсолютно все участки кожного покрова и слизистых оболочек. Для высыпаний вторичного периода характерен истинный и ложный полиморфизм. Пятнистый сифилид или сифилитическая розеола наблюдается у 75–80% пациентов с манифестным типом течения заболевания. Папулезный сифилид, образованный за счет формирования клеточного инфильтрата в верхних отделах дермы, в зависимости от размера и характера поверхности может быть милиарным, лентикулярным, монето-видным, псориазиформенным и себорейным. Также выделяют папулезный сифилид ладоней и подошв. Течение процесса доброкачественное, рубцевых дефектов после разрешения не остается. В отличие от розеолезного сифилида папулезные высыпания немногочисленны, чаще сгруппированы, характерны для так называемого рецидивного сифилиса. Дифференциальный диагноз при папулезном сифилиде чаще всего проводят с такими заболеваниями, как обыкновенный псориаз, красный плоский лишай, каплевидный параспориоз, остроконечные кондиломы.

Пациент П. 35 лет, житель Москвы, обратился в филиал «Тимирязевский» к дерматологу в июне 2022 года по поводу высыпаний на коже туловища. При осмотре на коже туловища в межлопаточной области, боковых поверхностях живота, боковых поверхностях пальцев кистей, половых органов, межъягодичной области, подошв визуализировались кольцевидные папулы и бляшки бордово-синюшного цвета с западением в центре, диаметром от 0,8 см до 2,0 см, округлой формы, с валикообразным контуром. При осмотре слизистой оболочки ротовой полости – гиперемия небных дужек. В межъягодичной области эрозированные папулы. При пальпации определялись плотно-эластические, безболезненные лимфоузлы размером 1,5 x 1,5 см. При сборе анамнеза выяснено, что мужчина не женат, имеет случайные половые связи с разными партнерами, без средств защиты, последний половой контакт около 6 месяцев назад. Появление высыпаний заметил в течение 1 месяца. При обследовании от 03.06.2022: РМР 4+1:256, РПГА 4+1:20480, ИФА Ig M отр, ИФА Ig G положительный КП 9,3, ИФА сумм АТ КП 14,9; РИФ 200 4+, РИФ авс 4+, РИБТ 64%. ИФА на ВИЧ и HBS Ag от 03.06.2022 отрицательный, антитела к антигену HCV обнаружены (наблюдается у инфекциониста по поводу вирусного гепатита С). Особенностью данной клинической картины была схожесть высыпаний при визуальном осмотре с проявлениями многоформной экссудативной эритемы – цвет, кольцевидная, «мишеневидная» форма элементов, расположение «колец» на коже боковых поверхностях пальцев кистей, синюшный оттенок высыпаний. Отличным был лишь инфильтративный тип воспаления, в отличие от экссудативного при эритеме. Пациенту был поставлен диагноз: Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек (папулы туловища, ладоней и подошв, эрозивный сифилид гениталий и перинальной области, полиаденит) А51.3 от 07.06.2022. Проведено специфическое лечение раствором цефтриаксона 1,0 в/м №20, после первой инъекции наблюдалась реакция Яриша-Герксгеймера. При контрольном обследовании после лечения от 21.07.2022: РМР 4+1:64, РПГА 4+, ИФА Ig M отр, ИФА Ig G положительный КП 8,7, ИФА сумм АТ КП 17,5. Далее на следующий КСК пациент не явился. В декабре 2022 года при самостоятельном визите к дерматовенерологу на КСК при осмотре отмечалась распространенная розеолезная сыпь на коже туловища, папулы ладоней и подошв, папулы гениталий, полиаденит. При серологическом обследовании от 22.12.2022: РМР 4+1:512, РПГА 4+1:10240,

ИФА Ig M 5,6, ИФА Ig G положительный КП 8,6, ИФА сумм АТ КП 16,8. Антитела к ВИЧ не найдены от 23.12.2022. Учитывая резкое повышение титров серологических тестов, клинические проявления, указание на незащищенные половые связи в течение полугода был установлен диагноз: Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек (розеола туловища, папулы ладоней и подошв, полиаденит) А51.3 от 22.12.2022. Реинфекция. Повторно пролечен в условиях суточного стационара филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». Переведен на КСК. Данный клинический случай представляет интерес тем, что подчеркивает необходимость обязательного обследования на сифилис всех пациентов с дерматологической патологией.

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИФИЛИСОМ

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

Пирятинская А.Б., Агабаева Ж.А., Козминский Е.Б., Смирнова Н.В., Петунова Я.Г.

Введение. Клинические проявления позднего сифилиса на современном этапе чаще всего представлены поражением нервной (62%) и сердечно-сосудистой систем (35,5%). Кардиоваскулярный сифилис – это специфическое поражение аорты, коронарных артерий, миокарда, возникающее вследствие развития инфекционно-аллергического процесса на любой стадии сифилиса. Клиническая симптоматика может развиваться через 5–10 лет, а иногда намного позднее заражения, основными причинами являются неадекватность лечения в начальных стадиях, пониженная сопротивляемость организма, наличие травм и очагов хронической инфекции, тяжелые сопутствующие заболевания, алкоголизм и другие факторы.

Целью работы явилось изучение особенностей диагностики и ведения пациентов с сифилисом сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования. Для диагностики сифилиса были использованы серологические специфические тесты (РПМ, ИФА с определением коэффициента позитивности и титров IgG и IgM, РПГА, РИФаБс, РИФ200 и РИФц – в сыворотке крови и ликворе), инструментальный метод – ЭХО-кардиография.

Результаты. В исследуемую группу вошли 394 пациента, поступивших в 2022 году в венерологическое отделение, с диагнозом поздний скрытый сифилис – 220 (55,8%) и с диагнозом серорезистентный сифилис – 174 пациента (44,2%). Пациенты были в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 30–45 лет, из них 244 пациента мужского пола (62%) и 150 женского (38%). Пациентам было проведено обследование, включающее люмбальную диагностическую пункцию, осмотр офтальмолога, невролога, оториноларинголога и терапевта, по назначению терапевта – ЭХО-кардиография. По результатам обследования 28 пациентам (7,1%) был установлен диагноз поздний сифилис сердечно-сосудистой системы (специфический аортит 1–3 ст). Представляем типичный клинический случай: Пациент К., 72 года, поступил в плановом порядке по направлению КВД № 5 с диагнозом – серорезистентность. В 2016 году прошел 2 этапа специфической терапии новокаиновой солью бензилпенициллина с подготовительным этапом (согласно клиническим рекомендациям 2015 года). Состоял на клинико-серологическом контроле в КВД по месту жительства. В 2017 году перенес оперативное вмешательство по поводу замены аортального клапана. Дообследован в Городском центре дерматологии и венерологии. При серологическом исследовании сыворотки крови от 05.12.22: РМР – 4+ (1/4), ИФА IgM – отр.; ИФА IgG к/п – 1,80 титр 1/10. РПГА 3+, рекомендован дополнительный курс лечения в условиях венерологического стационара и выполнение ЭХО-кардиографии. Заключение ЭХО-кардиографии: Левые камеры сердца увеличены. Миокард утолщен. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. Глобальная сократимость снижена (ФВ 50%). Локальные нарушения сократимости: гипокинез перегородочных, нижних сегментов. Нарушение диастолической функции по типу замедления релаксации. Аорта не расширена. Стенки уплотнены. Правое предсердие увеличено. Правый желудочек не расширен (тенденция к расширению). Протез аортального клапана, кровотоки ускорены, регургитация 1–2 ст. Створки митрального клапана уплотнены, кровотоки не ускорены, регургитация 2 ст., трикуспидальные створки

уплотнены. Пульмональный клапан не изменен. Трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Пульмональная регургитация 1 ст. Легочный ствол расширен. Расчетное давление в легочной артерии по потоку трикуспидальной регургитации 31 мм.рт.ст. Умеренная легочная гипертензия. В перикарде без патологии. Заключение терапевта: данные эхо-кардиографического исследования не противоречат диагнозу кардиоваскулярного сифилиса. Пациент получил лечение в условиях венерологического стационара согласно действующим клиническим рекомендациям 2020 года.

Обсуждение. В последние годы отмечается рост поздних висцеральных форм сифилиса: сифилиса сердечно-сосудистой системы и позднего нейросифилиса, а также сочетание обеих висцеральных форм. В связи с трудностью своевременной диагностики необходимо оптимизировать взаимодействие между венерологами и смежными специалистами, в первую очередь – неврологами и терапевтами-кардиологами для выявления данной группы пациентов, организовать обязательное обследование впервые обратившихся пациентов согласно действующему распоряжению Комитета по здравоохранению СПб от 31.12.2002 №500-р. Врачам-венерологам районных КВД СПб четко выполнять рекомендации по ведению и обследованию пациентов с ранними и поздними скрытыми формами сифилиса и вторичным сифилисом, особенно если давность заболевания составляет более 6 мес.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ И УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва*  
Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Кисина В.И., Анохина Л.С., Новожилова О.Л., Полевщикова С.А., Гуцин А.Е.

Введение. Важное значение при диагностике гонококковой инфекции и уrogenитального трихомониаза имеют применяемые методы детекции *N.gonorrhoeae* и *T. vaginalis*. Известно, что по сравнению с традиционным рутинным микроскопическим методом молекулярно-биологические тесты характеризуются высокой чувствительностью и специфичностью (98–100% и 100% соответственно). В московском регионе до 2019 г. молекулярно-биологические тесты не входили в число медицинских услуг, оказываемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Цель. Оценить эффективность внедрения молекулярно-биологических методов детекции *N.gonorrhoeae* и *T. vaginalis* в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Материалы и методы. Ретроспективному сравнительному анализу подверглись статистические данные ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» о частоте назначения молекулярно-биологических методов идентификации *N.gonorrhoeae* и *T. vaginalis* за период 2019–2021 гг. и 2016–2018 гг. в сопоставлении с числом выявленных случаев гонококковой инфекции и уrogenитального трихомониаза.

Результаты. С ноября 2019 г. в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве внедрен метод ПЦР в режиме реального времени позволяющий осуществлять одновременную детекцию *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *M.genitalium* и *T.vaginalis*. Благодаря принятому решению с 2019 по 2021 гг. в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» отмечен неуклонный рост применения данного молекулярно-биологического теста для диагностики ИППП. Так, в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2019 г. было обследовано 1,6% пациентов от числа всех обратившихся на прием к врачу-дерматовенерологу с целью обследования на ИППП; в 2020 г. – 20,9%; в 2021 г. – 33,3%.

Число выявленных случаев гонококковой инфекции составило в 2019 г. – 463, в 2020 г. – 598, в 2021 г. – 742, при этом диагноз гонококковой инфекции на основании результатов ПЦР в режиме реального времени установлен в 2019 г. в 57,2%, в 2020 г. – в 62%, в 2021 г. – в 81,5%. Для сравнения: в период до принятия решения о внедрении молекулярно-биологических методов в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве в 2016–2018 гг. зарегистрировано случаев гонококковой инфекции в 2016 г. – 394, в 2017 г. – 282, в 2018 г. – 262. При этом на основании применения молекулярно-биологических методов диагностики гонококковая инфекция была установлена: в 2016 г. лишь в – 16,2% случаев, в 2017 г. в 21,9% случаев, в 2018 г. в 42,3% случаев. Уrogenитальный трихомониаз диагностирован в 2019 г. – у 183, в 2020 г. – у 149, в 2021 г. – у 148 пациентов, при этом *T.vaginalis* были выявлены с помощью ПЦР в режиме реального времени в 2019 г. – 62,2% случаев, в 2020 г. – в 75,8%, в 2021 г. – в 56% случаев.

Для сравнения: зарегистрировано случаев уrogenитального трихомониаза в 2016 г. – 265, в 2017 г. – 207, в 2018 г. – 157. При этом на основании применения молекулярно-биологических методов диагностики диагноз уrogenитального трихомониаза был установлен: в 2016 г. в – 35,4% случаев, в 2017 г. в 33,8%, в 2018 г. в 42,3%.

Выводы. Установлена высокая эффективность результатов внедрения в практику ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» метода ПЦР в режиме реального времени в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве: в 2019–2021 частота выявления случаев гонококковой инфекции по сравнению с 2016–2018 гг. увеличилась на 48%. В то же время число случаев уrogenитального трихомониаза в 2019–2021 гг. (480) по сравнению с 2016–2018 гг. (629) снизилось на 23,7%, хотя частота использования метода ПЦР в режиме реального времени для идентификации *T.vaginalis* возросла в 2019–2021 гг. по сравнению с 2016–2018 гг. более чем на 70%.

Результаты проведенного ретроспективного научного анализа свидетельствуют о необходимости полного перехода на применение молекулярно-биологических тестов для диагностики гонококковой инфекции и уrogenитального трихомониаза для получения достоверных статистических данных об уровне заболеваемости и прерывания эпидемиологической цепочки распространения ИППП.

### ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВОВ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*  
Чернова Н.И., Фриго Н.В., Атабиева А.Я., Благодир А.С.

Введение. Аногенитальные (венерические) бородавки – вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области, анального канала, ротоглотки. Согласно актуальным клиническим руководствам пациентам с рецидивирующими формами заболевания рекомендуется обследование, назначение комбинированной терапии включающей в себя деструкцию и противовирусные иммуномодулирующие препараты. Цель. Изучение триггерных факторов рецидивов аногенитальных бородавок в современных условиях. Материалы. В период 2020–2022 гг. под наблюдением находились 32 пациента (18 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 24 до 40 лет, с диагнозом рецидивирующие аногенитальные бородавки. Методы. Анализ данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторного исследования соскобов из УГТ и зон поражения молекулярно-биологическим методом с помощью ПЦР, уровня 25(OH)D в сыворотке крови. Результаты. У всех больных, включенных в исследование, наблюдались аногенитальные бородавки, у 22 человек слабый зуд и жжение в области высыпаний, у 5 пациентов боль в зоне поражения. У 11 мужчин и 4 женщин высыпания в перианальной области появились после перенесенной инфекции Covid. Гастроэнтерологом установлен диагноз: синдром раздраженного кишечника (СРК) у 11 человек, синдром избыточного бактериального роста (СИБР) у 9, мальабсорбция у 13 больных, язвенный колит у 2 мужчин. После обследования у колопроктолога наличие клинических проявлений аногенитальных бородавок в анальном канале зарегистрировано у 3 мужчин и 4 женщин. Все 7 пациентов практиковали принимающие анальные половые контакты. При анализе результатов исследования концентрации витамина D в сыворотке крови, было отмечено, что только у 5 пациентов уровень 25-гидроксивитамина D был в пределах нижней границы нормы, у 9-ти человек – выраженный дефицит, в 11 случаях – дефицит у 7 – недостаточность витамина D. Всем пациентам с дефицитом и недостаточностью был рекомендован

вит Д в форме таблеток 10000 МЕ в течение 2 месяцев. При исследовании соскобов из цервикального канала, уретры, прямой кишки на возбудители ИППП ДНК *M. genitalium* в прямой кишке выявлена у 1 мужчины, предпочитающего секс с мужчинами в ко-инфекции с ЦМВ. Частота встречаемости хламидийной инфекции составила 1 случай (у мужчины предпочитающего секс с мужчинами) в ко-инфекции с ЦМВ и ВПГ-1, ВПГ-2. ДНК *T. vaginalis* обнаружена в прямой кишке у 1 женщины в ко-инфекции с ЦМВ и ВПГ-2. Следует отметить широкое распространение вирусных инфекций анального канала среди лиц, практикующих ано-генитальные контакты. Ко-инфекция ВПГ II и/или ЦМВ обнаружена у 19 человек. Выявление ДНК этих вирусов чаще всего связано с реактивацией уже имеющейся хронической инфекции, причем частота выявления не зависела от наличия клинической картины и является маркером иммунодепрессии. Анализ частоты выявления генотипов ВПЧ у пациентов, принявших участие в исследовании, показал, что наиболее часто определялись ДНК ВПЧ 6/11 генотипов 19 и 10 случаев соответственно. В 21 случае отмечалось ко-инфицирование ВПЧ: у 5 больных сочетание ВПЧ 6 и 11 генотипов, у 9 пациентов ко-инфицирование ВПЧ 11 и 16 генотипов, у 3 ко-инфицирование 6, 11 и 51 генотипов, у 4 женщин с аногенитальными бородавками в области вульвы женщин 6, 16, 18, 42. На основании полученных данных представляется обоснованной и универсальной комбинация консервативного и хирургического лечения. Заключение. Таким образом, для предупреждения риска рецидивов чрезвычайно важным является выявление и устранение провоцирующих факторов.

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА IV–VI ТИПОВ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*ФГБУ Академия постдипломного образования «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Москва*

**Ковалык В.П., Гомберг М.А., Владимирова Е.В., Юрлов К.И., Куц А.А.**

Типичными и хорошо изученными проявлениями инфекций, вызванных цитомегаловирусом, Эпштейн-Барр вирусом и вирусом герпеса 6 типа являются ОРВИ, инфекционный мононуклеоз и внезапная экзантема. Тем не менее, вирусами герпеса IV-VI типов инфицировано практически все взрослое население, симптомы вирусной активности малоспецифичны и чаще всего остаются нераспознанными. Обнаружение этих вирусов в урогенитальных образцах у мужчин и женщин актуализирует их изучение в качестве инфекций, передаваемых половым путем, а также этиологических агентов урогенитальных заболеваний. Наиболее частой патологией урогенитальной сферы являются воспалительные заболевания. Их этиологический спектр выходит далеко за рамки ИППП, так как в половине и более случаев уретрита, а также хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) инфекционные агенты не обнаруживаются, а результаты эмпирической антибактериальной терапии не удовлетворительны. Воспаление увеличивает выработку ряда цитокинов, таких как интерлейкин-1 ( $\alpha$  и  $\beta$ ), интерлейкин-6 и -8, и фактор некроза опухоли, которые оказывают негативное влияние на функцию сперматозоидов и способность к оплодотворению. По данным ВОЗ до 15% сексуально активных пар не достигают беременности в течение года, а в глобальном масштабе по разным оценкам у 9-15% пар репродуктивного возраста выявляется бесплодие. В России частота бесплодных браков колеблется от 8% до 20% в различных регионах. Нами предпринято исследование частоты обнаружения вирусов герпеса IV-VI типов с помощью *real-time PCR* в эякуляте у мужчин с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли IIIA и бесплодием. Из 437 проб суммарно вирусы обнаружены у 85 мужчин (19,5%), примерно поровну в группах с бесплодием и ХП/СХТБ, при том, что в группе здоровых фертильных мужчин вирусов не обнаружено. Наиболее часто выявляли ВГЧ-6 – в 10,3%, реже ЦМВ – 6,4% и ВЭБ – 3,9%. Концентрация вирусов варьировала от 1 до 130 тыс. копий на 100 тыс. клеток, и была максимальной у ЦМВ (в среднем 2.000 коп/100 тыс.кл). Подавляющее число вирусных частиц – 87,5% было ассоциировано с клеточной фракцией эякулята. Ранее считалось, что ЦМВ способен

инфицировать только незрелый сперматозоид в извитых канальцах яичка. Тем не менее, экспериментальное исследование по инкубированию ЦМВ с интактным эякулятом в течение 2х часов, закончилось инфицированием 2% сперматозоидов. Данный феномен позволяет рекомендовать применение ациклических нуклеозидов для предотвращения инфицирования герпесвирусами половых клеток. Исследование параметров спермограммы показало, что наличие герпесвирусов IV-VI типов достоверно ухудшает концентрацию сперматозоидов в 2-4 раза и снижает количество их морфологически нормальных форм. Наихудшие параметры спермы наблюдали в группе вирус-положительных бесплодных мужчин с сочетанным ХП/СХТБ. Клиническая часть исследования (287 мужчин) позволила установить эффективность противовирусного лечения. Для терапии вирус-ассоциированных случаев ХП/СХТБ и бесплодия применяли валациклоvir 500 мг дважды в день в течение 90 дней, а также интерферон  $\alpha 2\beta$  с антиоксидантами по 1 млн Ед в день в течение 20-30 дней с патогенетическими препаратами. Группа пациентов без вирусной инфекции получала стандартную терапию антибиотиком, НПВС и селективным  $\alpha 1$ -адреноблокатором и служила контролем. В ходе лечения наблюдали достоверное снижение вирусной нагрузки и элиминацию вирусов из биопроб (материал из уретры, секрет предстательной железы и эякулят), что сопровождалось снижением индекса клинических симптомов CPSP более чем на 8 баллов. По эффективности лечения группа, которой проводили противовирусную терапию превосходила контрольную группу стандартного лечения (CPSP 7,2 баллов против 12,5 соответственно). Также наблюдали элиминацию вирусов из инфицированных сперматозоидов при электронномикроскопическом исследовании эякулята. В результате терапии наблюдали наступление беременности у партнерш 10 из 23 бесплодных мужчин, причем в группе противовирусного лечения таковых наблюдали достоверно больше (6 из 8), чем в группе стандартной терапии (4 из 15)  $p=0.026$ . Таким образом, полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии герпесвирусов IV-VI типов на фертильность мужчин и их этиопатогенетическую связь с ХП/СХТБ, что требует проведения противовирусного лечения. Схемы лечения с применением валацикловира и интерферон  $\alpha 2\beta$  оказались эффективными как в разрешении симптомов хронической тазовой боли, так и в наступлении беременности у бесплодных пар.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, В ПЕРЕДАЧЕ ИНФЕКЦИЙ ГЕТЕРОСЕСУАЛЬНОМУ СООБЩЕСТВУ

*ООО МЦ Здоровая семья, Москва*

**Макарова Е.В., Соловьев А.М., Соловьев Ф.А.**

Актуальность. Интерес к особенностям половой жизни мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), связан с данными мировой статистики, фиксирующей рост распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), именно в этой категории пациентов. По данным статистики CDC и ECDC (центр по контролю и профилактике заболеваний США и Евросоюза) известно, что в эпидемиологическом отношении МСМ характеризуются как ядерная группа, в которой сегодня сконцентрирована основная доля ИППП. По данным различных авторов (Unemo M., 2017, Mark S., 2019; Jacky M., 2020), ИППП из континуума МСМ попадают в общую популяцию через так называемую группу-проводник (половые партнеры лиц из ядерных групп – МСМ, люди с высоким промискуитетом, потребители наркотиков и т.д.). Данные о моделях полового поведения в группе-проводник могут свидетельствовать о вероятности передачи ИППП в общую популяцию. Цель исследования. Оценить эпидемиологическое значение моделей полового поведения мужчин, практикующих секс с мужчинами, в передаче инфекций, передаваемых половым путем, среди населения. Материал и методы. Проведено изучение моделей полового поведения, клиническое и лабораторное обследование среди 174 мужчин, практикующих секс с мужчинами. Среди них были секс-работники, их половые партнеры, а также МСМ, обратившиеся в клинику для обследования. Учитывалась частота сексуальных отношений, использование барьерных методов контрацепции в многоамной связи, со случайными партнерами, а также анализировались предпочитаемые позиции (в многоамной связи, при случайных контактах и т.д.).



Результаты. В ходе исследования выявлено, что только проникающие гомосексуальные контакты практикуют 43 (24.8%) МСМ. 35 МСМ (20,1%) имеют оральные гомосексуальные контакты, при этом у них есть постоянный гетеросексуальный партнер, с которым проводятся вагинальные контакты. У 80 МСМ (46%) отмечены оральные, вагинальные и анальные контакты с гетеросексуальными и гомосексуальными партнерами. Остальные 16 пациентов (9,1%) практикуют только непроникающие гомосексуальные контакты: межбедренные акты, совместная мастурбация, взаимное использование секс-игрушек. Таким образом, установлено, что большинство МСМ (66.1%) имеют бисексуальные контакты. Это позволяет предположить, что именно они могут являться проводниками ИППП в гетеросексуальное сообщество. Также было установлено, что в группе МСМ, привлеченных к исследованию, примерно половина пациентов (84 человека, 48%) практикуют только случайные связи, 90 человек (52%) при наличии случайных связей все-таки имеют еще и постоянных партнеров, из них в строго моногамных отношениях состоят только 14 МСМ (8%). Таким образом, 92% МСМ имеют случайных партнеров. В ходе лабораторного исследования в анализируемой группе были выявлены – сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, гонорея, трихомониаз, хламидийная и папилломавирусная инфекции. Наиболее часто встречалась хламидийная, гонорейная инфекции (13.8 и 12.1% соответственно) и гепатит С (9.8%). Данные о наличии ИППП были сопоставлены с вариантами предпочитаемых сексуальных позиций. Такой анализ показал, что проникающие гомосексуальные контакты (оральные и анальные) имеют наибольшие показатели по распространенности ИППП (33 из 43, 75%). Такие же высокие показатели выявлены в бисексуальных группах: среди пациентов, предпочитающие вагинальный гетеросексуальный секс и случайные гомосексуальные оральные контакты инфекции выявлены в 22 из 35 случаев, 62.9%); а среди 80 МСМ, практикующих универсальные связи (вагинальные, оральные, анальные бисексуальные контакты), ИППП обнаружены в 22 случаях (27.5%). Суммарно среди 115 бисексуальных мужчин было обнаружено 44 случая инфицирования ИППП (38.3%).

Выводы. В эпидемиологическом отношении результаты нашего исследования показывают, что бисексуальная группа МСМ является открытой социальной группой-проводником, через которую ИППП могут попадать в гетеросексуальное сообщество.

## КОСМЕТОЛОГИЯ

### ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, ПРОИСХОДЯЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ

Приволжский исследовательский медицинский университет,  
 Нижний Новгород

Карпенко А.А., Петрова К.С., Петрова Г.А., Щенникова Н.К.

В настоящее время являются востребованными и распространенными в современном обществе процедуры, которые делают важный акцент на внешности как на визитной карточке человека. Большое количество косметических процедур традиционно выполняется в течение длительного времени, но вывод об их эффективности основан в большей степени на теоретических выводах, вытекающих из законов физиологии.

Цель: определить истинную картину морфологических процессов, происходящих после воздействия лазерного излучения на кожу.

Материалы и методы. В работе использован аппарат высокочастотного УЗИ Skinscanner DUB (Taberna Pro Medicum GmbH, Германия) со следующими техническими характеристиками: датчик ультразвуковой линейный с центральной частотой 22 МГц, глубина сканирования в В-режиме – 40 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме: 72 мкм, ширина сканируемого участка: 25 мм, также датчик ультразвуковой линейный, с центральной частотой 75 МГц, глубина сканирования в В-режиме – 4 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме: 21 мкм, ширина сканируемого участка: 12,8 мм. Обработка полученных изображений проводилась с помощью программного обеспечения DUB. Обследовано 9 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет – 8 женщин, 1 мужчина. Для обезболивания применялась аппликационная анестезия с препаратом лидокаин 2,5%, время аппликации до 30 минут, под пленкой. Производилось воздействие с помощью фракционного неабляционного лазерного Er:glass аппарата с мощностью 15 Вт, диаметром микролуча 100 мкм, энергией 8 мДж, плотность микротермальных лечебных зон – 250/см<sup>2</sup>, глубина проникновения лазерного луча 1,6 мм. Проводили высокочастотное исследование с использованием датчика 75 МГц до процедуры, после экспозиции анестетика, непосредственно после процедуры и через месяц после процедуры.

Результаты. Было установлено, что после нанесения аппликационной анестезии существенно снижается интенсивность сигнала в пределах эпидермиса, что свидетельствует о наличии признаков отека в этом слое. Данное изменение должно учитываться при подборе индивидуальных параметров лазерного излучения и аппарата для проведения процедуры, влияя на выбор методов анестезии, не вызывающих отечных изменений. Непосредственно после процедуры ожидаемо определялись выраженные признаки отека в дерме, которые проявлялись снижением интенсивности сигнала в 100% случаев преимущественно в сетчатом слое дермы. Через месяц после процедуры отмечалось увеличение интенсивности сигнала в пределах дермы, однако в каждом случае степень изменения сигнала индивидуальна, что связано с исходно разными характеристиками кожи, такими как фототип, толщина, возраст, тургор, предшествующий уход, и реакцией на аппликационную анестезию. Со слов пациентов, явление эритемы присутствовали разные периоды времени и составляли от 6 часов до 3 суток. Визуально отечные явления присутствовали незначительно и не влияли на степень испытываемого эстетического дискомфорта, длительность отека от 5 до 11 часов. При исследовании обработанной кожи через месяц после процедуры отмечалось равномерное усиление сигнала, что, вероятно, было обусловлено действительно образованием волокон коллагена и активацией фибробластов в целом. Не было отмечено явлений фрагментарного (очагового) фиброза, соответствующего точкам воздействия фракционного лазерного излучения. Отмечено, что при наличии более выраженных возрастных изменений в коже после проведения процедуры отмечена более значимая положительная динамика. Выводы. Исследование позволило сделать выводы, что в результате лазерного воздействия с данными параметрами изменения проявляются в выработке коллагена, а не в образовании очаговых фиброзных изменений. Применение

высокочастотного УЗИ при разных методиках лазерного воздействия может дать дополнительную информацию об исходном состоянии кожи для подбора индивидуальных параметров лазерного излучения, для выбора методов обезболивания. Данное исследование необходимо продолжить с изучением результатов лазерного воздействия с применением других методик и параметров, так как результаты могут значительно отличаться.

### ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ КОЖИ ЛИЦА И ИХ РОЛЬ В ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ ЛИФТИНГЕ ЛИЦА

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Кафедра кожных и венерических заболеваний

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», Москва

<sup>1</sup> Кандалова О.В., <sup>2</sup> Абрамян Ш.М., <sup>1</sup> Ключникова Д.Е.

Введение. Известно, что возраст пациентов оказывает влияние на развитие послеоперационных осложнений. При операции по коррекции контуров лица (лифтинг) такими осложнениями могут быть: частичный некроз операционного шва, лимфостаз, гематомы и т.д. У пациенток зрелого возраста осложнения, связанные с операционным швом, наблюдаются достоверно чаще, чем у молодых женщин. Это связано с особенностями клеток кожи, в которых с возрастом накапливаются свободные радикалы и активируются процессы аутофагии и апоптоза. Некоторый вклад в развитие осложнений вносит локальная иммунная система кожи лица.

Целью работы было изучение иммунного статуса пациенток перед операцией лифтинга лица, а также состояние клеток локальной иммунной системы лица, выделенных из тканей при проведении операции.

Материалы и методы. В данной работе мы исследовали биологический материал 120 пациенток в возрасте от 25 до 68 лет, которым в клинике пластической хирургии «Фрау Клиник» проведены операции по коррекции контуров лица. Все пациентки подписывали форму информированного согласия на анонимное исследование их биологического материала. Протокол исследования одобрен Этическими Комиссиями института и Клиники. Критерии исключения пациенток из исследования: острые бактериальные и вирусные инфекции, сахарный диабет, системные аллергические, воспалительные или онкологические заболевания, беременность. У всех пациенток перед операцией исследовали иммунный статус, а во время операции были иссечены образцы кожи и подкожной клетчатки и выделены клетки с жизнеспособностью ~98%. Пациентки были разделены на группы по возрасту (25–34 года, n=22), (35–44 года, n=38), (45–54 года, n=34), (55–68 лет, n=26). Выделенные клетки были окрашены моноклональными антителами к рецепторам на плазматической мембране и ко внутриклеточным белкам. Интенсивность флуоресценции белков определяли на проточном цитометре. Статистический анализ результатов проведен по программе «Биостат», данные представлены как M ± m. Сравнение между двумя группами проведено по критерию Стьюдента, статистическая обработка групп малой выборки проведена с помощью непараметрического анализа методом множественного сравнения по критерию Ньюмена–Кейлса, где P<0,05 дается как статистически значимое различие между группами.

Результаты. При сравнении показателей иммунного статуса у пациенток моложе 30 лет и пациенток старше 55 лет выявлены различия по уровню NK клеток и рецепторов CD95. У пациенток старше 55 лет по сравнению с женщинами моложе 30 лет имела тенденция к снижению процента CD19+ В-лимфоцитов (P>0,05) и достоверно снижался уровень иммуноглобулинов IgG и IgA (P<0,05).

Между указанными возрастными группами существует достоверное отличие по процентному содержанию адипоцитов и эпителиальных клеток, а также по процентному содержанию нейтрофилов и лимфоцитов в тканях. Исследование нейтрофилов, выделенных из крови перед операцией лифтинга лица, позволило установить, что в группе старше 55 лет нейтрофилы достоверно выше генерируют супероксидный анион, а фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно снижена по сравнению с молодыми женщинами ( $P < 0,05$ ). Исследование активационных антигенов, а также сигнальных белков аутофагии и апоптоза, было проведено на клетках ткани. Показано, что HLA-DR и CD38 экспрессируются больше на клетках пожилых пациенток по сравнению с молодыми. В клетках ткани пациенток старше 55 лет достоверно ( $P < 0,05$ ) повышена экспрессия сигнальных белков аутофагии LC3/LAMP2, Atg5 и Beclin-1 по сравнению с пациентками моложе 30 лет. Также показано повышение экспрессии сигнальных белков апоптоза (bak, bax, bad и т.д.), ассоциированных с митохондриями, что указывает на активацию митохондриального типа апоптоза в клетках кожи лица у пожилых пациенток при проведении операции. Заключение. Таким образом, в нашей работе было показано, что у лиц старше 55 лет имеются достоверные различия в клетках иммунной системы по сравнению с клетками молодых женщин до 30 лет. Выявленные изменения могут быть патогенетической причиной развития послеоперационных осложнений у лиц пожилого возраста при проведении операции по коррекции контуров лица.

### ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

*Академия постдипломного образования Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства России, Москва*  
Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.

Цель исследования: изучить ультразвукографические признаки нормального распределения и биодegradации филлеров на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита, полиметилакрилата, а также установить ультразвукографические признаки осложнений после введения филлеров данных групп. Материалы и методы. Методом высокочастотной ультразвуковой визуализации исследовали различные анатомические области кожи и мягких тканей у 68 пациентов после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита или полиметилакрилата. Также исследовали кожу и мягкие ткани у 48 пациентов с различными осложнениями после введения филлеров. Высокочастотное ультразвуковое сканирование проводили датчиками 22 и 75 МГц с разрешением 72 и 21 мкм соответственно. Ширина сканируемого участка составляла 12,8 мм, глубина сканирования 10–12 мм на частоте 22 МГц и 4 мм на частоте 75 МГц. Определяли глубину расположения филлера, размеры и структуру филлера, а также ткани, в которых распределялся филлер, и пограничные ткани. Результаты. Установили ультразвукографические признаки для определения локализации и дифференциации филлеров на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита и полиметилакрилата. Описали основные ультразвукографические признаки воспалительных, рубцовых и гранулематозных осложнений после введения филлеров. Выводы. Неинвазивное определение типа и особенностей распределения филлеров в коже и мягких тканях методом высокочастотной ультразвуковой визуализации позволяет установить тип филлера и степень его биодegradации, что повышает качество и специфичность диагностики осложнений контурной пластики.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

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

Цель. Оценка эффективности применения фотодинамической терапии в лечении акне различной степени тяжести. Материалы и методы. На базе ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия применяется с 2014 года. С использованием опыта зарубежных и отечественных

врачей разных специальностей, отмечавших высокую эффективность антибактериального действия ФДТ, данная технология в нашей клинике применяется для терапии акне разной степени тяжести. Во многих случаях фотодинамическая терапия назначалась и применялась самостоятельно, в некоторых случаях в сочетании с другими методами, являясь основой курса. Для каждого пациента протокол процедур, а также их кратность, количество и комбинации с другими методами, разрабатывались индивидуально. Системная и топическая терапия с применением антибактериальных компонентов и ретиноидов не применялась. Следует также отметить, что применение подобных системных и топических препаратов не является противопоказанием для проведения фотодинамической терапии по нашим протоколам. Фотодинамическая терапия является многокомпонентным методом. Основные компоненты – это световое излучение с определенной длиной волны и фотосенсибилизатор. Фотосенсибилизаторы – это класс веществ, которые поглощают световое излучение определенной волны в присутствии внутриклеточного кислорода с последующим развитием фотодинамического эффекта и обладают высокой селективной способностью накапливаться в бактериях и других клетках, участвующих в развитии воспалительных элементов акне. Для ФДТ у пациентов с акне в нашей клинике используются отечественные световоспалительные аппараты, генерирующие световое излучение 662 нм, и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглиокаминовой соли хлорина еб. Результаты. При назначении и последующем проведении фотодинамической терапии в лечении акне различной степени тяжести в нашей клинике однозначно у всех пациентов мы получили высокую эффективность без назначения системной и топической терапии с антибактериальными компонентами и/или ретиноидами.

Выводы. Высокая результативность технологии ФДТ при акне различной степени тяжести обусловлена ее уникальным антибактериальным эффектом, который является абсолютным и развивается в 100% случаев без формирования резистентности бактерий к методу в будущем. Есть возможность многократного повторения без развития системных и локальных побочных эффектов, и не отмечается поражение нормальной микрофлоры в зонах, не подлежащих лечению. Также отмечается противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты ФДТ в лечении акне, обусловленные фототерапевтическим действием применяемого светового излучения. Данная технология является безопасной для пациентов с акне различной степени тяжести и имеет высокую эффективность без назначения системных и топических лекарственных препаратов различных групп, позволяя тем самым избежать рисков развития системных и местных побочных эффектов.

### КОМБИНИРОВАННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Демина О.М., Потеекаев Н.Н., Карпова Е.И., Ильин Л.А., Бохонович Д.В.

Одним из видов рубцов постакне являются гипертрофические рубцы, которые возникают в результате аномального процесса заживления ран вследствие избыточной пролиферации фибробластов, длительной фазы воспаления и фибропластических процессов в сочетании с повышенным синтезом коллагена. Методы лечения рубцов варьируются от местного и интратриочагового введения кортикостероидных препаратов до криотерапии, лазерного и фотовоздействия, хирургического иссечения и давящих повязок. Однако применяемые методы имеют ограничения, побочные эффекты и всегда обеспечивают достаточный клинический эффект. Среди фототерапевтических методов вариантами выбора являются IPL и аблятивные углекислотные лазеры.

Цель исследования: сравнительный анализ терапевтической эффективности монотерапии IPL и в сочетании с CO<sub>2</sub> лазером гипертрофических рубцов постакне. Материалы и методы. В первую группу включили пациентов, которым проводилась монотерапия IPL (фильтры: 515, 560, 590 и 640 нм) 4–6 сеансов с интервалом 14 дней. Во второй группе пациентов проводилась сочетанная методика: на 1 этапе IPL (фильтры: 515, 560, 590 и 640 нм) 4–6 сеансов с интервалов 14 дней, на 2 этапе применялся CO<sub>2</sub> лазер (10600 нм) в аблятивном режиме с фракционированием лазерного луча – 2 сеанса с интервалом 60 дней. Результаты. Нами было выявлено, что монотерапия IPL обеспечивала снижение уровня эритемы (на 67%), повышение эластичности (на 28%), тогда допол-

нение терапевтического протокола CO<sub>2</sub> лазером обеспечивало выраженное восстановление рельефа кожи в проекции гипертрофических рубцов постакне. Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности фото- и лазерных технологий в коррекции гипертрофических рубцов постакне. Сочетанная технология применения IPL и CO<sub>2</sub> фракционного аблятивного лазера обеспечивает выраженный клинический результат с низким профилем побочных эффектов.

## КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ И ИНЪЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

**Демина О.М., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И., Куркович Е.Ю., Добржинская Н.А., Волкова С.Б., Демина О.Н.**

Акне, являясь одним из наиболее распространенных дерматозов, регрессирует симптомокомплексом постакне. Одним из наиболее часто формирующихся эстетических дефектов постакне являются рубцы, составляя от 1 до 11% в общей популяции. Нередко рубцы постакне вызывают не только эстетический недостаток, но и серьезно влияют на удовлетворенность пациентов собственным внешним видом и оказывают негативное влияние на их психоэмоциональное здоровье и качество жизни. Наиболее часто встречающейся клинической разновидностью рубцов являются атрофические, которые классифицируются на рубцы boxcar, ice pick и rolling. Методы коррекции атрофических рубцов постакне включают лазерные и фототехнологии, химический пилинг, дермабразию, радиочастотное воздействие, инъекции филлера, микронидлинг и хирургическую субцизию. Среди инъекционных методов аутологичная плазма, богатая тромбоцитами (PRP), может обеспечить улучшение регенерации тканей за счет факторов роста, хемокинов, цитокинов, адгезивных белков, протеаз и антипротеаз.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности терапии атрофических рубцов постакне аблятивным фракционным CO<sub>2</sub> лазером в сочетании с PRP терапией.

Материалы и методы. В первую группу включили пациентов, которым проводилось 2 сеанса аблятивным фракционным CO<sub>2</sub> лазером с интервалом 2 месяца, во вторую группу вошли пациенты, которым проводилась комбинированная терапия аблятивным фракционным CO<sub>2</sub> лазером (2 сеанса с интервалом 2 месяца) и PRP-терапия – 4 процедуры с интервалом 7 дней.

Заключение. Основными морфологическими признаками атрофических рубцов постакне является потеря коллагена. Аблятивный фракционный CO<sub>2</sub> лазер в комбинации с PRP-терапией обеспечивает стимуляцию неоколлагенеза кожи и ремоделирование рубцов с выраженным клиническим эффектом и удовлетворенностью пациентов в 90% случаев. Необходимы дальнейшие исследования PRP в сочетании с различными лазерными методами для оптимизации алгоритмов коррекции и внедрения их в практическую деятельность.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРОЗАЦА

*ООО «ММЦ», Санкт-Петербург*  
**Парфёнова М.А.**

Введение. Офтальморозацеа диагностируют в 0,4–2% в общей популяции и у 75% пациентов с розацеа. IV подтип розацеа клинически проявляется поражениями глаз в виде хронического блефароконъюнктивита с воспалением краев век, дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ), и синдромом сухого глаза (ССГ). Симптомы варьируют от сухости и ощущения инородного тела до поражений кожи век. Диагностика основывается на клинических признаках, но она затруднена при отсутствии кожных изменений. Тактика лечения варьируется от местной (искусственная слеза, гели и мази противовоспалительного, антибактериального,

противопротозойного и иммуносупрессивного действия) до системной (изотретиноин, доксициклин), в зависимости от тяжести заболевания. Офтальморозацеа оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, и поэтому распознавание состояния является ключевой частью для контроля лечения.

Цель: оценить эффект лечения IPL (интенсивным импульсным светом) в сочетании с внутрикожным введением препарата MesoEye C71 у пациентов с офтальморозацеа. Материалы и методы: были проанализированы клинические данные 18 пациентов (36 глаз) с офтальморозацеа, которые проходили лечение IPL и внутрикожным введением препарата MesoEye C71 в отделениях дерматовенерологии и косметологии и офтальмологии ООО «ММЦ» в 2022 году. Демографические данные, история болезни, результаты обследования (вазкуляризация век, признаки мейбомиевых желез, покраснение конъюнктивы, время разрыва слезной пленки (TFBUT), окрашивание роговицы (OGS) и субъективные данные пациентов (OSDI); также оценивался Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) при каждом посещении (D0, D15, D30, D45). Результаты. Все включенные пациенты прошли два сеанса лечения IPL на оба глаза (D0, D15, D30) и две процедуры внутрикожного введения препарата MesoEye C71. После лечения (D60) наблюдалось значительное улучшение показателей: TFBUT ( $p < 0,001$ ), окрашивание роговицы (OGS) ( $p < 0,001$ ), покраснение конъюнктивы ( $p < 0,001$ ), отек края века ( $p < 0,001$ ) и покраснение ( $p < 0,001$ ), качество мейбума ( $p < 0,001$ ), телеангиэктазии края века ( $p = 0,005$ ), обструкция мейбомиевых желез ( $p = 0,001$ ) и показатель OSDI ( $p = 0,004$ ). Даже после первого сеанса IPL наблюдались значительные улучшения TFBUT ( $p < 0,001$ ), окрашивания роговицы (OGS  $p < 0,001$ ), покраснения конъюнктивы ( $p < 0,022$ ), отека края века ( $p < 0,001$ ) и покраснения ( $p < 0,016$ ), были отмечены изменения качества мейбума ( $p = 0,014$ ) и показателя OSDI ( $p < 0,013$ ). Значительные изменения ДИКЖ (21–30 баллов) до терапии были зафиксированы у 11,1% пациентов; у 44,4% пациентов ДИКЖ составил 11–20 баллов, у 44,5% – 6–10 баллов; в то время как ДИКЖ после терапии: 6–10 баллов – у 5,6%, 2–5 баллов был зафиксирован у 34,4% пациентов, а ДИКЖ в размере 0–1 балл – только у 60% пациентов. Не было никаких отрицательных побочных эффектов. Анализ подгрупп по возрасту, полу, длительности или тяжести заболевания и сопутствующему диагнозу розацеа не выявил существенной разницы в эффективности. Заключение: IPL в сочетании с внутрикожным введением препарата MesoEye C71 являются эффективными и безопасными методами лечения пациентов с офтальморозацеа, проявляющейся ДМЖ, ССГ, демодекозным блефаритом, и может использоваться в качестве поддерживающего терапевтического варианта лечения. Помимо объективных положительных результатов, имеет место значительное субъективное улучшение, исчезновение или частичное уменьшение жалоб, повышение качества жизни пациентов, что подтверждается данными опросников (ДИКЖ, OSDI и др.) Вышеназванную группу пациентов необходимо вести совместно дерматологам (косметологам) и офтальмологам, учитывая сочетанный характер поражения. Дальнейшее исследование сочетанного метода коррекции периорбитальной области может дать дерматологам, косметологам, офтальмологам ещё один инструмент для лечения все увеличивающегося числа пациентов с данными нозологиями. Длительные ремиссии после сочетанного метода достигает 6–9 месяцев, что повышает комплаентность к терапии, т.к. стандартно проводимая терапия (капли, мази, компрессы, массажи, цитостатики, антибиотики) требует длительной постоянной терапии

## ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА МИКРОНИДЛИНГА И РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА МЕДИЦИНСКОМ АППАРАТЕ LUTRONIC GENIUS (ПРОИЗВОДИТЕЛЬ LUTRONIC CORPORATION, ЮЖНАЯ КОРЕЯ) И ДЕРМАЛЬНОГО ИМПЛАНТА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ALAYNA HYDRO (ПРОИЗВОДИТЕЛЬ BSC)

*Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский Биотехнологический университет» (РОСБИОТЕХ), Москва*  
**Гладыко В.В., Измайлова И.В.**

Введение. Актуальность проблемы связана с высокой социальной значимостью и распространенностью атрофических рубцов в рамках постакне синдрома,

психосоциальным дискомфортом пациентов и снижением качества их жизни, а также ограниченностью эффективности лечения. По данным PubMed, более 80% подростков во всем мире страдают различными формами аспе vulgaris, из них около 15% – кистозная форма аспе 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) в сочетании с дермальным филлером на основе гиалуроновой кислоты Alayna Hydro (производитель BSC Medical Devices GmbH, Германия) и оценить с помощью профилометрии кожи эстетический результат коррекции.

Материалы и методы. Предлагаемый метод лечения апробирован на 22 пациентах. Группа включала 14 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 55 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 6 недель, количество процедур в курсе лечения от 4 до 6 с последующим введением дермального филлера методом микроболюсов в области атрофических рубцов общим объемом 1–2 мл. 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. 81% пациент составил группу с оценкой эффективности 3. Побочные эффекты: эритема, отек и единичные микрогематомы наблюдались у 40% пациентов с преобладанием светлых фототипов и проходили в течение короткого времени после процедуры, не требуя медикаментозного лечения.

Выводы. Сочетанный метод микронидлинга с радиоволновой терапией с интрадермальным введением филлера на основе гиалуроновой кислоты является эффективным и безопасным и может с успехом применяться в комплексной терапии атрофических рубцов в рамках постакне синдрома.

## ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ЛИЧНАЯ НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

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

Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.

Цель: профилактика юридических конфликтов в медицинской организации и совершенствование алгоритма коммуникации врача с пациентом, оценка значения воздействия врача на право личной неприкосновенности пациента. При обучении врачей косметологов и дерматологов – повышение эффективности их взаимодействия.

Задачи. 1. Оценить понимание врачами значимости корректного отношения к правам пациентов для формирования удовлетворенности последних качеством медицинской помощи в практике косметолога и дерматолога. 2. Обозначить вклад права личной неприкосновенности в потенциальную конфликтность отношений пациента и врача. 3. Определить приоритеты в тактике обучения косметологов и дерматологов.

Материалы и методы. Сведения получены в ходе 1) письменного анкетирования и опросов врачей на кафедрах Университета; 2) анализа правовой системы Российской Федерации (далее – РФ), судебной практики и литературных данных по названному вопросу. Применяли методы аналитического и синтетического познания, сравнения.

Результаты. 1. Врачи традиционно недооценивают значение для пациента права личной неприкосновенности. При анкетировании не называют его как ценность

и на прямые вопросы отвечают с недоумением. При разъяснении содержания права личной неприкосновенности пациента и смысла информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – согласие) задумываются, и тогда логично обсуждать баланс ответственности пациента за сохранение своего здоровья с одной стороны и ответственности врача за качество оказания медицинской помощи – с другой. Важно заметить, что и пациенты не формулируют запросы к врачу в корректной правовой форме. Неотъемлемое, то есть неотделимое от личности, право личной неприкосновенности не осознается большинством людей. Хотя включено в понятие «конституционные гарантии» в РФ и, согласно ст. 150 Гражданского кодекса РФ, подлежит правовой защите. 2. Потенциальная конфликтность медицинской деятельности обусловлена, в числе других обстоятельств, и обязательным воздействием, направленностью на личную неприкосновенность при оказании медицинской помощи по любой медицинской специальности. Именно поэтому обязательным предварительным условием медицинского вмешательства законодательством РФ установлена дача согласия на вмешательство, ст. 20 ФЗ №323. Пациент выбирает в диалоге с врачом, после получения достаточного для решения объема информации, из нескольких вариантов, в том числе может и отказаться от вмешательства. То есть согласие – это решение пациента. Это означает, что в ситуации дерматологии и косметологии пациент обращается к врачу за экспертным мнением, это не экстренная ситуация, когда выбор пациента обычно крайне ограничен. Пациент идет к врачу со своими целями и задачами, зачастую сам не очень понимает, какие имеет ожидания. Желает, чтобы ему помогли. Испытывает «затруднение». В конфликтологии затруднение сторон рассматривается как доконфликтная (или преконфликтная) ситуация. Потому инвазия врача, физическая и психологическая, неизбежно ведет к потенциально конфликтной ситуации. Косметологу и дерматологу обязательны навыки коммуникации и конфликтологии для компенсации напряжения пациента. 3. Чтобы соблюсти требования закона и проявить себя экспертом, в действительности врачу нужно вести себя исключительно выверенно лингвистически и этически и говорить определенные фразы и слова. В практической работе необходима уверенная коммуникация. Преподаватели Университета при обучении учитывают вышеописанные обстоятельства. Помимо новых сведений по специальности обучения, в образовательном процессе применяются тренинги, деловые игры и моделирование переговоров.

Выводы. 1. Врачи традиционно недооценивают личную неприкосновенность пациентов. Совершенно справедливо полагают, что пациент обращается за помощью к врачу как к носителю специальных знаний и умений и готов получать помощь в виде медицинских вмешательств. 2. Важно, что и пациенты редко осознают ценность права личной неприкосновенности. Причинами конфликта называют иные обстоятельства. Таково правосознание общества сегодня. Наука конфликтология сообщает сегодня, что истинным источником конфликтов пациента и врача является впечатление пациента, что ему уделили недостаточное внимание. 3. При обучении, в т.ч. и последипломном, необходимо уделять внимание современным техникам и практикам переговорного процесса, праву, этике и деонтологии.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОТОКОЛОВ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО ТЕРМОЛИФТИНГА

ООО «Эстелаб», Москва

Лемытская В.Е., Чеботарева Ю.Ю., Привалова Е.Г.

Актуальность. Количество эстетических процедур, направленных на коррекцию возрастных изменений и выполняемых врачами-косметологами, из года в год неуклонно растет. В структуре обращаемости увеличивается доля пациентов, в анамнезе которых есть указания на неоднократное введение интрадермальных наполнителей и/или воздействие аппаратных методик. При этом в ряде случаев пациенты выражают неудовлетворенность ввиду отсутствия желаемого результата от ранее проведенных процедур или длительного периода реабилитации. В процессе сбора анамнеза у таких пациентов выясняется, что ранее им были введены препараты неясного происхождения, отсутствует документальное заключение о выполненных процедурах. Однако нельзя исключить и нежелание пациента сообщить полную достоверную информацию. Одной из эффективных процедур кор-

рекции возрастных изменений является микроигольчатый термолифтинг. Механизм действия технологии основан на введении микроигл-электродов в кожу и воздействии электрического тока в глубине тканей. Температура во время процедуры варьируется от 40° до 70°, в зависимости от используемой насадки и выбранных параметров. Благодаря повышению температуры в разных слоях кожи запускаются процессы биостимуляции: синтез коллагена и эластина, сокращение подкожно-жировой клетчатки. Для получения желаемого результата специалист должен контролировать глубину нагрева тканей. Для оценки безопасности проводимых процедур перед их выполнением и минимизации риска развития осложнений рекомендуется применение ультразвукового исследования мягких тканей лица. УЗИ мягких тканей позволяет оценить особенности анатомии структурных компонентов кожи, толщину слоев кожи, расположение нитей или дермальных наполнителей, а в ряде случаев по ультразвуковым признакам предположить группу ранее введенного инъекционного препарата.

Цель. Оценить роль ультразвукового исследования в разработке персонализированного протокола лечения возрастных изменений с использованием технологии микроигольчатого термолифтинга.

Материалы и методы. Под наблюдением в клинике «Эстелаб» (г. Москва) находилась пациентка в возрасте 37 лет с деформационно-отечным типом старения, которой ранее уже проводилась процедура микроигольчатого термолифтинга, но без выраженного результата. Предварительно пациентке выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей лица с помощью высокочастотного датчика от 8 до 24 МГц. Проведено картирование лица: измерение толщины эпидермиса, дермы, подкожно-жирового слоя в разных участках кожи и выделено 17 зон на лице, где получены разные значения толщины слоев кожи. По результатам картирования проведена процедура с помощью аппарата микроигольчатого термолифтинга насадкой с 24 изолированными иглами.

Результаты. Получены следующие данные ультразвукового исследования до процедуры: толщина эпидермиса варьировалась от 0,27 мм до 0,52 мм, дерма – от 0,6 мм до 2,3 мм, а подкожно-жировая клетчатка – от 0,4 до 5,1 мм в зависимости от зоны. С целью получения эффекта компактизации лица и с учетом картирования перед процедурой для данной пациентки были подобраны параметры микроигольчатого термолифтинга. Лицо схематически было разделено на несколько зон, для каждой из которых подбирался индивидуальный параметр в виде глубины и мощности процедуры. Минимальная глубина воздействия составила 1 мм при мощности 18 Дж в лобной области, максимальная глубина 3 мм и мощность 30 Дж – в зоне щеки, где более выражена толщина подкожно-жировой клетчатки. Параметры, рекомендованные производителем для работы с таким типом пациентов, варьируют от минимальной глубины в 1 мм с мощностью 15–30 Дж в зоне лба и до максимальной глубины в 4 мм с мощностью 22–40 Дж для зоны щеки. В данном случае разница параметров стандартного протокола от индивидуального составила по глубине 1 мм, а по мощности до 10 Дж в зависимости от зоны воздействия. Следует отметить, что стандартный протокол процедуры мог привести к более длительной реабилитации без желаемого результата.

Выводы. Таким образом, индивидуальный протокол лечения возрастных изменений с использованием ультразвукового исследования позволяет учитывать анатомические особенности пациента. Выполнение процедур микроигольчатого термолифтинга под контролем ультразвукового исследования позволяет снизить риск осложнений и повысить эффективность anti-age-коррекции.

## СПОСОБЫ МИНИМИЗАЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ МИКРОНИДЛИНГА

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва  
**Чеботарева Н.В.**

В настоящее время микроигольчатая терапия приобретает все большую популярность среди косметологов и пациентов. Положительные результаты достигаются за счет контролируемого повреждения кожи и запуска процессов регенерации. В процедурах используют косметологические девайсы

и разнообразные сыворотки. Сыворотки с входящими в их состав активными компонентами в меньшей степени влияют на результат процедуры, так как имеют минимальное проникновение в кожу. Однако их свойства сказываются на наличии или отсутствии нежелательных явлений после процедуры.

Цель: минимизация нежелательных явлений после процедуры микронидлинга, проведенного с помощью аппарата Дермапен.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 женщин, обратившихся с жалобами на мелкие морщины и ухудшение тонуса кожи. Всем пациенткам сделана процедура микронидлинга на аппарате Дермапен с одинаковыми параметрами.

Результаты и обсуждение. Пациентки были поделены на две группы по 10 человек. Средний возраст женщин составил от 38 до 52 лет. В контрольной группе сделан микронидлинг по сыворотке, не обладающей окклюзионными свойствами. Второй группе пациенток наносили во время и после процедуры сыворотку, обладающую окклюзионным эффектом. В первой группе у 6 пациенток на следующий день отмечались сухость кожи, чувство «стянутости», небольшая гиперемия; у 4 – на фоне сухости и гиперемии наблюдалось шелушение в течение последующих 3 дней. Во второй группе все 10 пациенток отметили отсутствие патологических изменений и признаков дискомфорта. Выводы. Нежелательные явления при проведении микронидлинга обусловлены повышением трансэпидермальной потери воды в результате многочисленных микротравм кожи. Сыворотки с окклюзионным эффектом, используемые в процессе процедуры и на стадии ее завершения, позволяют нивелировать этот эффект и сохранить кожу достаточно увлажненной, что предотвращает возникновение нежелательных явлений.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНА А В СНИЖЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЭРИТЕМЫ ЛИЦА ПРИ РОЗАЦЕА

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

Эритема центральной части лица является основным клиническим диагностическим признаком розацеа, которая оказывает глубокое негативное влияние на качество жизни, самооценку и самочувствие пациентов. Видимая интенсивность эритемы увеличивается во время обострения заболевания и сохраняется в периоды между рецидивами.

Цель и задачи. Проанализировать безопасность и эффективность внутривенного введения ботулинотоксина А для снижения рефрактерной эритемы лица при терапии розацеа. Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов «Клиники профессора Юцковской» в возрасте от 33 до 56 лет с I – III типами кожи по Фитцпатрику. «Клиника профессора Юцковской» является клинической базой кафедры дерматовенерологии и косметологии Медицинского института Российского университета дружбы народов. Пациентам был установлен диагноз L71 – Розацеа, II подтип – папуло-пустулезная стадия; у пациентов отмечалась стойкая эритема, транзиторные папулы и пустулы в центральной лицевой области. Испытуемым были проведены внутривенные инъекции ботулотоксина А в кончик носа, переносицу и крылья носа от 15 до 45 единиц в зависимости от размеров пораженной области. Клинические показатели розацеа и удовлетворенность пациентов оценивались в начале лечения, а также через 1, 4, 12 и 16 недель после лечения. На 16-й неделе обеим группам вводили ботулотоксин А. Последующий контроль проводился через 1 и 4 недели после повторного лечения. Оценивалась эритема лица при розацеа с помощью использования стандартизированной системы оценок (0 = отсутствие, 1 = легкая эритема, 2 = умеренная эритема и 3 = сильная эритема) для оценки цифровых фотографий в начале исследования, через 1, 2 и 3 месяца после лечения. лечение.

Полученные результаты. Средняя исходная степень эритемы составила 1,82 (60,60%), а средняя степень эритемы через 3 месяца после лечения составила 1,00 (60,25%). Лечение привело к статистически значимому улучшению степени выраженности эритемы через 1, 2 и 3 месяца после лечения по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,05$  соответственно). Парное сравнение с исходным уровнем показало улучшение средней степени эритемы на 0,80 ( $p < 0,001$ ) при 3-месячном наблюдении. Выводы. Ботулинотерапию можно рекомендовать как эффективный и безопасный альтернативный метод

терапии у пациентов с рефрактерной к стандартным методам лечения стойкой эритемой. Эффект после ботулинотерапии сохраняется в течении 2–4 месяцев. Необходимы дальнейшие исследования эффективности и безопасности данной методики у пациентов с различными подтипами розацеа, в том числе при сочетании подтипов.

Подология

## МЕТОД ЛИПОФИЛИНГА И ИНЪЕКЦИИ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АМОТИЗАЦИОННЫХ ПОДУШЕК В ОБЛАСТИ ГОЛОВЕК ПЛЮСНЕВЫХ И ПЯТОЧНОЙ КОСТЕЙ СТОПЫ.

*Клиника регенерационной медицины, Мельбурнский центр косметической хирургии (Австралия), Байкальский центр многопрофильной медицины (Россия), Клиника БИОС, Москва*  
Сутурин М.В.

Новый метод липофилинга и инъекции филлеров на основе гиалуроновой кислоты для восстановления амортизационных подушек в области головок плюсневых и пяточной костей был разработан в 2015 году косметическим хирургом Михаилом Сутуриным и подологом Тиффани Биман (Мельбурн, Австралия) для лечения такой распространенной проблемы, как атрофия жировых подушек стоп. Процедура была выполнена у 27 пациентов в Австралии в Клинике регенерационной медицины и Мельбурнском центре косметической хирургии, а также в России в Байкальском центре многопрофильной медицины. Эта процедура получила название «Лифтинг стопы» (Footlift) за возможность приподнять стопу путем восстановления амортизационных подушек в проекции дистальных головок плюсневых и пяточной костей, таким образом делая ходьбу намного удобнее и безболезненнее. Работа по диагностике, лечению и послеоперационному наблюдению пациентов велась совместно с подологами. Для выполнения процедуры выбирались пациенты с выраженными болями в стопах при непродолжительном стоянии на ногах и при ходьбе, вынуждающими пациентов останавливаться каждые 5–7 минут для отдыха в сидячем положении, пока не пройдут боли. Также одной из наиболее частых причин проведения процедуры являлось образование непроходящих мозолей и язв на подошвенных поверхностях ног в проекции головок плюсневых и пяточной костей, несмотря на продолжительное лечение у подологов, ортопедов и других представителей смежных специальностей. Первоначально авторами использовались инъекционные подкожные филлеры различных производителей на основе гиалуроновой кислоты с более продолжительным действием для создания амортизационных подушек. Процедура производилась под местной анестезией 1% раствором Лидокаина в виде тиббиального нервного блока, а также инфильтрацией раствором анестетика подкожной клетчатки через медиальный и латеральный доступы или непосредственно через дорсальную поверхность стопы в проекции введения филлеров, что создавало возможность безопасной и адекватной анестезии тканей. После введения подкожно 4–5 мл филлера в проекции дистальных головок плюсневых и 2–3 мл в области пяточной костей, достигался практически мгновенный терапевтический эффект, когда пациенты могли встать со стола и уйти домой без болей. Дальнейшее лечение у подолога способствовало быстрому заживлению язв и мозолей и достижению хорошего косметического результата. Недостатком этого метода являлась непродолжительность достигнутого результата из-за рассасывания филлера через 6–12 месяцев, что требовало его повторного введения. В последующем для получения более длительного эффекта стали чаще выполняться процедуры липофилинга стопы, что также позволило решать функциональные и косметические проблемы у пациентов с атрофией жировых подушек стоп. Метод заключался в заборе 15–20 мл жира из различных участков тела (обычно нижние отделы передней брюшной стенки) с помощью канюль диаметром 1,2–1,4 мм, прикрепленных к 10–20-миллиметровым шприцам. Полученный жировой экссудат подвергался обработке центрифугированием 3500 об/мин в течение 3 минут для выделения жировой фракции для пересадки. Другой метод выделения жирового трансплантата заключался в его погружении в физраствор и последующей седиментации полученного экссудата в течение 30–40 минут, что обеспечивало меньшую травматизацию адипоцитов и приводило к лучшему приживлению жирового

графта. Выделенный жировой трансплантат помещался в 1–2 мл шприцы и вводился с помощью канюли диаметром 1–1,2 мм векторным типом подкожно в проекции головок плюсневых и пяточной костей. Область введения жира была инфильтрирована 5–10 мл PRP, что способствовало приживлению жирового трансплантата и являлось стимулятором регенерационного процесса в тканях стопы. Процедура занимала 1,5–2 часа, в зависимости от того, выполняется она с одной или сразу с обеих сторон. После выполнения процедуры накладывались стельки с вырезанными окошками в проекции введения трансплантата, после чего надевались заранее подобранные ортезы. Пациенты могли покинуть клинику в тот же день с помощью костылей, что существенно улучшило их способности передвигаться дома без посторонней помощи. Через 2–3 недели после процедуры пациенты прекращали носить стельки и возвращались к ношению обычной обуви. Пациенты наблюдались в клинике через 7 дней, 1,5–2 недели, 1,5 и 3 месяца после выполнения процедуры, после чего наблюдались до полной выписки через 6–12 месяцев. У 90% пациентов наблюдалось улучшения на 80–85% с сохранением жировой подушки в местах липофилинга

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННОЙ КАНАЛОБРАЗНОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

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

Исаева В.Л., Негашева Е.С., Заторская Н.Ф., Малиновская В.В., Овчинникова С.П.

Ониходистрофия – это собирательный диагноз, который характеризуется изменением цвета, формы и структуры ногтей. Причины возникновения ониходистрофии разнообразны, в частности внутренние факторы, приводящие к изменению трофических процессов ногтей: хронические заболевания кожи (псориаз, экзема, атопический дерматит, красный плоский лишай); эндокринные заболевания (гипотиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет); нарушение иммунитета на фоне недостаточности витаминов, микроэлементов. Существенно влияют на изменение ногтей пластин онкологические заболевания. Значительное место в патогенезе рассматриваемой патологии занимают внешние факторы: бактериальные поражения ногтей, химические средства в быту, использование гель-лаков, шеллаков, травмы ногтей, неправильный уход. Патологические изменения ногтей пластин укладываются в различные нозологии, такие как срединная каналообразная ониходистрофия. Срединная каналообразная ониходистрофия (также известна как «срединная каналиформная дистрофия Хеллера») – дистрофическое поражение ногтей, характеризующееся образованием на ногтевой пластинке продольной срединной борозды, от которой под углом отходят полоски, напоминающие ветви ели (симптом «елочки»). Нами наблюдалась группа (5 человек), страдающих данной формой ониходистрофии. Из них 1 ребенок (девочка), 2 мужчин, 2 женщины. Пациенты предъявляли жалобы на изменение формы ногтевых пластин, с чем связывали снижение качества жизни. При осмотре по срединной линии ногтевой пластины 1 пальца кистей обнаруживается глубокая бороздка от проксимальной части до дистальной части ногтевой пластины, кутикула либо отсутствует, либо деформирована. При опросе пациентов выяснилось, что присутствуют периодические, иногда непроизвольные механические самоповреждения кутикулы (навязчивые состояния). При обследовании на патологические грибы мицелий не обнаружен, бактериологический посев – роста патологических грибов нет. Диагноз ониходистрофии ставится на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, лабораторных исследований. Лечение ониходистрофии длительное, захватывает в среднем 3–4 месяца (более длительный период до 6–12 мес). Оно в основном сводится к наружной терапии кутикулы комбинированными глюкокортикостероидами (крем бетаметазон+клотримазол+гентамицин), ретиноидами, в том числе в сочетании с группой витаминов E, D3 (колек альциферол+ретинол+токоферол). Дополнительно применяются солевые ванночки комфортной температуры, массаж, а также лечебная аппаратная обработка, чтобы максимально приблизить состояние ногтя к норме. У всех пяти пациентов в результате проведенного комплексного лечения достигнуто клиническое выздоровление.

## ТРИХОЛОГИЯ

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОК С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,

<sup>2</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород

<sup>1</sup> Биткина О.А., <sup>1,2</sup> Конторщикова К.Н., <sup>1</sup> Преснякова М.В.,

<sup>1</sup> Николаева А.Ю., <sup>2</sup> Дмитриева А.А., <sup>1</sup> Цыганова А.А.

Новая коронавирусная болезнь (COVID-19) – инфекция с тяжелым респираторным синдромом, вызванным вирусом SARS-CoV-2. Наиболее распространенным клиническим ее проявлением является двусторонняя пневмония с микроангиопатией, у 3-4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома. У части больных имел место гиперкоагуляционный синдром с тромбозами и тромбоземболиями, при этом отмечены тяжелые поражения микроциркуляторного русла в виде распространенной тромботической микроангиопатии, тромбозы крупных артерий и вен. Описаны типичные для COVID-19 кожные проявления – от геморрагического синдрома до высыпаний различного вида, патогенез которых неясен. В патогенезе COVID-19 поражение микроциркуляторного русла играет важнейшую роль. Цель исследования – оценить результаты клинико-лабораторных исследований крови пациентов в группе постковидных алопеций.

Материалы и методы. За период с августа 2020 года по апрель 2022 года в многопрофильной клинике «Александрия» было обследовано 82 женщины с выпадением волос после перенесенного COVID-19. Анализ сыворотки крови включал определение параметров биохемилюминесценции (S, Z, tg альфа), содержания продуктов перекисного окисления липидов ПОЛ (первичных ДК, ТК, конечных ОШ и их соотношения ОШ/ДК+ТК), оксида азота (NO), окисленно модифицированных белков при соответствующих длинах волн 356, 363, 370, 430 и 530 нм. Состояние гемостаза оценивалось по содержанию Д-димеров и показателям тромбодинамики. Статистическая обработка результатов осуществлялась в операционной системе Windows 10 с использованием программ STATISTICA 12 и Microsoft Office Excel 2010. Группу физиологического контроля составили 10 лиц женского пола в возрасте 23–25 лет без сопутствующих заболеваний. Состояние гемостаза оценивалось в группе из 23 пациенток женского пола, в возрасте от 15 до 60 лет, средний возраст 34,55±11,75 лет. У 6 из 23 пациенток диагностировали андрогенетическую алопецию (АГА), у 10 – алопецию смешанного генеза, у 6 – диффузную реактивную алопецию (ДРА), у 1 пациентки – сочетание алопеции смешанного генеза и регресс очага гнездовой алопеции (ГА), возникшей также после коронавирусной инфекции. Обследованные пациенты не имеют острых и декомпенсированных хронических патологий, у 6 из 23 человек присутствует наследственная отягощенность по сахарному диабету. COVID-19 у 15 из 23 пациентов протекал в легкой форме, у 8 пациентов – со средней степенью тяжести, все пациенты лечились амбулаторно. Оценка состояния системы гемостаза с помощью глобального теста «Тромбодинамика» показала высокую частоту развития гемостазиологических нарушений разной степени выраженности у 20 из 23 (87%) пациенток. В частности у 8/23 (35%) обследованных выявлялась умеренная гиперкоагуляция, у 9/23 (39%) – выраженная гиперкоагуляция, у 1/23 (4%) – массивная гиперкоагуляция. Гиперкоагуляции у 9/23 (39%) пациенток сопровождалось образованием спонтанных сгустков. Особую опасность для дальнейшего развития тромбов представляет обнаружение у 50% пациенток спонтанных микровезикул. Диагностированная у 2/23 (9%) пациенток гипокоагуляция была обусловлена снижением белоксинтезирующей функции печени. Наиболее выраженные изменения показателей Тромбодинамики были характерны для пациенток с диффузной реактивной алопецией ( $\gamma=0,46$ ;  $p=0,09$ ). Обнаруженные изменения показателей тромбо-

динамики сопровождались повышением уровней Д-димеров в плазме крови пациентов. В группе сравнения, которую составили женщины с алопецией, не перенесшие COVID-19, показатели тромбодинамики и Д-димеров не отличались от контроля. Таким образом, у большинства пациенток с постковидными алопециями выявляются нарушения системы гемостаза протромботической направленности. Глобальный тест гемостаза «Тромбодинамика» может быть важным инструментом для контроля состояния пациенток с постковидными алопециями, коррекции и оценки эффективности терапии.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И АНТИДЕПРЕССАНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛА «ПРОЛЕТАРСКИЙ» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»

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

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

Цель исследования: изучить клиническую эффективность применения топических глюкокортикостероидов (ГКС) при лечении гнездовой алопеции у пациента с коморбидной патологией на фоне приема препаратов из группы противосудорожных препаратов и антидепрессантов.

Материал и методы. Представлен клинический случай пациента К., муж., возраст 25 лет. Пациент предъявлял жалобы на очаговое выпадение волос на коже волосистой части головы в течение полугода. Из анамнеза: наблюдается у врача-психотерапевта, диагноз уточнить не может, в течение полугода принимает противосудорожные препараты (Вальпроевая кислота), антидепрессанты (Флувоксамин). Патологический процесс локализован в зоне затылка волосистой части головы; представлен одним четко очерченным очагом алопеции округлой формы 4,0 см в диаметре. Тип волос – европейский/кавказский, плотность волос снижена, диаметр волос средний. Трихоскопия: в очаге алопеции обнаруживаются отрастающие велусные волосы, желтые точки распределены равномерно вокруг устьев волос. Единичные пенки терминальных волос в виде восклицательных знаков. Результаты клинико-лабораторного обследования: клинический анализ крови, биохимические показатели (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, триглицериды, глюкоза, мочевины) и общий анализ мочи в пределах референсных значений. Антитела на ВИЧ, гепатит С, В не обнаружены. Лечение ГА: наружно мазь клобетазола пропионата 0,05% 2 раза в день 2 месяца; инъекции пролонгированным ГКС путем внутрикожного введения в очаг поражения раствора бетаметазона дипропионата (2 мг) + бетаметазона динатрия фосфата (5 мг) из расчета 0,2 мл/см<sup>2</sup> каждые 3 недели, всего № 2.

Результаты. В процессе лечения была отмечена положительная динамика кожного процесса. По истечении 2 месяцев проведения комплексной терапии (топические глюкокортикостероиды в виде мази и инъекций в очаги алопеции, препараты из группы противосудорожных препаратов и антидепрессантов системно) в очаге алопеции наблюдался рост велусных и новых терминальных пигментированных волос, уменьшилась интенсивность желтых точек в устьях фолликулов. В целом увеличилась плотность роста волос на голове. Пациент отмечал удовлетворительную переносимость назначенной терапии, побочных эффектов не выявлено.



Выводы. В случае развития ГА у пациентов с коморбидной психиатрической патологией лечение должно проводиться совместно врачом-дерматовенерологом и врачом-психотерапевтом в амбулаторных условиях. Пациентам с локальными формами ГА и коморбидной психиатрической патологией, принимающим системно противозипелетические препараты и антидепрессанты, можно рекомендовать лечение топическими ГКС в виде мази и внутривенных инъекций.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

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

Рубцовые алопеции (РА) – группа патологий, отличительной особенностью которых является необратимая потеря волосных фолликулов с их фиброзированием. Особый интерес дерматологов вызывают первичные РА – хронические заболевания, при которых непосредственно волосной фолликул является мишенью патологического воспалительного процесса. Невозвратность потери волос с формированием участков рубцовой ткани в заметных областях, прогрессирующий характер течения большинства патологий и отсутствие высокоэффективной терапии может приводить к выраженным психосоциальным последствиям. Ведение таких пациентов требует индивидуального подхода с оценкой качества жизни пациентов и скринингом сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств. Исследования психосоматического статуса данной группы больных малочисленны, что определяет актуальность их проведения.

Цель: изучить психосоматический статус пациентов с первичными рубцовыми алопециями.

Задачи. У больных с первичными рубцовыми алопециями оценить качество жизни и провести скрининг тревоги, депрессии с использованием психометрических опросников.

Материалы и методы. Выборка исследования составила 25 пациентов с первичными рубцовыми алопециями (23 жен., 2 муж.; средний возраст – 46,4 лет,  $SD \pm 12,1$ ), включая следующие патологии: фолликулярный плоский лишай (ФПЛ,  $n=14$ ), фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА,  $n=6$ ), дискоидная красная волчанка (ДКВ,  $n=1$ ), фиброзная алопеция в типичном распределении (ФАТР,  $n=2$ ), декарвирующий фолликулит (ДФ,  $n=1$ ), фолликулит и перифолликулит абсцедирующий Гоффмана (ФГ,  $n=1$ ). С использованием психометрических опросников проводилась оценка тревоги и депрессии (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии, HADS) и качества жизни пациентов (Дерматологический Индекс Качества Жизни, ДИКЖ).

Результаты. Влияние патологий на качество жизни по ДИКЖ установлено у 64% пациентов: у 24% незначительное, у 32% – умеренное, 8% – очень сильное. В целом по выборке влияние патологии на КЖ незначительное: суммарный ДИКЖ составил 4,3 балла,  $SD \pm 4,1$  (2–5 баллов – незначительное влияние). Тревога по HADS установлена у 32% пациентов с РА, у 16% в сочетании с депрессией. Средний балл тревоги составил 5,9 баллов,  $SD \pm 4,4$ ; депрессии – 4,5 балла,  $SD \pm 3,1$ .

Выводы. У значительной части пациентов с первичными рубцовыми алопециями установлены нарушения качества жизни в связи с патологией. Психические расстройства в исследованной выборке установлены у трети больных, преобладала тревога в сравнении с депрессией. Пациенты с РА могут быть достаточно хорошо психологически адаптированы к своему состоянию и не испытывать значимых нарушений качества жизни. В тоже время в связи с необратимостью и заметностью изменений исследованные патологии могут значительно нарушать качество жизни больных, что требует своевременного скрининга и следует обязательно учитывать при ведении данной группы больных. Требуются дальнейшие исследования качества жизни пациентов с РА, в частности определение предикторов его снижения.

## РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ НА ПРИЕМЕ ДЕРМАТОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА. ВЫЯВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ.

<sup>1</sup> Городская клиническая онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>2</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>3</sup> Клиника Волосы.ру, Санкт-Петербург, Москва, Санкт-Петербург

<sup>1,2</sup> Равадин Р.А., <sup>3</sup> Денисова Е.А.

Цель: улучшить диагностику и контроль рубцовых алопеций на дерматологическом и косметологическом приеме.

Материал и методы. Рубцовые алопеции – группа заболеваний, вызывающих полное разрушение пилосебацейных юнитов (пилосебацейный юнит – комплекс, включающий волос, волосной фолликул, т. arestorpii и сальную железу) и необратимую потерю волос, сопровождающуюся видимым исчезновением фолликулярного рисунка кожи волосистой части головы и гибелью волосных фолликулов. Пациенты с рубцовыми алопециями, имеющие большую площадь очагов поражения, характеризуются высоким уровнем психологического напряжения и социальной дезадаптацией. Все приобретенные рубцовые алопеции в зависимости от характера заболевания, лежащего в основе воспалительной реакции, сопровождающейся гибелью волосного фолликула, подразделяются на первичные (воспаление различных отделов фолликула и его гибель происходят первично) и вторичные (когда воспаление переходит на волосной фолликул с окружающей его дермы). Распространенность первичных рубцовых алопеций на трихологическом приеме составляет 3–7%. У пациентов с подозрением на рубцовую алопецию кроме визуального осмотра, выполнения теста натяжения волос, обязательным является проведение трихоскопической диагностики, при которой важнейшим диагностическим критерием является отсутствие устьев волосных фолликулов, при этом оценивается наличие признаков воспаления и фиброза. В большинстве случаев ключевым диагностическим методом в постановке диагноза при первичной рубцовой алопеции является гистологическое исследование. Целью терапии при первичных рубцовых алопециях должно быть уменьшение выраженности воспаления, предотвращение дальнейшей потери волос и распространения рубцевания, а также увеличение длительности ремиссии. К сожалению, в отношении рубцовых алопеций стандартизованное лечение не разработано, рандомизированные контролируемые испытания с оценкой эффективности тех или иных методов терапии отсутствуют. Одним из возможных методов коррекции конечных стадий рубцовых алопеций является трансплантация волос в область рубца. Под нашим наблюдением находилось 5 пациентов с первичной рубцовой алопецией (4 женщины и 1 мужчина, средний возраст 50 лет) и 6 пациентов со вторичной рубцовой алопецией (4 женщины и 2 мужчин, средний возраст 30 лет). Оценку эффективности лечения при первичных рубцовых алопециях проводили при помощи обзорной фотосъемки и данных трихоскопической картины спустя 3, 6 и 12 месяцев после начала лечения. Оценку приживаемости волос проводили с помощью обзорной фотосъемки и фототрихограммы спустя 6 и 12 месяцев после операции по пересадке волос. Результаты. Получены хорошие результаты приживаемости волосных фолликулов в случаях пересадки волос при вторичных рубцовых алопециях у 6 пациентов и на фоне снижения активности воспалительного процесса при первичных рубцовых алопециях у 5 пациентов.

Выводы. Своевременная диагностика и терапия рубцовых алопеций с последующей пересадкой волос свидетельствуют о возможности их эффективного контроля.

## СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ДЕКАЛЬВИРУЮЩЕГО ФОЛЛИКУЛИТА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Росбиотех», Медицинский институт непрерывного образования, кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии, Москва*  
**Сафонова Л.А.**

Декальвирующий фолликулит (ДФ) – это редкая первичная форма нейтрофильной рубцовой алопеции (РА), поражающая преимущественно в/ч головы (NAHRS, 2001). Заболеваемость ДФ составляет 10-11% от всех случаев первично выявленной РА. Болеют чаще молодые люди обоего пола. Раннее начало, до 25 лет, связано с более тяжелым течением процесса. Клиническими особенностями ДФ является наличие очагов поражения преимущественно на коже в/ч головы в области темени, реде макушки. Отмечаются рецидивирующие фолликулярные пустулы, серо-желтые чешуйки, эритема, гиперкератоз, молочно-красные и белого цвета участки без фолликулярных устьев (фиброз и образование рубца) и наличие отличительного признака заболевания – фолликулярных пучков, содержащих от 5 и более стержней волос, возникающих вследствие фиброза и фиксации в них телогеновых волос (Л. Рудницкая и соавт., 2019 г.). Субъективно заболевание сопровождается болезненностью кожи в/ч головы, чувством зуда и жжением. Клинически выделяют 3 стадии ДФ (Vano-Galvan S et al., 2015) в зависимости от максимального диаметра очага РА: I стадия – до 2 см, II стадия 2–5 см, III стадия – более 5 см. К основным трихоскопическим признакам ДФ относят: пучки из 5 и более волос, желтые фолликулярные пустулы, желтоватое трубчатое шелушение, признак «взрыва звезды», удлиненные петли сосудов вокруг фолликулов. На более поздних этапах – молочно-красные и белые участки без фолликулярных устьев. На приеме пациентка К., 25 лет, с жалобами на выпадение волос, наличие гнойничков и очага облысения на коже в/ч головы, болезненность, небольшой зуд и чувство стягивания кожи в данной зоне. Больна в течение 1,5 года, когда впервые началось выпадение волос, возникли гнойнички на в/ч головы в области темени, появились болезненность и зуд в данной области. Дважды обращалась к дерматологам по месту жительства, где выставлялся диагноз: «Фолликулит» и «Андрогенетическая алопеция»,

назначенное лечение было без эффекта. Из анамнеза: хр. тонзиллит, 6 мес назад перенесла COVID-19 в легкой форме, частые стрессы и ночные дежурства на работе. При осмотре процесс локализован в макушечной и теменной областях в/ч головы, представлен очагом рубцовой алопеции диаметром 8х6 см розовато-красного цвета, местами цвета слоновой кости, гладкой и плотноватой на ощупь, кожа в складку не берется. По периферии очага расположены множественные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом, единичные эрозии, корочки серозно-геморрагического характера с венчиком гиперемии по периферии. По краю и в центре очага алопеции имеется рост пучковых волос (до 10–15 волос в пучке). На трихоскопии (х60) выявлены пучки волос, содержащие 8–12 стержней, единичные желтые фолликулярные пустулы, пронизанные стержнем волоса, молочно-красные области с отсутствием устьев сально-волосяных фолликулов, эпидермальная гиперплазия вокруг пучков волос в виде «взрыва звезды», желтоватое трубчатое шелушение, концентрически расположенные вокруг фолликулов удлиненные петли сосудов. Pull-тест слабopоложительный (3–5 волос из краевой зоны очага, с темными кончиками, волосы в стадии анагена). Патоморфология от 17.11.2021 435/21. Заключение. Патогистологическая картина характерна для рубцовой алопеции нейтрофильного типа. Бакпосев содержимого пустул от 15.11.21 – обильный рост *Staph. aureus* 106 КОЕ/мл, определена чувствительность к ряду антибиотиков. В ОАК – без патологии, в б/х анализе – снижение уровня сывороточного железа – 9,2 мкмоль/л, уровня витамина Д3 – 18 нг/мл, общего белка – 65,4 г/л. Консультация стоматолога – ротовая полость санирована. Консультация ЛОР-врача – хр. тонзиллит в стадии неполной ремиссии, назначена местная терапия. Был выставлен диагноз: «Декальвирующий фолликулит, активная стадия». В соответствии с III стадией тяжести процесса и выявленной чувствительностью к антибиотикам была назначена комбинация из двух антибиотиков перорально в течение 12 недель, местно – топический антибиотик + стероид ежедневно длительно и инъекции стероидов в область поражения (триамциналон 10мг/мл) 1 раз в 3-4 недели в течение 4–6 мес, в соответствии с рекомендациями, предложенными А. Тости (2021). На фоне лечения удалось достигнуть стабилизации процесса и полностью убрать субъективные ощущения у пациентки. Диагностика ДФ на первом этапе и его лечение в дальнейшем представляет большую сложность для практических врачей. А агрессивное течение заболевания, плохо поддающегося контролю и приводящего к невозвратной потере волос, требует своевременной диагностики и адекватной терапии.

## КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

### ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Череповецкий государственный университет, Новосибирск

Атаманова Э.Р., Кудака М.А., Сергеева И.Г.

Введение. Розацеа, являясь хроническим заболеванием, часто расценивается, как косметическая проблема. Пациенты с осторожностью относятся к необходимости длительной терапии, многообразию лекарственных препаратов и их побочным эффектам. Таким образом, как само заболевание, так и назначаемое лечение могут вызывать страх у больных, в связи с чем представляет интерес оценка отношения пациентов с розацеа к опасности. Под отношением к опасности понимают способность индивида своевременно распознавать угрозы и реагировать на них. Цель. Определить типы отношения к опасности больных розацеа. Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки было протестировано 30 пациентов с розацеа: 18 женщин (средний возраст  $34,5 \pm 8,3$  лет) и 12 мужчин (средний возраст  $36,5 \pm 10,1$  лет). В качестве диагностического инструментария использовали опросники, разработанные коллективом авторов под руководством В.Г. Маралова. Сочетание уровня чувствительности к угрозам и способов реагирования определяют 8 типов отношения к опасности: адекватный, тревожный, игнорирующий и неопределенный, каждый из которых может быть чувствительным или с пониженной чувствительностью. Для оценки достоверности различий между группами использовали U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Результаты. При оценке отношения к опасности у пациентов с розацеа были выявлены 6 типов из 8 (за исключением тревожного с пониженной чувствительностью и игнорирующего-чувствительного типов). Адекватная реакция на опасность была типична для большинства пациентов: адекватный-чувствительный и адекватный с пониженной чувствительностью типы составили 30% и 17% соответственно. Тревожный-чувствительный тип встречали только у женщин, и для них он был наиболее характерен – к нему относилось 44% пациенток. Игнорирующий с пониженной чувствительностью тип выявлен только у 1 мужчины (3%). Неопределенный-чувствительный и неопределенный с пониженной чувствительностью типы (13% и 10% соответственно) одинаково часто встречались среди женщин и мужчин. Пациенты с адекватными и неопределенными с низкой чувствительностью типами обращались к врачу позже, чем больные с высоким уровнем чувствительности ( $p < 0,05$ ). Обсуждение. В результате исследования было установлено, что типы отношения к опасности различаются у пациентов с розацеа в зависимости от пола. Адекватная реакция на опасность характерна для мужчин (58%). Тенденция к преувеличению значения угрозы типична для женщин (44%). Имеется обратная связь между давностью заболевания и степенью чувствительности к угрозам. Применение полученных результатов на практике позволит врачу выстроить более доверительные отношения с пациентом с учетом его отношения к опасности, что значительно повысит эффективность проводимого лечения. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НГУ (протокол №2 от 22.11.2021).лечения).

### МАСТОЦИТОЗ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Маркович К.И., Касихина Е.И.

Мастоцитоз представляет собой гетерогенную группу заболеваний, характеризующихся патологическим накоплением клональных тучных клеток (ТК) в одном или нескольких органах. У большинства детей тучноклеточные инфильтраты локализованы в коже, что позволяет с учетом результатов обследования формировать диагноз кожного мастоцитоза. Жалобы у больных мастоцитозом детей, помимо характерных высыпаний на коже, в основном, связаны с симптомами, обусловленными высвобождением медиаторов из ТК, которые, как хорошо известно, являются эффекторными клетками немедленных аллергических реакций. В IgE-опосредованных реакциях гиперчувствительности аллергены перекрестно связывают специфические молекулы иммуноглобулина класса E (IgE), которые, взаимодействуя с высокоаффинным рецептором IgE (FcεRI) на ТК, запускают их дегрануляцию. Помимо взаимодействия IgE-FcεRI и нижестоящих сигнальных путей, которые запускаются перекрестным связыванием FcεRI, ТК также могут активироваться другими механизмами и рецепторами, экспрессируемыми на поверхности этих клеток. К ним относятся, среди прочего, toll-подобные рецепторы, рецептор фактора стволовых клеток KIT (CD117), рецепторы комплемента и рецепторы, связанные с поверхностным G-белком, включая MRGPRX2. Однако, ТК клетки могут дегранулироваться спонтанно или в ответ на неаллергические триггеры, что также приводит к появлению клинических симптомов. У пациентов с мастоцитозом дегрануляция ТК способствует развитию клинических симптомов, особенно, выраженных при наличии сопутствующей аллергии. Цель исследования: провести анализ сопутствующих аллергических заболеваний у детей с кожным мастоцитозом. Материал и методы. Для анализа использовались сведения из медицинских карт амбулаторного больного (учетная форма № 025/у -04)121 детей в возрасте от 3 мес до 17 лет включительно с диагнозом «кожный мастоцитоз», находившихся на лечении и наблюдении в филиале Юго-западный с клиникой аллергологии «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии». В исследование включали данные детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в период с января 2019 по декабрь 2022 гг. Все пациенты с мастоцитозом были включены в исследование единственной выборкой. Контрольная группа не формировалась. Классификация различных типов мастоцитоза была проведена в соответствии с консенсусом и классификацией ВОЗ. В процессе исследования был проведен проспективный анализ сопутствующих аллергических заболеваний. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, физикальное обследование. Все пациенты были проконсультированы специалистом аллергологом-иммунологом. Количественное определение общего IgE в сыворотке крови осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем LabodiaХема (Швейцария – Россия). Определение уровня специфических IgE к экстрактам ингаляционных, пищевых, грибковых аллергенов проводилось с использованием тест – систем Phadia ImmunoCAP (Швеция). Результаты. В проспективное исследование были включены данные 185 детей, больных кожным мастоцитозом (92 мальчика и 93 девочки), в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. У 35 (19,0%) детей наблюдался с мономорфный тип ППКМ, у 90 (48,6%) – полиморфный тип, у 60 (32,4%) пациентов – мастоцитомы кожи. В процессе обследования у 40,0% детей с мастоцитозом были выявлены аллергические заболевания. Наиболее часто у детей регистрировался атопический дерматит, аллергический ринит, пищевая аллергия. Реакций на укусы жалящих перепончатокрылых насекомых не отмечалось. На гиперергическую реакцию на укусы двукрылых отмечали всего 3,2% пациентов. В доступной литературе мало данных о клиническом влиянии и распространенности реакций гиперчувствительности на пищевые продукты

и связанных с ними аллергий у пациентов с мастоцитозом. Нами проанализированы анамнестические данные и результаты определения специфических IgE. У 20% детей была выявлена сенсibilизация к белку коровьего молока, у 8,6% – к белку и желтку куриного яйца, у 4% – к глютену и говядине. Выводы. Аллергические заболевания встречаются в общей популяции у 25-30% детей, что значительно ниже, чем у детей с кожными формами мастоцитоза. Примерно 7% больных мастоцитозом сообщили о реакциях на пищу. Распространенность умеренной и выраженной пищевой сенсibilизации у наблюдаемых больных с мастоцитозом составила 14,0%. Наибольшая чувствительность к пищевым аллергенам наблюдалась у пациентов с мастоцитомами, к респираторным аллергенам – у детей с полиморфным типом ППКМ.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ГЛУБИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ В СОЧЕТАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОКТ

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

Щенникова Н.К., Карпенко А.А., Петрова К.С.

**Введение:** Современная медицина опирается на высокоинформативные и результативные методики неинвазивного обследования, которые могут применяться при первичном осмотре пациентов. Ранее были описаны возможности ОКТ для диагностики глубины повреждения кожи, наряду с имеющимися достоинствами (высокая степень разрешения, позволяющая детально изучить исследуемые объекты), существует проблема малой глубины зондирующего излучения, в связи с этим представляется перспективным исследование возможностей высокочастотного УЗИ в оценке глубины повреждения кожи. **Цель работы:** Изучить возможности применения метода высокочастотного УЗИ в оценке глубины повреждения кожи. **Материалы и методы:** В работе использовали визуализатор топограф оптико-когерентный ОКТ-1300: центральная длина волны – 1300 нм, скорость сканирования – 92 кГц, глубина сканирования – 1,5 мм, продольное разрешение – 8 мкм, поперечное разрешение – 8 мкм, мощность излучения на объекте – 0,75 мВт (ниже допустимого уровня ANSI). Обработку полученных ОКТ-изображений выполняли с помощью специализированных программ HF\_OCTf\_512Cuda+ViewKub, HF\_OCTf\_Viewer. Также аппарат ультразвукового исследования и определения морфофункциональных параметров кожи, вариант исполнения: DUB SkinScanner, со следующими техническими характеристиками: датчик ультразвуковой линейный с центральной частотой 22 МГц, глубина сканирования в В-режиме – 40 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме: 72 мкм, ширина сканируемого участка: 25 мм, также датчик ультразвуковой линейный, с центральной частотой 75 МГц, глубина сканирования в В-режиме – 4 мм, продольная разрешающая способность в В-режиме: 21 мкм, ширина сканируемого участка: 12,8 мм. Обработка полученных изображений проводилась с помощью программного обеспечения DUB. Обследовано 15 пациентов Ожогового центра Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии в возрасте от 19 до 78 лет, 9 мужчин и 6 женщин, с ожогами различной степени тяжести, производили обследование здоровой кожи симметричной области, в очаге поражения или рядом с очагом поражения в той же анатомической области. **Результаты:** Было установлено, что метод высокочастотного УЗИ позволяет оценить наличие или отсутствие эпидермиса, но не позволяет оценить состояние зоны эпидермо-дермального соединения, так как его визуализация затруднена из-за низкой разрешающей способности метода, тогда как на ОКТ эта зона визуализируется достаточно четко. Было установлено, что метод высокочастотного УЗИ позволяет визуализировать дерму на всю глубину до ПЖК, в том числе оценить сохранность придатков кожи вне зависимости от глубины их расположения в отличие от ОКТ, что существенно повышает информативность обследования и дает дополнительную информацию о состоянии ПЖК и иногда даже более глубоко лежащих тканей. Метод ОКТ может оценивать состояние струпа на незначительную глубину сопоставимую с проникающей способностью излучения, тогда как для УЗИ толщина струпа не является препятствием, при применении соответствующей иммерсии в сочетании с необходимым временем экспозиции, мы можем получить информация о состоянии струпа и жизнеспособности тканей находящихся под ним. Варибельность переключения с 75 на 22 мГц позволяет получить не только микроскопическую картину, но и оценить состояние большого объема тканей. В отношении со-

хранности сосудов различного калибра, следует отметить, что доплеровское исследование дает информацию только о наличии функционирующих сосудов достаточно большого калибра (более 100 мкм), тогда как ОКТ позволяет не только оценить состояние сосудов дермы с калибром от 10 мкм, но и определить принадлежность к артериальному или венозному руслу. **Обсуждение:** Таким образом высокочастотное УЗИ является очень информативным методом, позволяющим получить ответ на актуальные вопросы комбустиологии, в частности – определить сохранность придатков, что позволяет дифференцировать ожоги 3а и 3б, принципиально определить наличие или отсутствие эпидермиса, разграничить ожоги второй и третьей степени, но не предоставляет детальной информации об эпидермисе, зоне эпидермально-дермального соединения, характеристиках микроциркуляторного русла, поэтому метод без сомнения может использоваться для определения глубины повреждения кожи, но наилучшие результаты можно получить при сочетании двух методик.

## АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА

Российский университет дружбы народов, Москва

Медникова М. А., Жукова О. В.

Мастоцитоз – гетерогенная группа заболеваний, обусловленная избыточным ростом и накоплением тучных клеток в одном или нескольких органах, часто связанным с мутацией с-KIT. В зависимости от локализации поражения выделяют кожный мастоцитоз (КМ) и системный мастоцитоз (СМ). Кожный мастоцитоз, в свою очередь, подразделяется на пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ППКМ), т.н. пигментная крапивница; диффузный кожный мастоцитоз и мастоцитозу кожи. ППКМ включает в себя мономорфный вариант, характеризующийся преимущественно длительным прогрессирующим течением, и полиморфный вариант, имеющий благоприятный исход с высокой вероятностью самопроизвольного регресса высыпаний. Специфические критерии кожного мастоцитоза, определенные консенсусной группой ЕС/США в 2016г., включают отсутствие признаков или критериев системного мастоцитоза и наличие типичных кожных поражений мастоцитоза, связанных с симптомом Дарье, который является основным критерием КМ, и один или два из следующих второстепенных критериев: повышенное количество ТК в биоптатах пораженной кожи и активирующая мутация KIT в пораженной коже. У детей с кожными формами переход в системный мастоцитоз встречается редко, но консенсусной группой ЕС/США по мастоцитозу определено, что группой риска перехода в системный процесс являются дети с мономорфным типом ППКМ. В связи с данным обстоятельством необходима разработка алгоритма диагностики и динамического наблюдения детей с разными типами ППКМ. **Цель.** На основании полученных клинико-диагностических и лабораторных данных провести оценку диагностических маркеров полиморфного и мономорфного типов ППКМ. **Материал и методы.** Для анализа использовались сведения из амбулаторных карт 96 детей и 33 взрослых, находившихся на лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ». **Результаты.** Мономорфный тип был диагностирован у 28 (29,2%) пациентов, полиморфный – у 68 (70,8%) пациентов. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,34:1. На дебют в возрасте до 2 лет указали родители 63 (92,6%) детей с полиморфным типом. У 28 (64,3%) пациентов высыпания, соответствующие клинике мономорфного типа, появлялись в возрасте старше 2-х лет. Средний возраст начала заболевания при мономорфном типе составил 4,0±0,25 года. Среди взрослых с пигментной крапивницей дебют в подростковом возрасте отмечали 3 (9,0%) пациента. В клинической картине мономорфного типа преобладали множественные мелкие пятна коричневого или желто-коричневого цвета диаметром от нескольких миллиметров до 1 см округлых или овальных очертаний. Сыпь локализовалась симметрично на нижних конечностях и теле. Высыпания при полиморфном типе были представлены пятнами, папулами, бляшками, размеры которых варьировали от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, коричневого или красно-коричневого цвета. Высыпания локализовались на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, ягодиц, паховой области, верхних и нижних конечностей. У пациентов с полиморфным типом общепопуляционный уровень триптазы (<11,4 мкг/л) определялся достоверно чаще, чем у пациентов с мономорфным типом (p<0,05). Повышенный уровень триптазы был выявлен у 53,6% пациентов с мономорфным типом и у 69,7% взрослых с пигментной крапивницей. Анализируемые уровни триптазы у пациентов значительно варьировали между нормальными и повышенными значениями

(среднее значение  $9,3 \pm 15,7$ , диапазон 1,4–50,6 мкг/л). Повышение уровня общего IgE выше возрастной нормы было выявлено у 53 (77,9 %) пациентов с полиморфным типом, с мономорфным типом – у 3 (10,7%) детей. Выводы. Пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз — сложная клиническая форма мастоцитоза, развивающаяся как у детей, так и взрослых с разнообразными клиническими проявлениями и вариабельным течением, особенно в тех ситуациях, когда патогномичный для данного заболевания феномен Унны-Дарье является отрицательным. В процессе первичной диагностики ППКМ у взрослых и детей следует обращать на симптомы, связанные с активностью медиаторов тучных клеток. Дети с ППКМ требуют динамического наблюдения с помощью клинико-лабораторных методов исследования, что позволит контролировать активность процесса и своевременно корректировать медикаментозное лечение. Чаще всего у детей встречается полиморфный вариант, имеющий тенденцию к спонтанному регрессу в период полового созревания, в то время как у детей с мономорфным вариантом мастоцитоз часто сохраняется во взрослом возрасте.

## ОШИБКИ ПОДОЛОГОВ И РИСК РАСПРОСТРАНЕНИЯ УСТОЙЧИВЫХ К ТЕРАПИИ МИКОЗОВ

НИЦ Клиника Дерматологии, Москва  
Склярова В.А.

**Введение.** Все больше врачей-дерматологов, занимающихся ведением пациентов с микозами стоп и онихомикозом, в последние годы сталкивается с проблемами как самолечения и самодиагностики этой и другой патологии стопы без участия врача, так и влиянием на поведение пациентов мастеров со стороны педикюра и ухода за стопой, именующих себя подологами (зарубежный эквивалент *podiatry*). Последнее может оказаться как благотворным, способствующим раннему обращению больных микозами за медицинской помощью, так и вредоносным, удерживающим пациента от полноценного лечения контактной грибковой инфекции – дерматофитии. Цели и задачи исследования: С целью обобщить наиболее типичные ошибки, связанные с ведением больных онихомикозами, мы проводили опрос пациентов, отмечая типичные высказывания мастеров педикюра, их суждения о заболевании, а также их назначения и рекомендации, выдаваемые пациентам. Материалы и методы: Под нашим наблюдением в 2022 году находилось более 400 больных с микозом стоп и онихомикозом, из них не менее 250 перед обращением в клинику посещали мастеров педикюра (подологов). Нами был проведен опрос пациентов и отмечены факты, характеризующие особенности оказания подологических услуг больным дерматофитией и сопряженные с этим ошибки. Результаты исследования В качестве общей тенденции, типичной и для посещавших подолога, и для впервые обращающихся за внешней помощью по поводу «проблемы ногтей» отметим практически поголовное самостоятельное использование наружных форм антимикотиков, с примерным соотношением сообщенной частоты применения наиболее популярных форм раствора нафтифина и лака с аморолфином как 4 к 1. Значительная часть больных, впервые обращающихся к дерматологу, указало на то, что мастера педикюра сообщали им неверные факты о грибковых заболеваниях ногтей, иногда пугая «небывальными» по тяжести исходами инфекции, а иногда совершенно игнорируя инфекционную природу заболевания. Распространенным убеждением, внушаемым современными «подологами» своим пациентам, является ущерб, который якобы нанесет организму пациента прием системных антимикотиков, назначаемых врачом – с указанием «токсичности» действия антимикотиков на конкретные органы (почки, печень, репродуктивная система). Наиболее типичными неблагоприятными последствиями для пациента от «менеджмента» настоящих заболеваний ногтей и стоп у мастеров педикюра мы считаем: 1. Увеличение срока, проходящего до обращения к врачу-дерматологу и полноценного лечения и удлинение анамнеза заболевания с усугублением его тяжести (вовлечение новых ногтей, обширный гиперкератоз). 2. «Псевдодиагностика» микозов при их отсутствии у пациента с назначением антимикотиков, или наоборот – ведение больных с микозами ногтей как потребителей услуг педикюра (уход с косметологическим купированием отдельных симптомов, напр. гиперкератоза). Обе эти проблемы, в купе с эпизодическим назначением топических антимикотиков без санации ногтя могут стать потенциальным условием для развития устойчивых форм дерматофитии, в частности – руброфитии ногтей. В качестве одной из причин возможных осложнений следует указать на тот факт, что большинство мастеров педикюра не имело даже среднего медицинского образования – доля имеющих его составляет чуть более 10%. При этом некоторые мастера педикюра

(подологи) в рекламных объявлениях – в частности, в электронных медиа, на своих страницах в социальной сети заявляют о своем отношении к медицине, квалифицируя себя как «медик», заявляя о «медицинском образовании», но не предоставляя никаких документов и работая вне медицинской лицензии. На этом фоне особо вопиющими являются факты направления мастерами педикюра больных на лабораторные исследования, не имеющие никакого отношения к заболеванию, и даже назначение системных антимикотиков. Выводы. Необходима активная информационно-разъяснительная работа о недопустимости ведения социально-значимых контактных заболеваний лицами вне лицензируемых видов медицинской деятельности.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кабардино-Балкарский ордена Дружбы народов университет  
имени Х. М. Бербекова, Нальчик  
Шанибова Л.З.

Клинико-эпидемиологическое значение герпесвирусных инфекций у часто болеющих детей. Введение Герпесвирусные инфекции являются одной из значимых проблем современной дерматологии. В популяции человека широко представлены вирусы герпеса, вызывающие различную клиническую картину и способные поражать разные органы и системы, в том числе и кожу. В первую очередь это связано с их широким распространением и неспецифичностью патологических процессов. Согласно мировой статистике, за последние 20-30 лет распространенность герпесных инфекций среди детского населения увеличилась в 20 раз. Проблема часто болеющих детей широко распространена и в современном населении КБР, особенно – среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа детей, часто и длительно болеющих дерматологическими заболеваниями. Поэтому очень важно понять, насколько часто проявляются данные заболевания у часто болеющих детей, какова этиология и патогенез заболеваний и каковы ведущие факторы риска осложнений, вызванных ГВИ, для создания современных профилактических мероприятий. А также разработать правильную тактику лечения. Цель исследования: определить частоту клинико-эпидемиологического значения герпесвирусных инфекций у часто болеющих детей. Материалы и методы. Основу работы составил ретроспективный эпидемиологический анализ дерматовенерологической заболеваемости герпетическими инфекциями группы часто болеющих детей у детей различных возрастных групп (до 1 года, от 1 года до 3 лет, старше 3 лет). Материалом для исследования послужили данные, полученные из Государственных отчетов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» и отчетных форм Центров гигиены и эпидемиологии за 2012-2017 годы. Эпидемиологическая часть работы включала сравнительный анализ анкет, отражающих заболеваемость герпесвирусной инфекцией в группе часто болеющих детей до 17 лет. Проанализировано 50 анкет детей в возрасте до 18 лет, госпитализированных с герпесвирусной инфекцией. Статистический анализ данных проводили с помощью приложения Microsoft Excel. Результаты Из клинико-эпидемиологических вариантов герпесвирусной инфекции у детей из группы часто болеющих детей установлено, что в структуре заболеваемости детей от 1 до 3 лет чаще встречается ВГС-6А/В (80%), у детей от 4 до 6 лет первое место занимают ВГС-6А/В (67%) и ВЭБ (66%), у детей от 7 лет и старше лидирующие позиции занимают ВГС (68%) и ВГС 6-А/В (66%). У 62,8% больных ГВИ смешанная. По клиническим проявлениям, кроме характерных сгруппированных высыпаний на коже в виде пузырьков, чаще всего встречается увеличение миндалин – в 72%. У 64 % респондентов – гиперемия задней стенки глотки, налет на миндалинах и кожная сыпь у 60 %, стоматит у 56 %, бронхит у 52 %. %, гепатоспленомегалия у 30%, лимфаденопатия у 25% и тонзиллит у 20%. Наиболее предрасполагающим фактором к заболеваемости детей являются антенатальные. Заключение В результате сравнительного анализа клинико-эпидемиологической характеристики детей из группы часто болеющих детей выявлено, что в структуре заболеваемости ГВИ на территории Кабардино-Балкарии выше число часто болеющих детей, в основном от 4 до 6 лет. Наиболее частой причиной заболеваемости, по мнению обследованной группы, является наследственность или предрасположенность. Также, изучив различного рода клинические случаи, мы установили закономерность влияния антенатальных факторов на заболеваемость. Таким образом, подавляющее большинство часто болеющих детей имели отягощенный анамнез по герпе-

вирусным инфекциям человека. Тяжелые и рецидивирующие формы ГВИ кожи крайне распространены в практике дерматолога. А частые рецидивы заболевания значительно влияют на качество жизни пациентов и требуют обновленной патогенетической противовирусной терапии. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА 1. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Бакуров Е.В., Пазина М.В. Герпес-вирусная инфекция в дерматологии: проблемы и современный подход к лечению. Клиническая дерматология и венерология. 2015;14(5): 117-124 2. Левина А.С., Бабаченко И.В. Персистирующие инфекции у часто и длительно болеющих детей, возможности этиопатогенетической терапии/ А.С. Левина // Детские инфекции. – 2014 – №2 – с. 42. 3. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Дерматокосметологические аспекты герпесвирусной инфекции. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2006; 2:56-59. 4. Боков А.Г. Герпесвирусные инфекции у детей — актуальная проблема современной клинической практики / А.Г. Боков // 2010 – № 2. – С. 3.

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г.Новосибирск

Польщикова И.А., Макеенко О.А., Колерова А.В., Сергеева И.Г.

Введение. Себорейный дерматит является широко распространенным заболеванием и поражает до 5 % популяции. На сегодняшний день наибольшим предметом обсуждения остается вопрос о связи себорейного дерматита с другими заболеваниями. У пациентов дебют таких заболеваний, как псориаз, асбестовидный лишай может наблюдаться в молодом возрасте. Сходство клинической картины данных заболеваний с себорейным дерматитом требует более внимательно подходить к диагностике у этой группы пациентов. Цель. Оценить характер клинического течения себорейного дерматита у лиц молодого возраста. Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки среди пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу, было отобрано 60 человек в возрасте 30 [26, 39] лет с себорейным дерматитом. Диагностику себорейного дерматита проводили в соответствии с клиническими рекомендациями. У пациентов оценивали жалобы, собирали анамнез с учетом триггерных факторов обострений заболевания и проводили полный клинический осмотр с определением распространенности себорейного дерматита, наличия сопутствующих дерматозов. Результаты. Среди пациентов не выявлено значимых различий по полу – мужчины и женщины обращались по поводу себорейного дерматита к врачу одинаково часто (53% и 47% соответственно). Длительность заболевания от 1 до 5 лет была в 55% случаев. Рецидивирующее течение отмечали у 39 (65%) больных. Наиболее значимыми провоцирующими факторами являлись низкая температура воздуха и стресс на которые указывали 38% и 32% пациентов соответственно. Площадь поражения различалась у пациентов в зависимости от пола. Ограниченная форма заболевания была характерна для женщин – у (75%), распространенная для мужчин – у (53%). У 8 (13%) больных клиническая картина позволяла предположить возможный дебют псориаза и такие пациенты требовали дальнейшего наблюдения. Акне было самым часто встречающимся дерматологическим заболеванием (27%). Обсуждение. Таким образом, на приеме дерматолога у молодых пациентов с себорейным дерматитом встречается рецидивирующее течение заболевания, с давностью от 1 до 5 лет, сочетающееся с акне и, в ряде случаев, требующее наблюдения в динамике для исключения псориаза.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

Медицинский университет Астаны, Кожно-венерологический диспансер, Нур-Султан

МУХАНОВА Л.Р., БАТПЕНОВА Г.Р., ДЖЕТПИСБАЕВА З.С.

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости псориазом детей раннего дошкольного, дошкольного и школьного возраста.

Как и у взрослых, факторами, приводящими к развитию заболевания, являются: наследственность, стресс, в редких случаях начало заболевания может быть спонтанным. В Республике Казахстан, по данным официальной статистики, на 2021 год количество детей (0–14 лет) – 679, подростков (15–17 лет) – 337 случаев. Обращает на себя внимание, что показатели растут среди впервые выявленных, что отражается на общей численности всех больных. Цель работы: изучить клинические формы и особенности клинического течения псориаза у детей, оценить значимость триггеров заболевания у пациентов с псориазом детского возраста. Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с псориазом в возрасте от 3 до 16 лет, среди них 4 мальчика и 7 девочек, которые находились на стационарном лечении в КГОН №3 МГБЗ с октября 2021 г. по июнь 2022 г. Степень распространенности и тяжести течения оценивалась с помощью индекса PASI (показатель выраженности симптомов псориаза: эритемы, инфильтрации и шелушения с учетом площади поражения). Обследование включало: дерматологические обследования и дерматоскопию, клинические и биохимические исследования, иммунологические методы, серологические исследования для исключения сифилиса и ВИЧ-инфекции, обнаружение вируса герпеса в биологическом материале методом ПЦР, ПЦР тест на COVID-19, ФГДС, КТ. Консультация других специалистов. Результаты: в результате обследования преобладали клинические формы: инфильтративно-бляшечная (63,6%) и каплевидная (36,4%). У всех пациентов диагностирована при поступлении прогрессирующая стадия заболевания. У 8 детей зафиксировано поражение ногтей. Непрерывно-рецидивирующая форма псориаза диагностирована у 4 детей. Установлена зависимость между возрастом и показателем индекса PASI: чем младше возраст пациента, тем выше показатель индекса. В среднем индекс PASI у пациентов с инфильтративно-бляшечной формой – 28,6, с каплевидной формой индекс составил 23,4. Выявленные триггеры: отягощенная наследственность, стресс, перенесенная стрептококковая инфекция. Обсуждение: отмечается факт начала заболевания преимущественно среди детей раннего дошкольного возраста; у детей младшего возраста преобладает инфильтративно-бляшечная форма заболевания. Среди особенностей течения псориаза у детей выявлено: острое начало, быстрое распространение кожного патологического процесса, раннее вовлечение ногтей пластинок на руках и ногах. У 81% детей высыпания локализовались преимущественно на лице и волосистой части головы. Особенностью заболевания у этих детей были: ярко выраженный эритематозный кожный процесс с инфильтрацией и крупнопластинчатым шелушением. К моменту выписки пациентов индекс PASI пришел в норму, то есть уменьшился на 50–65%. Хорошо отвечали на терапию дети старшего возраста: у них зуд проходил быстрее, кожные покровы очищались за меньший промежуток времени. У детей младшего возраста высыпания характеризуются более яркой эритемой, у подростков же – инфильтрацией. При множестве факторов риска, можем отметить, что для начала заболевания преобладают наследственные факторы (были у 72% детей). Выводы: таким образом, факторы риска имеют большое значение в развитии заболевания и их значимость возрастает в несколько раз при наличии генетической предрасположенности, выраженной реактивности иммунной системы, при одновременном или же последовательном их влиянии. Учитывая знания триггеров, можно профилактировать и отсрочить манифестацию заболевания или его прогрессирование.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО НЕВУСА

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва  
 Крохмалева Е.А.

Введение. Эпилюминесцентная дерматоскопия (ЭД) является одним из наиболее популярных методов диагностики пигментных образований кожи. Анализ литературы указывает на случаи низкой достоверности диагностики диспластического невуса при ЭД, процент ошибки по данным исследований в среднем составил 12%. Метод аутофлуоресцентной (АФ) диагностики успешно применяется в диагностике неоплазии слизистой оболочки, диспластических процессов в доброкачественных новообразованиях, злокачественных опухолей различной локализации. Многочисленные исследования продемонстрировали высокой уровень чувствительности и специфичности метода. Цель работы: сравнить эффективность и информативность ЭД и АФ в ранней диагностике диспла-

стического невуса. Задачами исследования явились: 1) провести диагностику пигментных новообразований кожи в 2 группах пациентов 2) выявить наличие признаков диспластического невуса в каждой из групп; 3) сопоставить данные неинвазивной диагностики с результатами гистологического исследования. Материал и методы. Было исследовано 133 меланоцитарных новообразований у 98 пациентов, в возрасте от 21 до 65 лет. Характер новообразований, типы кожи, возраст и пол пациентов в группах были сопоставимы. В I группу включили 67 новообразований кожи, где выполнялось традиционное дерматоскопическое исследование при помощи ABCDE-алгоритма и вычислением дерматоскопического индекса с использованием дерматоскопа HeineDelta20. Признаками, указывающими на диспластический невус, считались сочетание трех из этих параметров: диаметр образования более 5 мм, нечеткие границы, неровные края, асимметрии пигментации и/или наличия бело-голубых структур, возвышение над уровнем кожи и/или любое изменение невуса, произошедшее на протяжении 2 мес. Во II группу вошли 66 пигментных образований, где проводился анализ с использованием АФ метода с применением портативного лазерного спектрального анализатора GodoxQT1200 II с длиной волны возбуждения флуоресценции 632 нм и регистрацией реакции АФ в диапазоне 450–950 нм. Спектры были получены в диапазоне 450–950 нм с шагом 10 нм. Признаками, указывающими на наличие меланоцитарной дисплазии, считались повышение уровня АФ  $\geq 0,71 \pm 0,05$  усл.ед., смещение пика флуоресценции  $\geq 5$  нм от пороговых значений, повышение коэффициента флуоресцентной контрастности  $\geq 1,45$  и повышение уровня интенсивности АФ более чем на 45% от порогового значения. В дальнейшем все исследованные пигментные образования кожи удалялись с целью их гистологического и иммуногистохимического исследования. Результаты. В I группе в 44 (65,7%) исследованиях не было выявлено данных за наличие диспластического невуса. В 16 (23,9%) случаях выявлены признаки дисплазии легкой и умеренной степени, и в 7 (10,4%) дисплазия тяжелой степени. Во II группе в 40 (60,6%) исследованиях не было выявлено признаков дисплазии. В 18 случаях (27,3%) уровень АФ превысил пороговые значения и составил в среднем  $0,71 \pm 0,05$  усл.ед. в диапазоне 645–710 нм. В данной группе было отмечено смещение максимума более чем на 5 нм от пороговых значений в сторону длинных волн, а также тенденция к росту среднего уровня АФ и средних показателей интенсивности АФ. В 8 исследованиях (12,1%) был повышенный уровень АФ ( $0,87 \pm 0,05$  усл.ед.), который регистрировался в диапазоне 710–840 нм с пиковыми показателями на уровне 790–810 нм, и характеризовался смещением пиков флуоресценции и значимым ростом среднего уровня АФ и средних показателей интенсивности АФ. Гистологическое исследование в I группе выявило признаки дисплазии легкой и умеренной степени в 12 (17,9%) случаях и дисплазии тяжелой степени – в 4 (5,9%) случаях. Совпадение диагнозов дисплазии легкой/умеренной, тяжелой степени и ее отсутствия составило в данной группе 64,7, 52,6 и 87,3%. Суммарный процент гипер- и гиподиагностики составил 10,4 и 11,9%. При гистологическом исследовании II группы в 17 (25,7%) исследованиях диагностирована дисплазия легкой/умеренной степени и в 7 (10,6%) случаях – дисплазия тяжелой степени. Совпадение диагнозов дисплазии легкой/умеренной, тяжелой степени и ее отсутствия составило соответственно 92,9, 86,1 и 96,9%. Суммарный процент гипер- и гиподиагностики в обоих случаях составил 3%. Обсуждение. Метод АФ диагностики продемонстрировал высокие показатели чувствительности и специфичности в диагностике дисплазии как легкой/умеренной, так и тяжелой степени, поскольку уровни интенсивности АФ, показатели спектров флуоресценции и флуоресцентной контрастности коррелировали со степенью диспластических изменений в меланоцитарных невусах.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва  
Новикова Д.Б., Чернова Н.И.

Введение. Склероатрофический лихен (САЛ) – хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз, характеризующийся потерей эластичности и истончением кожи преимущественно на половых органах. Встречается у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин. Согласно одной из теорий возникновения заболевания

у пациентов с САЛ наблюдается гормональный дисбаланс, который выражается в снижении продукции эстрогена, что приводит к развитию атрофии кожи аногенитальной области. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) – это симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, приводящий к изменениям в аногенитальной области. В настоящее время существуют трудности в диагностике и ведении пациенток с данной сочетанной патологией. Наблюдение за пациентками с аногенитальным САЛ (АГСАЛ) и ГУМС показывает эффективность лечения данных групп пациенток с использованием комбинации топических глюкокортикостероидов (тГКС), увлажняющих средств и топических эстрогенов. В то время как последние могут использоваться длительно в качестве поддерживающей терапии, значительно повышая качество жизни у данных пациенток. Цель исследования: оценить эффективность лечения топическими эстрогенами пациенток с САЛ вульвы и ГУМС в сочетании с тГКС и в качестве монотерапии в период ремиссии. Материалы и методы: под наблюдением находилось 19 пациенток, находившихся на амбулаторном лечении в «ООСМП МНПЦДК ДЗМ» за период 2022–2023 гг., в возрасте от 52 до 67 лет с диагнозом АГСАЛ в сочетании с генитоуринарной атрофией, с давностью заболевания от года до 11 лет. Больным назначался мометазона фураат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом в форме крема 2 раза в сутки – 14 дней, далее клобетазола пропионат 0,05% в форме мази 1–2 раза в сутки – 1 месяц, затем 1 раз в сутки – 1 месяц, далее 2 раза в неделю – 1 месяц. С первого дня терапии рекомендовался гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом в форме геля, через 40 мин после тГКС 1 р в сутки – 10 дней, далее 2–3 р в неделю – 3 месяца. В качестве топических эстрогенов рекомендовался эстриол 1 мг в форме крема, однократное внутривлагалищное введение ежедневно в течение 2 недель, далее одна доза – 0,5 г крема 2 раза в неделю длительно в качестве поддерживающей терапии при отсутствии противопоказаний к использованию локальной терапии эстриолом (гиперплазия эндометрия, рак молочной железы, эстрогенозависимые опухоли и др.). Оценка эффективности проводимого лечения осуществляли при помощи дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и индекса качества жизни дерматологических больных (Dermatology Life Quality Index, DLQI). Кратность обследования в ходе терапевтических мероприятий включала 3 визита (1 – через 14 дней лечения, 2 – через 1 месяц, 3 – через 2 месяца). Результаты. Анализ жалоб, объективного осмотра на 1 и 2 визите показал улучшение состояния в области наружных половых органов, купирование зуда, жжения. На контрольном 3 визите после окончания базового курса зуд и жжение отсутствовали, гиперемия, отек, трещины, эрозии разрешились, отмечалось улучшение психоэмоционального состояния и сна. Интенсивность субъективных симптомов до лечения по ВАШ оценивалась как умеренная или тяжелая ( $9,2 \pm 0,88$  и  $8,8 \pm 0,83$  баллов). Оценка степени тяжести клинических проявлений по критериям ДИШС выявила статистически значимую разницу в регрессе гиперемии и отека от резко выраженного до его полного разрешения через 2 месяца применения комплексной терапии. Анализ показателей DLQI до лечения выявил значительное влияние заболевания на качество жизни пациенток, до лечения и оценивалось в среднем  $25,1 \pm 0,28$  балла, тогда как после комплексного лечения средний балл по показателю DLQI снизился до  $3,2 \pm 0,12$ , что статистически значимо ( $p < 0,01$ ). В качестве поддерживающей терапии всем пациенткам была рекомендована профилактическая поддерживающая терапия с применением тГКС 2 раза в неделю, эмоленты, топические бактериофаги, локально эстриол 0,5 г – 1 доза 2 раза в неделю длительно. Обсуждение: лечение пациенток с САЛ вульвы, осложненным ГУМС, должно быть комплексным и длительным. Лечение тГКС в сочетании с локальным применением эстрогенов и увлажняющих средств по интермиттирующей схеме до полной отмены тГКС и ведением пациенток только на топических эстрогенах в сочетании с местными увлажняющими средствами показывает высокую эффективность относительно регресса клинических проявлений, улучшения психоэмоционального состояния, повышения уровня качества жизни данных пациенток.

## СОДЕРЖАНИЕ СБОРНИКА ТЕЗИСОВ

<b>PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE ПОД МАСКОЙ АТОПИИ</b> .....	1
<i>Бурчик К.А., Шеров В.В., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Бобров М.А., Терещенко Г.П.</i>	
<b>АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ</b> .....	1
<i>Винник Ю.Ю., Малышев А.С. Малышева А.С.</i>	
<b>АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУХОСТЬЮ КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ</b> .....	2
<i>Макеев О.А., Ерёмин А.А., Сергеева И.Г.</i>	
<b>АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РЕГРЕССА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА ФОТОТЕРАПИИ</b> .....	2
<i>Бородулина К.С., Проколова Е.М.</i>	
<b>АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ ИЗ АРАБСКИХ СТРАН, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РУДН</b> .....	3
<i>Жукова О.В., Касихина Е.И., Алзаул Фади З.М.</i>	
<b>АНАЛИЗ УРОВНЕЙ СЫВОРОТОЧНОЙ ТРИПТАЗЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ</b> .....	3
<i>Касихина Е.И., Острцова М.Н., Окенаева А.К.</i>	
<b>АССОЦИАЦИЯ ВИТИЛИГО С АУТОИММУННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> .....	4
<i>Петров В.А., Жукова О.В., Волнухин В.А., Трошина Е.А., Юкина М.Ю., Орлова Е.М., Нуралиева Н.Ф.</i>	
<b>БОЛЕЗНЬ ГРОВЕРА</b> .....	4
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Донченко И.Ю., Радионова Е.Е.</i>	
<b>БОЛЕЗНЬ КИРЛЕ (ОГРАНИЧЕННЫЙ ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ И ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ): СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ</b> .....	5
<i>Каирова А.Н., Ефрим О.И., Черкун А.И.</i>	
<b>БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД КАК КОЖНЫЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ</b> .....	5
<i>Каткова К.В., Шалагинова А.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В., Хамаганова И.В.</i>	
<b>В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФОКУСЕ PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE</b> .....	6
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Бурчик К.А.</i>	
<b>ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОАБЛАТИВНОГО ЭРБИЕВА ЛАЗЕРА В СОЧЕТАНИИ С АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМОЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ И СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ ВУЛЬВЫ</b> .....	6
<i>Чернова Н.И., Фриго Н.В., Проскураина М.И., Атабиева А.Я., Китаева Н.В., Благодир А.С.</i>	
<b>ВПЧ – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ</b> .....	7
<i>Ключарева С.В., Ключарев Г.В., Белова Е.А., Нечаева О.С.</i>	
<b>ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ВУЛЬГАРНЫМ ИХТИОЗОМ</b> .....	7
<i>Ерёмин А.А., Макеев О.А., Сергеева И.Г.</i>	
<b>ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ПУЗЫРЧАТКА – РЕДКИЙ АУТОИММУННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b> .....	8
<i>Плиева К.Т., Денисова Е.В., Бобров М.А., Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.</i>	



<b>ДЕРМАТОЗЫ ЛИЦА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ</b> .....	8
<i>Проценко Т.В., Проценко О.А., Милус И.Е.</i>	
<b>ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: СИМПТОМЫ, МАРКЕРЫ, АССОЦИИ</b> .....	8
<i>Сорокина Е.В., Ахматова Э.А., Мишина Н.В., Ахматова Э.М.</i>	
<b>ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ</b> .....	9
<i>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Денисова Е.В., Плиева К.Т., Шалагинова А.В., Гурдуз В.В., Невозинская Э.А.</i>	
<b>ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ</b>	
<b>ПАЗИНИ–ПЬЕРИНИ У ДЕТЕЙ</b> .....	9
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Бурчик К.А., Рождественская Е.А.</i>	
<b>ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ</b> .....	9
<i>Катунина О.Р., Бобров М.А.</i>	
<b>ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ОЗОНА</b> .....	10
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ И ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН</b>	
<b>ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ</b> .....	10
<i>Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.</i>	
<b>ИХТИОЗИФОРМНАЯ ВРОЖДЕННАЯ НЕБУЛЛЕЗНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ БРОКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</b> .....	11
<i>Новикова Л.А., Донцова Е.В., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.</i>	
<b>К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПРУРИГО</b> .....	11
<i>Потекаев Н.Н., Бобко С.И., Штендер С.</i>	
<b>К ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИДРОТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ</b> .....	12
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Чернов А.В., Саурина О.С., Донцов В.Г., Борзунова Л.Н., Королева Т.В.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ ВИТИЛИГО И ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ</b> .....	12
<i>Шеров В.В., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА</b> .....	12
<i>Ломакина Е.А., Варешкина К.М., Белякина Ю.Е.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА 82 ЛЕТ</b> .....	13
<i>Чернова Н.И., Благодир А.С.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЕРАТОДЕРМИИ БУШКЕ–ФИШЕРА У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ</b> .....	14
<i>Глоба Е.И., Пашкова Е.С., Бохонович Д.В., Назарова Г.П., Горелова Е.А.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЛНИЕНОСНОГО ТЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА</b> .....	14
<i>Жукова О.В., Хамаганова И.В., Потапова С.В.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХОЙ</b> .....	14
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Мурашова Ю.А., Радионова Е.Е.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОПЕЛАДЫ БРОКА</b> .....	15
<i>Березина А.С., Карачева Ю.В., Винник Ю.Ю., Ковалева Ж.В.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МИКРОСПОРИИ</b> .....	15
<i>Репина Т.В., Лекавичус И.Ю., Маслова М.С., Чермошенцев А.А.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «САРКОИДОЗ КОЖИ»</b> .....	16
<i>Ильин Л.А., Романова И.В., Палуха В.В.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВУШКИ В 18 ЛЕТ</b> .....	16
<i>Чернова Н.И., Благодир А.С.</i>	

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ</b> .....	17
<i>Якупов И.А., Джадаева А.В., Жукова С.Ю.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ РОЗАЦЕА</b> .....	17
<i>Федотова Д.А., Винник Ю.Ю., Шапранова И.М.</i>	
<b>КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ: АССОЦИАЦИЯ ЧЕРНОГО АКАНТОЗА, СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА, РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ</b> .....	18
<i>Шеров В.В., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П.</i>	
<b>КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</b> .....	18
<i>Мухачева Д.А., Разнатовский К.И.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЦИНКА</b> .....	19
<i>Ефимова Д.Д., Разнатовский К.И.</i>	
<b>КРУГ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ PITYRIASIS RUBRA PILARIS DEVERGIE У ДЕТЕЙ</b> .....	19
<i>Бурчик К.А., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i>	
<b>КСАНТЕЛАЗМЫ – ВЫБОР ТЕРАПИИ, ДЕРМАТОСКОПИЯ</b> .....	19
<i>Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Слободских Е.О., Пономарев И.В.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕЛЕМ С КЛИНДАМИЦИНОМ И БЕНЗОИЛ ПЕРОКСИДОМ</b> .....	20
<i>Карпова О.А.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</b> .....	20
<i>Муминова М.С., Жукова О.В.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОГРАММЕ ВМП</b> .....	21
<i>Шалагинова А.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Жукова О.В., Хамаганова И.В.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА И УГРЕЙ ОБЫКНОВЕННЫХ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИЗОТРЕТИНОИНА В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ НАФТАЛАНСКОЙ НЕФТИ</b> .....	21
<i>Гребенников В.А., Гребенникова С.В.</i>	
<b>«МАСКИ» СКЛЕРОДЕРМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ</b> .....	22
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В. Н., Бурчик К.А., Рождественская Е.А.</i>	
<b>МОДУЛЯЦИЯ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ КЕРАТИНОЦИТАМИ ЧЕЛОВЕКА</b> .....	22
<i>Волчек И.А., Теряев А.С.</i>	
<b>НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА НОГТЕЙ</b> .....	22
<i>Аль-Хаватми А. А-Х.М., Жукова О.В., Касихина Е.И., Острецова М.Н.</i>	
<b>НАРУШЕНИЯ ИННЕРВАЦИИ И ПАТОЛОГИЯ КОЖИ – ПУТЬ К ПОНИМАНИЮ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ</b> .....	23
<i>Петрова Г.А., Петрова К.С.</i>	
<b>ОБОСТРЕНИЕ КОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, СВЯЗАННОЕ С ПАНДЕМИЕЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И МЕТОДАМИ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ</b> .....	23
<i>Михеева Э.С., Плиева К.Т., Жукова О.В., Корсунская И.М.</i>	
<b>ОГРАНИЧЕННАЯ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ) СКЛЕРОДЕРМИЯ И ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ (ИАПП) У ПОДРОСТКОВ – ДВА СЛУЧАЯ ДЛЯ ДИСКУССИИ</b> .....	24
<i>Заторская Н.Ф., Гребенюк В. Н., Валитова И.В., Бурчик К.А., Рождественская Е.А.</i>	

ОНИХОСКОПИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН И ИХ СВЯЗЬ С ТЯЖЕЛЮСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА. ....	24
<i>Артемьева С.И., Леонова В.С., Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО .....	25
<i>Смирнова О.М., Оспанова С.А., Суханбердиева З.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ СТАТИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ .....	25
<i>Петунова Я.Г., Школьникова Т.В., Никитина Т.А., Требунская Н.А., Кабушка Я.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЧЕСКОГО УРТИКАРНОГО ВАСКУЛИТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА .....	25
<i>Егорова О.Н.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ. ....	26
<i>Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.И., Горбенко А.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ МИКОБИОМА КОЖИ В ЗОНЕ ТАТУИРОВКИ .....	26
<i>Карымов О.Н., Потеекаев Н.Н., Калашникова С.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ .....	27
<i>Аль Кауси З.Д., Разнатовский К.И.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ АО АОКВД. ....	27
<i>Корнеева Л.С.</i>	
ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ УРЕТРИТ, ВЫЗВАННЫЙ NEISSERIA MENINGITIDIS. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ....	28
<i>Каирова А.Н., Ефрим О.И., Глазунова Е.В., Носелидзе А.Р.</i>	
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ. ....	28
<i>Баяндина А.В., Сергеева И.Г., Макеенко О.А., Колерова А.В.</i>	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ IGE-НЕЗАВИСИМОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ .....	29
<i>Жукова О.В., Немер Алаа А.М., Терещенко Г.П., Касихина Е.И.</i>	
ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ АКНЕ .....	29
<i>Проценко Т.В., Проценко О.А.</i>	
ПИТИРИАЗ КРАСНЫЙ ВОЛОСЯНОЙ ОТРУБЕВИДНЫЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСТНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗА .....	30
<i>Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С.</i>	
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЮЩИХ ФОРМ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ .....	30
<i>Потеекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Немировская И.Ю., Куркович Е.Ю., Денисова Е.В., Плиева К.Т., Невозинская З.А.</i>	
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ СВОЙСТВА ДУДНИКА АМУРСКОГО (ANGELICA AMURENSIS, ARIACEAE). ....	30
<i>Волчек И.А., Теряев А.С., Сафонова Л.А., Мичурина А.П.</i>	
ПСОРИАЗ И СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ. ....	31
<i>Бурчик К.А., Валитова И.В., Заторская Н.Ф., Симановская Е.Ю.</i>	

<b>ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ, ВЫЗВАННЫХ ГРИБАМИ-ДЕРМАТОФИТАМИ TRICHOPHYTON, EPIDERMOPHYTON, MICROSPORUM</b> .....	31
<i>Носырева К.К., Гуцин А.Е., Негашева Е.С., Полевщикова С.А., Потекаев Н.Н.</i>	
<b>РАЗНООБРАЗИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ: ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК</b> .....	32
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Артемьева С.И., Косталевская А.В., Михайлова И.А., Байрамова Н.А., Шостак Н.А.</i>	
<b>РАЗРАБОТКА ПРЕДИКТИВНОЙ МОДЕЛИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ «ПРЕКЛИНИЧЕСКОЙ» СТАДИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ</b> .....	32
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Коротаяева Т.В., Артемьева С.И., Михайлова И.А.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018–2020 ГГ.</b> .....	33
<i>Корнеева Л.С.</i>	
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ЗУДОМ И СУХОСТЬЮ КОЖИ ВУЛЬВЫ. УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ</b> .....	33
<i>Чернова Н.И., Заторская Н.Ф., Проскура М.И., Негашева Е.С.</i>	
<b>РЕГРЕСС КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РОЗАЦЕА (РИНОФИМЫ) НА ФОНЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ КОНЧИКА НОСА</b> .....	34
<i>Раводин Р.А., Селезнев С.П., Шенберг В.Г.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ПО АЛЛЕЛИ HLA-CW6 ГЕНА HLA-C</b> .....	34
<i>Разнатовский К.И., Аликбаев Т.З., Бельтюков П.П.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ С УЧЕТОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА TNF-A</b> .....	35
<i>Арифов С.С., Маликова Н.Н., Бобоев К.Т.</i>	
<b>РЕЦЕССИВНЫЙ X-СЦЕПЛЕННЫЙ ИХТИОЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ У ЮНОШИ.</b> .....	35
<i>Симановская Е.Ю., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Терещенко Г.П., Заторская Н.Ф.</i>	
<b>РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ SARS-COV-2</b> .....	35
<i>Красникова В.Н., Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Максимова М.В., Хамаганова И.В.</i>	
<b>РОЛЬ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ И ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ.</b> .....	36
<i>Потекаев Н.Н., Демина О.М., Хатаева Д.И., Косталевская А.В., Каирова А.Н.</i>	
<b>РОЛЬ ГЕТЕРОГЕННОСТИ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ</b> .....	36
<i>Демина О.М., Карпова Е.И., Данищук О.И., Козырева М.В., Труфанов Д.И., Мамедов А.Х.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ</b> .....	36
<i>Жукова О.В., Гаджимурадова М.М., Гаджимурадов М.Н., Магомедов М.Г.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖИ</b> .....	37
<i>Шодиева М.О.</i>	
<b>СЛУЧАЙ СУПЕРИНФЕКЦИИ В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА</b> .....	37
<i>Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Радченко И.Д., Смирнова О.Н., Лалаева А.М.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ КЕРАТИНИЗАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕВЕРЖИ</b> .....	38
<i>Заварина И.В.</i>	
<b>ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕАНГИОМ КОЖИ У ДЕТЕЙ.</b> .....	38
<i>Радионов В.Г., Радионов Д.В.</i>	

УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ .....	39
<i>Артемяева И.Л., Спиридонова Т.К.</i>	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ .....	39
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Донцов В.Г., Борзунова Л.Н., Погодаева Т.И.</i>	
ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ .....	39
<i>Жукова О.В., Корнят М.С., Негашева Е.С., Заторская Н.Ф., Фриго Н.В.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ .....	40
<i>Новикова Д.Б., Чернова Н.И.</i>	
КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ БЕСПИГМЕНТНОЙ И ГИПОПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ .....	41
<i>Раводин Р.А., Макарова В.Н., Селезнев С.П.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ .....	41
<i>Чернякова О.И., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.</i>	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАННИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018–2020 ГГ. ....	42
<i>Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.</i>	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2018–2022 ГГ. ....	42
<i>Новиков Ю.А., Медведчиков Е.К., Филиппов С.О., Белов А.И., Смолякова Н.В.</i>	
ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА .....	42
<i>Касаткин Е.В., Лялина Л.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА. ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ С. TRACHOMATIS .....	43
<i>Негашева Е.С., Гуцин А.С., Полевщикова С.А., Фриго Н.В., Заторская Н.Ф., Васильцова М.Ю., Урпин М.В., Попова Е.А.</i>	
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН. МОСКВА, 2021–2022 ГГ. ....	43
<i>Кисина В.И., Фриго Н.В., Мусакова М.В., Гуцин А.Е., Полевщикова С.А., Хачатурян А.Ю.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРВТ. ....	44
<i>Теличко С.И., Смирнова И.О., Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Теличко И.Н.</i>	
ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ .....	44
<i>Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.</i>	
СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА, ИМИТИРУЮЩЕГО МНОГОФОРМНУЮ ЭКССУДАТИВНУЮ ЭРИТЕМУ .....	45
<i>Бохонович Д.В., Назарова Г.П., Горелова Е.А., Глоба Е.И., Четокина Л.В., Сурмило Р.Г.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИФИЛИСОМ .....	45
<i>Пирятинская А.Б., Агабабаева Ж.А., Козминский Е.Б., Смирнова Н.В., Петунова Я.Г.</i>	

<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ И УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»</b> .....	46
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Кисина В.И., Анохина Л.С., Новожилова О.Л., Полевщикова С.А., Гуцин А.Е.</i>	
<b>ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВОВ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК</b> .....	46
<i>Чернова Н.И., Фриго Н.В., Атабиева А.Я., Благодир А.С.</i>	
<b>УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА IV–VI ТИПОВ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ</b> .....	47
<i>Ковалык В.П., Гомберг М.А., Владимирова Е.В., Юрлов К.И., Куц А.А.</i>	
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, В ПЕРЕДАЧЕ ИНФЕКЦИЙ ГЕТЕРОСЕСУАЛЬНОМУ СООБЩЕСТВУ</b> .....	47
<i>Макарова Е.В., Соловьев А.М., Соловьев Ф.А.</i>	
<b>ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, ПРОИСХОДЯЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ</b> .....	49
<i>Карпенко А.А., Петрова К.С., Петрова Г.А., Щенникова Н.К.</i>	
<b>ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ КОЖИ ЛИЦА И ИХ РОЛЬ В ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ ЛИФТИНГЕ ЛИЦА</b> .....	49
<i>Кандалова О.В., Абрамян Ш.М., Ключникова Д.Е.</i>	
<b>ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ</b> .....	50
<i>Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ</b> .....	50
<i>Раджабова М.М.</i>	
<b>КОМБИНИРОВАННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ</b> .....	50
<i>Демина О.М., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И., Ильин Л.А., Бохонович Д.В.</i>	
<b>КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ И ИНЪЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ</b> .....	51
<i>Демина О.М., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И., Куркович Е.Ю., Добржинская Н.А., Волкова С.Б., Демина О.Н.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА</b> .....	51
<i>Парфёнова М.А.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО МЕТОДА МИКРОНИДЛИНГА И РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА МЕДИЦИНСКОМ АППАРАТЕ LUTRONIC GENIUS (ПРОИЗВОДИТЕЛЬ LUTRONIC CORPORATION, ЮЖНАЯ КОРЕЯ) И ДЕРМАЛЬНОГО ИМПЛАНТА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ALAUNA HYDRO (ПРОИЗВОДИТЕЛЬ BSC)</b> .....	51
<i>Гладько В.В., Измайлова И.В.</i>	
<b>ПРОФИЛАКТИКА ЮРИДИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ЛИЧНАЯ НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА</b> .....	52
<i>Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.</i>	
<b>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОТОКОЛОВ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО ТЕРМОЛИФТИНГА</b> .....	52
<i>Лемытская В.Е., Чеботарева Ю.Ю., Привалова Е.Г.</i>	
<b>СПОСОБЫ МИНИМИЗАЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ МИКРОНИДЛИНГА</b> .....	53
<i>Чеботарева Н.В.</i>	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНА А В СНИЖЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЭРИТЕМЫ ЛИЦА ПРИ РОЗАЦЕА. ....	53
<i>Юцковский А.Д., Еззет А.Ф., Черненко О.А.</i>	
МЕТОД ЛИПОФИЛИНГА И ИНЪЕКЦИИ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АМОРТИЗАЦИОННЫХ ПОДУШЕК В ОБЛАСТИ ГОЛОВЕК ПЛЮСНЕВЫХ И ПЯТОЧНОЙ КОСТЕЙ СТОПЫ. ....	54
<i>Сутурин М.В.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННОЙ КАНАЛООБРАЗНОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ. ....	54
<i>Исаева В.Л., Негашева Е.С., Заторская Н.Ф., Малиновская В.В., Овчинникова С.П.</i>	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОК С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ. ....	55
<i>Биткина О.А., Конторщикова К.Н., Преснякова М.В., Николаева А.Ю., Дмитриева А.А., Цыганова А.А.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И АНТИДЕПРЕССАНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛА «ПРОЛЕТАРСКИЙ» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». ....	55
<i>Смирнова Ю.С., Ломакина Е.А., Зарубина Е.В.</i>	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ. ....	56
<i>Романова Ю.Ю., Гаджигороева А.Г.</i>	
РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ НА ПРИЕМЕ ДЕРМАТОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА. ВЫЯВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ. ....	56
<i>Раводин Р.А., Денисова Е.А.</i>	
СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ДЕКАЛЬВИРУЮЩЕГО Фолликулита. ....	57
<i>Сафонова Л.А.</i>	
ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА. ....	58
<i>Атаманова Э.Р., Кудака М.А., Сергеева И.Г.</i>	
МАСТОЦИТОЗ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ....	58
<i>Маркович К.И., Касихина Е.И.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ГЛУБИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ В СОЧЕТАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОКТ. ....	59
<i>Щенникова Н.К., Карпенко А.А., Петрова К.С.</i>	
АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА. ....	59
<i>Медникова М. А., Жукова О. В.</i>	
ОШИБКИ ПОДОЛОГОВ И РИСК РАСПРОСТРАНЕНИЯ УСТОЙЧИВЫХ К ТЕРАПИИ МИКОЗОВ. ....	60
<i>Склярова В.А.</i>	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. ....	60
<i>Шанибова Л.З.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА. ....	61
<i>Польщикова И.А., Макеенко О.А., Колерова А.В., Сергеева И.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ. ....	61
<i>МУХАНОВА Л.Р., БАТПЕНОВА Г.Р., ДЖЕТПИСБАЕВА З.С.</i>	

<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО НЕВУСА .....</b>	<b>61</b>
<i>Крохмалева Е.А.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ЭСТРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ .....</b>	<b>62</b>
<i>Новикова Д.Б., Чернова Н.И.</i>	



# СБОРНИК ТРУДОВ

## 16 Всероссийский съезд НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

14–16 марта 2023 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:  
ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»

Сдан в набор 03.03.2023. Подписано в печать 03.03.2023. Бум. офсетная 64х90/8.

Гарнитура Bliss Pro.

ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС», 127434, Москва, ул. Дубки, д.2, офис этаж 1, помещ. IV





[www.nadc.ru](http://www.nadc.ru)