

**ДЕМОДЕКС-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ***Адаскевич В.П.**Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь*

Актуальность. Папулопустулезные дерматозы, основной локализацией которых является кожа лица (акне, розацеа, периоральный дерматит, себорейный дерматит), остаются актуальной проблемой в дерматовенерологии. Среди различных причин возникновения этих заболеваний определенная роль отводится паразитарной теории. Согласно ей, формированию папул и пустул на коже лица способствует клещ-железница (*Demodex*).

Цель. Изучение клинических особенностей проявления демодекс-ассоциированных дерматозов лица, выявление взаимосвязи демодекс-ассоциированных дерматозов с полом, возрастом, фототипом кожи пациентов, а также оценка эффективности противопаразитарных местных средств у пациентов с лабораторным подтверждением наличия клещей рода *Demodex*.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов (19 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 13 до 76 лет с диагнозами: розацеа (n=16), себорейный дерматит (n=20), периоральный дерматит (n=12), акне (n=12). Для исследования подбирались пациенты с длительностью заболевания свыше 2 месяцев и с преимущественной локализацией высыпаний на лице, у которых был обнаружен *Demodex* более 5 особей в 1 см<sup>2</sup>. Продолжительность заболевания до 1 года установлена у 9 (15%) пациентов, от 1 до 4 лет – у 33 (55%), от 5 до 10 лет – у 13 (22%) и свыше 10 лет – у 5 (8%) пациентов. Пациентов в возрасте до 20 лет было 7 (12%), 21-30 лет – 12 (20%), 31-40 – 12 (20%), 41-50 лет – 8 (13%), 51-60 лет – 13 (22%), свыше 60 лет – 8 (13%). Фототипы кожи по Фитцпатрику: I – 6 (10%) пациентов, II – 35 (58%), III – 18 (30%), IV – 1 (2%).

Все пациенты получали системную терапию согласно общепринятым стандартам лечения розацеа, акне, периорального дерматита, себорейного дерматита и с учетом сопутствующих общесоматических заболеваний. Местная терапия пациентов включала назначение препаратов, включающих метронидазол (гель, крем, шампунь) или азелаиновую кислоту (гель, крем) в зависимости от формы заболевания, локализации высыпаний.

Результаты исследования. У всех 60 пациентов с хроническими дерматозами (розацеа, себорейный дерматит, периоральный дерматит, акне) лабораторно был обнаружен *Demodex* в количестве более 5 особей в 1 см<sup>2</sup>. Заболевание чаще выявлялось у женщин (68%). Три возрастные группы (21-30 лет, 31-40 лет, 51-60 лет) преобладали в структуре обследованных пациентов. Распределение пациентов по локализации высыпаний: края век и веки – 17 (28%), ресницы – 11 (18%), брови – 8 (13%), щеки – 32 (53%), подбородок – 22 (42%), преаурикулярная область – 10 (19%), носогубная складка – 10 (19%), нос – 17 (37%), лоб – 24 (40%), переносица – 18 (30%), шея – 3 (5%), волосистая часть головы – 8 (13%), грудь – 5 (8%), спина – 5 (8%). Высыпания были представлены в виде эритематозно-сквамозных пятен – у 40 (67%) пациентов, папул – 50 (76%), пустул – 42 (70%), инфильтратов – 6 (10%), абсцедирующих

элементов – 3 (5%), телеангиэктазий – 17 (28%), комедонов – 2 (3%).

В зависимости от преобладания в клинической картине морфологических элементов, у пациентов были выделены следующие клинические формы: эритематозно-сквамозная – 10 (17%) пациентов, розацеаподобная – 14 (23%), папулопустулезная – 15 (25%), акнеформная – 9 (15%), комбинированная – 12 (20%) пациентов.

Применение антидемодекозных препаратов (местно и системно) позволило уменьшить зуд и болезненность кожи уже на 4-5 день, на 12 день – уменьшение количества высыпаний, а у каждого второго пациента субъективные симптомы проходили к 15-17 дню проводимой терапии. Папулезные и пустулезные элементы разрешались к концу курса лечения – на 30-40 день от начала терапии.

Лабораторную диагностику на наличие клеща-железницы проводили сразу после проведенного лечения и через 1,5-2 месяца диспансерного наблюдения. Клещи рода *Demodex* не выявлялись при изучении ближайших и отдаленных результатов терапии.

Выводы. Клиническими особенностями демодекс-ассоциированных дерматозов являются папулопустулезные и розацеаподобные высыпания, преобладание лиц женского пола, возраст старше 30 лет, отсутствие стадийности и внезапное начало заболевания.

Клинические результаты применения местных антипаразитарных препаратов в комбинированной терапии дерматозов лица с клещевой инвазией *Demodex folliculorum* показали высокую эффективность и хорошую переносимость, что позволило получить хорошие ближайшие результаты.

**ОСТРЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЭКЗАНТЕМАТОЗНЫЙ ПУСТУЛЕЗ***Адаскевич В.П.**Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь*

Актуальность. Острый генерализованный экзантематозный пустулез (ОГЭП) проявляется в виде острых, сопровождающихся лихорадкой высыпаний, которые часто сочетаются с лейкоцитозом. Частота дерматоза составляет около 1-5 случаев на один миллион населения в год. Кожные очаги возникают спустя 1-3 недели после приема провоцирующего препарата. Высыпания часто проявляются на лице или в крупных кожных складках. Через две недели развивается генерализованная десквамация. Чаще всего ОГЭП ассоциируется с бета-лактамовыми макролидными антибиотиками, блокаторами кальциевых каналов. Причиной ОГЭП могут быть также антибиотики цефалоспориновой группы и препараты ртути. Положительные результаты накожных проб и тестов на трансформацию лимфоцитов свидетельствуют об участии Т-клеток в патогенезе ОГЭП.

Цель работы. Учитывая редкую встречаемость ОГЭП, приводится описание клинического случая этого дерматоза. Материалы и методы. Проводилась оценка анамнестических данных, клинических проявлений заболевания, данных лабораторных исследований.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находился пациент П., 42 года. При поступлении в стационар он предъявлял жалобы на поражение кожи туловища,

верхних и нижних конечностей, волосистой части головы. Из анамнеза установлено, что в ноябре 2013 года перенес ожог III степени с площадью поражения 35% кожных покровов и локализацией на кистях, туловище, лице. Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда внезапно появились высыпания на коже туловища и конечностей. Лечился амбулаторно, а затем в стационаре по месту жительства: цефтриаксон внутримышечно, системная терапия преднизолоном в ежедневной дозировке от 80 до 120 мг. Отмечалось неоднократное повышение температуры тела до 38°C и выше. Ухудшение наступило в середине января 2015 года, когда повысилась температура тела до 39°C, появились отеки нижних конечностей и множественные пустулезные высыпания, выраженное мокнутие на голенях и стопах. Переведен в кожное отделение, дерматологический статус был следующим: поражение кожи носит генерализованный характер, распространенная эритема с площадью поражения свыше 90% кожных покровов, множественные стерильные пустулы на ладонях и подошвах, а также в области спины, шеи, груди. Некоторые пустулы вскрылись, на их месте сформировались корки. На голенях отмечалась отечность, множественные корочки и вскрывшиеся везикулы с явлениями мокнутия. Общее состояние средней тяжести. Температура субфебрильная. Периферическая лимфаденопатия. В клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Гистологическая картина: спонгиозиформные субкорнеальные и внутриэпидермальные пустулы, отек сосочкового слоя дермы, а также периваскулярные инфильтраты с нейтрофилами и экзоцитозом отдельных эозинофилов.

Данные анамнеза, клинические данные, а также результаты гистологического и лабораторных исследований позволили установить диагноз: острый генерализованный экзантематозный пустулез.

Терапия пациента включала замену антибиотика (назначен азитромицин по 500 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно), преднизолон 60 мг внутривенно медленно с постепенным снижением дозировки лекарства, препараты калия, мочегонные препараты, дезинтоксикационная терапия, дважды проведен плазмаферез. Назначен метотрексат по 7,5 мг еженедельно.

Выводы. Развитие ОГЭП предсказать невозможно. Для установления диагноза заболевания необходимо тщательно собрать медикаментозный анамнез, установить появление стерильных пустул на фоне эритемы, наличие лихорадки и нейтрофилии.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОЖЕСТВЕННОГО СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

*Александрова А.К., Филатова В.А.,  
Смольяникова В.А.*

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Себорейный кератоз (СК) является наиболее распространенной доброкачественной эпителиальной опухолью в популяции и встречается у лиц старше 50 лет. Частое сочетание СК с множественными фиброэпителиальными полипами (ФП), метаболическими нарушениями в виде сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) и ожирением позволило нам предположить наличие взаимосвязи нарушений углеводного обмена и их влияние на клинические проявления СК, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования: изучить особенности клинических

проявлений множественных СК у пациентов в зависимости от наличия или отсутствия нарушений углеводного обмена.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 150 пациентов – 33 мужчины и 117 женщин в возрасте от 48 до 87 лет с множественными СК (более 10 элементов). Всем пациентам было проведено клиническое обследование: осмотр кожных покровов; лабораторные исследования: двукратно исследовали глюкозу крови натощак на аппарате ЭЛТА «Сателлит» (норма 3,33-5,55 ммоль/л); проводили глюкозотолерантный тест (уровень глюкозы в крови натощак и через 2 часа после нагрузки). По данным результатов анализов назначалась консультация эндокринолога. Всем пациентам проводилось гистологическое исследование наиболее типичного элемента СК.

Результаты. СК у пациентов располагались не хаотично, а преимущественно по линиям натяжения кожи. Среднее количество опухолей на одного пациента составило 34 элемента. У 98 пациентов (65,3%) был выявлен СД 2 типа в анамнезе (длительность заболевания составляла от 2 до 6 лет) или впервые установлен (15 человек). Для данных пациентов были характерны крупные, от 1-1,5 см в диаметре, умеренно и сильно пигментированные СК, с преимущественной локализацией на коже живота и боковых поверхностях туловища. На спине количество элементов было меньше, и более мелких размеров (0,4-0,6 см в диаметре). В области большой складки живота и в складках под молочными железами СК были поверхностными, слабо пигментированными и сливались в один полосовидный очаг, шелушащийся жирными крошками при поскрабливании. Присутствие СК на коже лица, по краю роста волос, а также на висках и на коже лба было характерно только для пациентов очень пожилого возраста (77-87 лет), для других наличие СК на коже лица было не характерно, отмечались 1-2 опухоли на границе роста волос. Единичные, слабопигментированные СК до 0,5 см в диаметре были на коже шеи. Для всех пациентов характерно было наличие множественных ФП (более 10 элементов) не менее чем в двух областях – на шее, боковых поверхностях туловища, в крупных складках (под молочными железами, паховых), на коже век. У 36 (24%) пациентов была диагностирована нарушенная толерантность к глюкозе. У данной группы характер высыпаний СК был иным. СК были более мелкими, множественными, без значительного гиперкератоза на поверхности, от 0,4-до 1 см в диаметре. Локализовались преимущественно на коже живота, на коже лица и в области декольте. На шее и в крупных складках кожи СК сочетались с множественными ФП (5-10 элементов). ФП наблюдались также на коже век. У 16 пациентов (10,7%) не было выявлено нарушений углеводного обмена. Наблюдались множественные, разных размеров, от 0,4- до 1,7 см в диаметре СК на коже живота, боковых поверхностях туловища и на спине, в виде четко очерченных опухолей, не склонные к слиянию. На волосистой части головы, в височной и теменной областях, у 4 пациентов были крупные элементы СК, более 3 см в диаметре, в виде бляшек с папилломатозной поверхностью. Единичные средних размеров СК наблюдались на коже лица в области роста волос, на коже лба и подчелюстной области. Отличительной особенностью было отсутствие поражения крупных складок кожи, а также отсутствие или наличие единичных ФП (не более 5 элементов) на коже век или шеи.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование расширило представление о клинических проявлениях СК и выявило особенности, характерные для пациентов с сопутствующими нарушениями углеводного обмена.

## ПОЛИКЛОНАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ СИФИЛИСЕ

Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Степанова Н.В., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Институт медико-социальных технологий, Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Актуальность исследования. Поликлональная активация В-клеток была отмечена у редких пациентов с сифилисом в разные периоды инфекции. Если о достоверных гендерных различиях в повышенном уровне общего IgM и IgE у пациентов в ранний период инфекции и при серорезистентности (СР) нами сообщалось ранее (Андропова Н.В. и соавт., 2009-2010, 2012гг.), то данных об «исходе» поликлональной активации В-клеток не было. Вместе с тем обнаружено низкое содержание общего IgM в сыворотке крови у пациентов с длительным периодом СР и поздними формами сифилиса, которое ранее не было интерпретировано.

Материал и методы исследования. В течение 5 лет наблюдения обследованы 2 пациентки с развитием серорезистентности (СР) после лечения сифилиса: 1964 г.р. – 1-я и 1959 г.р. – 2-я. Обеим были проведены: 1) клинико-лабораторное и функциональное обследование, в том числе в профильных терапевтических отделениях поликлиник Москвы; 2) комплексное серологическое обследование на сифилис; 3) определение содержания естественных аутоантител к 24 антигенам (dsDNA,  $\beta$ 2-GPI, FcR, Collagen, CoM-02,  $\beta$ -AR, TrM-03, ANCA, KiM-05-40, LuM-02, GaM-02, ItM-07, ScM, HeS-08, HMMP, Insulin, Ins-R, TG, TSH-R, AdrM-D/C, Spr-06, S100, GFAP, MBP) в мультипараметрических исследованиях проб сывороток с использованием набора «ЭЛИ-Висцеро-Тест-24». Результаты исследования оценивали в соответствии с изменениями уровней маркерных аутоантител по инструкции, разработанной проф. А.Б.Полетаевым (Регистрационное удостоверение ФСР №2009/04551 от 23.03.2009 МИЦ «Иммункулус», Москва); 4) исследование показателей иммунного статуса на проточном цитофлуориметре, определение всех классов иммуноглобулинов сыворотки крови (МНПЦДК, Степанова Н.В.).

Результаты исследования. У 1-ой пациентки лечение раннего сифилиса тремя инъекциями экстенциллина по 2,4 млн. МЕ в 1995г. завершилось развитием СР.

С 2009 по 2011 гг. она получила цефтриаксон (20 г на курс) и пенициллин внутривенно (600 млн. МЕ на курс) уже по поводу скрытого неуточнённого сифилиса, который был диагностирован в период стационарного лечения острой пневмонии (2009 г.). Течение скрыто протекающей сифилитической инфекции сопровождалось высокими титрами серологических реакций – от 1:64 до 1:32 в тесте RPR; от 1:81920 до 1:40960 в РПГА (2009-2011 гг.). В ответ на лечение – 1:8 – 1:16 и 1:20480 – 1:163840 соответственно (2012-2013 гг.) и стабилизировались как 1:4/1:8 и 1:20480 в 2014-2017 гг.

В связи с присоединением терапии аллокином (по 1 мг аллоферона N6 в виде подкожных инъекций) HPV-инфекции, вызванной онкогенными типами вируса (03, 2012 г.), последовало необходимое контрольное обследование щитовидной железы, при котором диагностирован хронический аутоиммунный тиреоидит, многоузловой зоб (09, 2012 г.). В октябре 2012 г. у больной при исследовании показателей иммунного статуса выявлена поликлональ-

ная активация В-клеток, которая в динамике трансформировалась в моноклональную (2013 г.) с последующей нормализацией в 2015 г. показателей всех классов иммуноглобулинов за счёт снижения их уровней вдвое (IgA и IgG) и даже втрое (IgM), что соответствовало наиболее низким значениям IgM. Так, в 2012, 2013 и 2015гг. отмечали изменение содержания IgA от 4,7 до 1,8 и 2,13 (г/л); IgG от 16,2 до 22,8 и 12,1 (г/л); IgM от 3,5 до 1,2 и 0,97 (г/л) соответственно, уровень общего IgE соответствовал его нормальным значениям: 20; 17 и 12,5 МЕ/мл. За пятилетний период наблюдения у 54-летней пациентки отмечено нарастание полиморбидности в виде прогрессии изменений по типу аутоиммунного воспаления в ткани щитовидной железы, а также увеличения количества узелков и объёма железы, развитие миомы матки (2017 г.). На фоне ожирения (ИМТ=31) и нарушения толерантности к глюкозе, а также развития гиперхолестеринемии и гиперурикемии диагностированы деформирующий остеоартроз коленных суставов и распространённый остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

У 2-ой пациентки диагноз скрытого неуточнённого сифилиса установлен на основании положительных результатов серологического обследования, проведенного перед установкой зубных имплантов в 2009 г. Лечение проведено роцефином (20 г на курс; 2010 г.) и в связи с развитием СР – цефтриаксоном (56 г на курс; 2013 г.) при уровне титра в тесте RPR 1:64. Впервые негативация в тесте RPR (2015 и 2017 гг.) была достигнута только после присоединения терапии амоксициллином и джозамицином (по 30 г на курс лечения) по поводу антрального гастрита, ассоциированного с коинфицированием *H. pylori* (2014 г.). В 2015г. у пациентки определялся высокий уровень аутоантител к мембранному антигену клеток стенки желудка GaM-02 в «ЭЛИ-Висцеро-Тесте 24» (36 ед., N – 10ед.). В 2018г. титры серореакций стабилизировались как 1:2 и 1:1280.

Наряду с тем, что в исследованных в динамике показателях иммунного статуса не было обнаружено изменений уровня мажорных популяций лимфоцитов, содержание НК-клеток было умеренно повышено – 22-25% (N – 6-20%). Уровни иммуноглобулинов сыворотки крови в динамике свидетельствовали о биклональной активации В-клеток. Низкое содержание общего IgM сочеталось с переключением синтеза на IgE. Так, устойчивая биклональная активация наблюдалась в 2014, 2015 (04 и 11), 2016 и 2018гг.: высокий уровень IgG – 23,1; 20,7 и 31,3; 19,7; 19,2 (г/л), и стабильно повышенное содержание IgA – 3,38; 3,09 и 3,33; 3,34; 3,24 (г/л) соответственно. Уровень общего IgM не превышал 1 г/л и составил в динамике 0,97; 0,64 и 0,55; 0,77; 0,67 (г/л), при этом содержание общего IgE (норма до 100 МЕ/мл) повысилось от 74 до 137 и 132; 249; 270 (МЕ/мл) соответственно.

Пациентка страдает хроническим бронхитом с явлениями диффузного пневмофиброза и сенсibilизацией к эпидермальным аллергенам, хроническим тиреоидитом, узловым зобом. Умеренная гиперхолестеринемия ассоциирована у нее с преобладанием фракции ЛПВП.

Резюме. Таким образом, у обеих пациенток со скрытым неуточнённым сифилисом и СР, развившейся после его лечения, отмечалась поли- и биклональная активация В-клеток, завершившиеся значительным снижением уровня общего IgM у обеих. Сочетание сифилитической инфекции с коинфицированием, т.е. присутствием посторонней ДНК, (HPV и *H. pylori*) и полиморбидностью (хронические воспалительные заболевания бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы и доброкачественные опухоли) отражается на замедлении негативации серологических реакций, с одной стороны.



С другой, поликлональная активация В-лимфоцитов, вероятно, вызвана суперантигеном, который, как известно, связывает антигенраспознающие рецепторы множества клонов В-клеток. Вслед за активацией и пролиферацией В-лимфоцитов наступает их миграция из лимфатических узлов в селезенку и массовый апоптоз. Глубокому истощению подвергается В1-клеточная популяция брюшной и плевральной полостей, селезенки. Эти лимфоциты не восстанавливаются, иммунный ответ на антиген подавляется навсегда, в случае других субпопуляций В-клеток (BMZ, B2) – надолго. Доказательство роли *T. pallidum* spp. *pallidum* как суперантигена требует накопления новых данных.

## КОЖНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ

*Арутюнян Л.С., Шугина Е.А., Петров В.В.,  
Рассохина О.И., Янцен Л.И., Кныр И.М.  
Центральная городская клиническая больница,  
Реутов*

В последние годы отмечается рост заболеваемости злокачественных опухолей во всем мире. В 2016 г. в Российской Федерации впервые выявлено 599 348 злокачественных новообразований. Прирост по сравнению с 2015 г. составил 1,7%. Заболеваемость на 100 000 населения в РФ составил 408,6 (доверительный интервал 407,6-409,7). Прирост за 10-летний период составил 21,7%. Грубый показатель смертности составил 112,8 (доверительный интервал 233,1 – 235,4). В РФ этот показатель изменился незначительно. Несмотря на увеличение заболеваемости онкологическими заболеваниями, в развитых странах отмечается снижение смертности, что связано с ранней диагностикой и современными методами терапии. Благодаря развитию молекулярной биологии появились препараты таргетной терапии. Данные препараты вызывают кожные реакции разной степени, что часто приводит к отмене жизненно необходимой терапии. В связи с чем очень важно своевременно проводить лечение кожной токсичности. Наиболее часто кожные реакции встречаются при лечении препаратами нижеперечисленных фармакологических групп: ингибиторы EGFR (эрлотениб, gefетениб, сорафениб пазопаниб), ингибиторы протеинтирозинкиназы (сорафениб, пазопаниб), алкилирующие соединения (карбоплатин), антиметаболиты (капецитабин). Со стороны кожи встречаются следующие побочные эффекты: ладонно-подошвенный синдром, дерматит, сухость кожи, алопеция, зуд, очаговое шелушение, гиперпигментация кожи, трещины кожи, васкулиты, акнеподобная сыпь, паронихии, гирсутизм. В отделении химиотерапии ЦГКБ (г. Реутов) наблюдались 263 пациентов. 35 пациентов принимали препараты вышеуказанных групп. Наиболее часто кожные реакции были отмечены у пациентов, которым проводили лечение ингибиторами протеинтирозинкиназы: эрлотениб, gefетениб, сорафениб. Антиметаболитом (капецитабин), алкилирующие соединения карбоплатин. У всех пациентов выявлена сухость кожи и слизистости 100%. У 17 из них выявлена кожная токсичность. Акнеподобная сыпь встречалась у 11 пациентов 64,7%, увеличение желез монтгомери наблюдалось у 1 пациентки (5,9%), выявлены 2 случая паронихии (11,8%), 1 случай васкулита (5,9%), 1 случай трихомегалии (5,9%) 1 случай ладонно-подошвенного синдрома (5,9%). Сухость кожи на теле была купирована применением липидовосполняющего бальзама

для тела, на лице – увлажняющими средствами для чувствительной кожи. При лечении акнеподобной сыпи применялись антибактериальные мази и крема. У пациентов отмечалось улучшение спустя неделю после назначенного лечения. При ладонно-подошвенном синдроме и трещинах пальцев применяли мультивосстанавливающее средство для поврежденной и раздраженной кожи. При трихомегалии была назначена гормональная мазь для век. Пациенту с васкулитом был отменен препарат, назначена гормональная терапия. После купирования симптомов васкулита, возобновлено лечение препаратом сорафениб. Пациентке с увеличенными железами монтгомери назначено лечение гормональным кремом (мамметазон). При сильном зуде назначались антигистаминные средства. Таким образом, своевременное лечение уменьшает проявления кожной токсичности, что позволяет не прервать жизненно важную терапию.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

*Арутюнян Г.А., Бабаян К.Р., Киракосян С.М.  
Ереванский государственный медицинский  
университет им. М. Гераци, Научно-медицинский  
центр дерматологии и сексуально передаваемых  
инфекций, Ереван, Армения*

Представлена характеристика заболеваемости сифилисом беременных в Армении за 2000-2017 гг. по административно-территориальным единицам (г. Ереван и 10 областей). Уровень заболеваемости, как ожидалось, высокий в г. Ереване – 0,7/10000 населения. Удельный вес по областям республики в среднем был в 3,5 раза ниже показателя по г. Еревану и составил 0,2/10 000 населения. Всего за указанные годы зарегистрировано 124 беременных, больных сифилисом на различных сроках беременности. По семейному положению беременные, больные сифилисом распределялись следующим образом: замужние – 7,7%, разведенные – 8%, вдовы – 3%, и незамужние – 12%. Следует отметить, что по этому признаку наши показатели отличаются от данных, указанных в литературе. В ряде стран СНГ, в частности в РФ, большую часть указанного контингента составляют незамужние или разведенные женщины. В социальном отношении определенный интерес представляет состав больных по занятости и образованию. Подавляющее большинство наших пациенток были неработающими – 91,8%; с неполным средним или со средним образованием – 98%. При этом 83% беременных, больных сифилисом связывали начало половой жизни с браком, в котором состояли 2/3 женщин. Источниками заражения наших больных являлись их мужья в 73%, случайные лица – 20%, постоянные половые партнеры – 7%. Все выявленные беременные, больные сифилисом, на протяжении указанных лет получили специфическое лечение, посещали женские консультации и консультировались акушерами-гинекологами, которые особых осложнений у них не регистрировали. Лишь у одной больной (срок беременности 7 недель) произведено искусственное прерывание беременности по ее настоятельной просьбе. У остальных же беременность своевременно разрешилась родами. Всего было выявлено 4 случая врожденного сифилиса – в 2000 г. – 1, 2003 – 2, 2004 – 1. Начиная с 2005 по 2017 г.

в республике ни одного случая врожденного сифилиса не зарегистрировано. Указанный контингент женщин, а также новорожденные оставались на диспансерном учете в территориальных дерматовенерологических кабинетах поликлиник, а младенцы у районных педиатров.

Целенаправленные профилактические мероприятия, осуществляемые как в женских консультациях, так и в различных медучреждениях общего профиля, а также проведение своевременного специфического лечения беременных, больных сифилисом, является основой антенатальной профилактики врожденного сифилиса.

## **ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ИППП СРЕДИ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КОММЕРЧЕСКИМ СЕКСОМ**

*Бабаян К.Р., Оганисян О.А., Аракелян З.Л.*

*Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, Научно-медицинский центр дерматологии и сексуально передаваемых инфекций, Армения, Ереван*

В числе причин эпидемического роста ИППП особо рассматривается контингент группы риска – работники коммерческого секса (РКС), являющиеся постоянным резервуаром указанных инфекций. Обследования этого контингента на протяжении последних 20 лет периодически проводятся дерматовенерологической службой Армении в рамках международных программ.

Целью последнего изучения (2013-2017 гг.), предложенного нам Глобальным Фондом, явилось определение динамики заболеваемости ИППП среди РКС и сравнение полученных результатов с данными ранее проведенных исследований в 1993-1997 гг. Установлено, что доля больных ИППП среди всех обследованных женщин понизилась с 56,3% в 1993-97 гг. до 36,9% в 2013-2017 гг. благодаря проведению ряда программ ВОЗ по контролю и профилактике этих инфекций в группах риска. В частности зарегистрировано существенное уменьшение удельного веса сифилиса в структуре всех ИППП с 31,3% до 0,9%, гонореи – с 10,9% до 7,9%, трихомониаза с 35,7% до 14,3%. Вместе с тем наблюдался значительный рост числа больных хламидиозом – с 19% до 72,2%, а также увеличение числа ВИЧ-инфицированных. Тенденции уменьшения удельного веса «классических» венерических болезней среди РКС, несомненно, обусловлены планомерной организацией вторичной профилактики ИППП, путем выявления и обследования половых партнеров и членов семей больных, а так же применение соответствующих приказов и руководств в учреждениях системы МЗ. Вероятно, что особенности клинического течения хламидиоза, наряду с усовершенствованием диагностики этой инфекции в последние годы, послужили причиной учащения регистрации больных. Вместе с тем в рутинной работе дерматовенерологов, равно как и акушеров-гинекологов и урологов, не уделяется должного внимания первичной профилактике ИППП. Последняя остается прерогативой различных гуманитарных организаций, спонсирующих программы по вовлечению определенных групп населения (подростки, контингент групп риска) в профилактику ИППП.

Для решения этой задачи целесообразно создание на государственной основе социальных программ с вовлечением дерматовенерологов, смежных специалистов и специали-

стов общественного здравоохранения, а также разработка новых, современных руководств не только по диагностике и лечению ИППП, но и методов ведения пациентов входящих в группы риска.

## **САРКОИДОЗ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТРИХОЛОГА**

*Бабушкина М.В.*

*Ижевская государственная медицинская академия, Центр эстетической медицины Vlassmaker, Ижевск*

Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шаумана) – мультисистемное заболевание, характеризующееся образованием эпителиоидно-клеточных гранул без признаков некроза в различных органах и тканях (Бабанов В.А., 2013; Torres F., 2011). Поражение кожи может быть изолированным, но чаще саркоидоз протекает с одновременным вовлечением в патологический процесс легких и лимфатических узлов (Снарская Е.С., 2008, Корнишева В.Г., Ежков Г.А., 2012). При локализации высыпаний только на коже волосистой части головы могут возникнуть сложности в постановке диагноза в связи с редкой встречаемостью данного заболевания, отсутствием у врачей дерматологов и трихологов настороженности в отношении саркоидоза и схожестью высыпаний на ранних стадиях с другими дерматозами, в первую очередь, с псориазом. Вместе с тем, оценка кожного процесса нередко приобретает решающее значение в диагностике болезни и позволяет обособить проведение тщательного обследования других органов и систем (Кирдаков В.Ф., Потекаев Н.Н, 2011).

Целью исследования явилась оценка клинических, дерматоскопических и гистологических особенностей саркоидоза с поражением кожи волосистой части головы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 4 больных саркоидозом с поражением кожи волосистой части головы, 3 женщины 32, 42 и 48 лет и 1 мужчина 46 лет. Высыпания у пациентов также локализовались на коже лица, верхних конечностей, спины. В анамнезе у больной 48 лет уже имелся саркоидоз легких, у мужчины в ходе обследования был диагностирован саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, у женщины 42 лет – саркоидоз легких, оба пациента ранее получали противопсориазическое лечение без эффекта. У самой молодой пациентки поражения других органов выявлено не было, ранее терапия не назначалась. Всем больным был выполнен осмотр кожи в области очагов поражения с использованием цифровой видеокамеры Aramo SG (Aram Human Vision System, Корея) и компьютерной программы TrichoscienceV.1.4.Rus, а так же диагностическая биопсия кожи волосистой части головы.

Результаты и обсуждение. При осмотре на коже волосистой части головы, преимущественно в лобной и теменной областях, у всех пациентов отмечались очаги поражения в виде бугорков розово-красного цвета, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, четкими границами, диаметром от 3-5 до 12 мм и более крупные очаги до 2 см в диаметре. В центральной части некоторых элементов имелись западение и желтоватая окраска. При диаскопии симптом «пылинок» был диагностирован только у 2 человек. Субъективно одну больную беспокоил периодический легкий зуд в области высыпаний. Дерматоскопическая картина участков поражения на коже волосистой части головы характеризовалась наличием отграниченных друг от друга оранжевых и желто-оранжевых полупрозрач-

ных округлых пятен различного размера, расположенных между волосными фолликулами. У 2 пациенток с более длительным анамнезом заболевания, наряду с пятнами, имелись более крупные очаги желто-оранжевого цвета неправильной и полициклической формы и древовидно ветвящиеся сосуды, уменьшение плотности и диаметра волос в пределах очагов поражения. У одной женщины были выявлены два мелких очажка с отсутствием устьев волосных фолликулов. У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим методом. Патоморфологическая картина в участках поражения характеризовалась наличием в дерме четко отграниченных гранул, отделенных друг от друга соединительно-ткаными волокнами. Клеточный состав гранул был представлен эпителиоидными, гигантскими многоядерными клетками, единичными лимфоцитами. Выводы. Саркоидоз кожи, в т.ч. волосистой части головы, может быть одним из первых проявлений болезни. У всех наблюдаемых больных поражение скальпа сочеталось с наличием высыпаний на коже лба. Разрешение элементов сопровождалось появлением в центре очагов западения, телеангиэктазий, уменьшением плотности и диаметра волос, что может являться началом формирования очагов рубцовой алопеции. Дерматоскопия позволяет выявить желто-оранжевые пятна, которые не всегда обнаруживаются при диаскопии очагов на скальпе. Гистологической основой данного феномена являются эпителиоидно-клеточные гранулы с примесью гигантских многоядерных клеток, расположенные в дерме.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

*Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Гитинова М.М.,  
Маляренко Е.Н.*

*Российский университет дружбы народов,  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Москва*

Введение. Среди наиболее распространенных кожных заболеваний псориаз (Пс) занимает одно из ведущих мест. Несмотря на значительные успехи медицины, Пс остается важной медико-социальной проблемой, что обусловлено его высокой распространенностью (Пс страдает в среднем от 3 до 7% жителей планеты). Наиболее тяжелой формой псориаза является псориатический артрит (ПсА), который относится к группе серонегативных спондилоартритов, характеризующихся хроническим воспалением суставов, позвоночника, энтезисов. Частота ПсА в популяции составляет 0,06-1,4%. ПсА быстро приводит к инвалидизации, снижению трудоспособности и ухудшению качества жизни больных.

Цель исследования – сравнить индекс качества жизни больных тяжелыми формами псориаза.

Материал и методы: основную группу составили 120 (100%) больных тяжелыми формами псориаза (87 мужчин/33 женщины), находившихся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДК за период 2017 г., у которых только кожные проявления Пс были у 70 (54,2%), а ПсА – у 50 (41,7%). Средний возраст пациентов только с кожными проявлениями Пс составил 54,0±14,2 лет, с ПсА – 49,18±15,93 лет. Среднее значение индекса тяжести псо-

риаз – PASI>10. Качество жизни пациентов оценивалось по опроснику Индекс качества жизни дерматологических больных (Dermatology Life Quality Index, DLQI). Полученные результаты расценивались согласно шкале интерпретации: от 0 до 1 балла – кожное заболевание не влияет на жизнь пациента; от 2 до 5 баллов – заболевание оказывает незначительное влияние на жизнь пациента; от 6 до 10 баллов – заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента; от 11 до 20 баллов – заболевание оказывает очень сильное влияние на жизнь пациента; от 21 до 30 баллов – заболевание оказывает чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента. Для статистического анализа проводился расчет М, σ, ±m, Хи-квадрат.

Результаты. Длительность течения Пс только с кожными проявлениями составила: более 15 лет – у 25 (35,7%) из 70 больных; 10 – 15 лет – у 18 (25,7%); 3 – 10 лет – у 15 (21,4%); 1 – 3 года – у 12 (17,1%).

Длительность псориаз (ПсА) составила: более 15 лет – у 5 (10%) из 50 больных; 10 – 15 лет – у 7 (14%); 3 – 10 лет – у 20 (40%); 1 – 3 года – у 18 (36%).

Наследственность по псориазу была отягощена у 35 пациентов (29,1%), коморбидная патология диагностирована у 112 (93,3%) из 120 больных. Среди сопутствующей патологии чаще всего регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы – у 100 (89,2%) больных, заболевания нервной системы – у 59 (52,6%), заболевания желудочно-кишечного тракта выявлялись у 48 (42,8%), сахарный диабет 2-го типа – у 45 (40,17%) и заболевания мочевыделительной системы – у 20 (17,8%) больных из 120.

Среднее значение DLQI у наблюдаемых пациентов составило 15,8±5,2 (n=120), то есть заболевание оказывало очень сильное негативное влияние на жизнь. У больных только с кожными проявлениями Пс среднее значение DLQI был равен 12,5 ±3,4 (n=70), у больных ПсА – 20,4 ±3,7 (n=50) (p<0,05), у пациентов с сопутствующей патологией составило 16,1±5,3 (n=112).

Выводы. Все больные тяжелыми формами Пс, находившиеся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДК в 2017 г., имели высокое среднее значение DLQI, что свидетельствует очень сильному влиянию кожного заболевания на жизнь пациента. Они имели определенные психосоциальные и физические ограничения, связанные с Пс. У пациентов с ПсА среднее значение DLQI было значимо выше, чем у пациентов с кожной формой псориаза. На значение DLQI у пациентов Пс также влияет и наличие коморбидной патологии.

Таким образом, больные псориазом требуют динамического наблюдения дерматологами и врачами смежных специальностей. Важным является ранняя диагностики ПсА и коморбидной патологии, их своевременная терапия, что значительно повысит уровень качества жизни таких больных.

## ПИГМЕНТНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Белоногова А.Р., Сорокина К.Н., Уфимцева М.А.,  
Аверьянов О.Ю., Тупоногов С.Н.*

*Уральский государственный медицинский  
университет, Областная детская клиническая  
больница №1, Екатеринбург*

В России, как и в большинстве других стран, наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости меланомой кожи. К предрасполагающему фону развития меланомы



кожи по данным НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова относят наличие сложного, пограничного, интрадермального, голубого невуса. Принято считать, что меланома кожи у детей и подростков весьма редкое заболевание, но проведенные исследования в США за период с 1993 по 2001 г. выявили увеличение заболеваемости у детей на 46%, а возрасте от 15 до 29 лет меланома кожи оказалась наиболее частой солидной опухолью. В России меланома кожи у детей составляет 3% от всех злокачественных новообразований. По данным отечественных ученых, недоучет заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей и подростков в России составляет не менее 20%, а показатель эффективности онкологической помощи детскому населению России при меланоме кожи является низким по сравнению с развитыми западными странами: индекс смертности/заболеваемости составляет 12%, тогда как в США, Канаде, Австралии – около 2%. Тенденции к снижению смертности детского населения от меланомы кожи в России пока не наблюдается, в тоже время выявлены регионы с превышением среднего уровня заболеваемости данной нозологией, в Свердловской области этот показатель превышен в два раза. Среди причин высокой смертности выделяют неадекватную диагностику, снижение бдительности дерматологов и онкологов в диагностике меланомы кожи у детей и подростков. Цель исследования. Изучить структуру пигментных образований у детей и подростков, выявить частоту меланоопасных невусов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации поликлинического, онкологического отделений и отделения плановой хирургии ГБУЗ Свердловской области «Областной детской клинической больницы №1» г. Екатеринбурга с 2015 по 2017 г. детей в возрасте от 0 до 18 лет по полу, возрастным периодам детства, клиническим вариантам пигментных новообразований.

Результаты. За 3-летний период с 2015 по 2017 г. в ГБУЗ СО ОДКБ №1 обратилось с целью диагностики и определения последующей тактики лечения пигментных новообразований кожи 845 детей, что составило 38,8% от общего количества обращений. В ходе исследования не выявлено статистически значимых данных между количеством обращений детей проживающих в сельской и городской местности. Одинаково часто пигментные новообразования встречались как у мальчиков, так и у девочек. При анализе полученных результатов установлена высокая частота обращения пациентов с пигментными новообразованиями кожи в лечебное учреждение в возрастной группе с 7-14 лет по сравнению с другими возрастными периодами в 2-3 раза ( $p < 0,005$ ). В результате исследования у детей среди пигментных новообразований кожи частота встречаемости диспластического невуса составила 2,1%, внутридермального невуса – 5,1%, папилломатозного внутридермального невуса – 10,6%, голубого невуса – 1,1%, невуса сальных желез – 2,3%, смешанных невусов – 47,9%, других новообразований (в том числе вирусной этиологии) – 30,9%. С 2015 по 2017 г. на 50,9% увеличилось количество обращений детей в ГБУЗ СО ОДКБ №1, которым диагностирован смешанный невус, во всех возрастных группах. Из этого следует, что пигментные новообразования у детей, в том числе и меланоопасные невусы, встречались в 69,1% случаев, которые требовали определения дальнейшей тактики ведения. Из всех обратившихся детей за данный период времени у 7,4% детей пигментные новообразования были удалены с гистологическим исследованием и у мальчика 13 лет в 2017 г. выявлены признаки озлокачествления невуса.

Выводы. Высокая частота и увеличение обращаемости детей с пигментными новообразованиями в ОДКБ №1, особенно в возрастном периоде с 7 до 14 лет, свидетельствует о необходимости включения ежегодного осмотра дерматовенеролога в рамках диспансеризации детей и подростков по месту жительства, с целью своевременной диагностики и определения тактики ведения меланоопасных новообразований, улучшения прогноза в периоде зрелости. Повышение настороженности по риску возникновения злокачественных новообразований кожи у детей среди дерматологов, педиатров и врачей других специальностей, выявление групп риска и проведение профилактических мероприятий будет способствовать снижению заболеваемости меланомой кожи в России.

## МЛАДЕНЧЕСКАЯ ПЕРИАНАЛЬНАЯ ПИРАМИДАЛЬНАЯ ПРОТРУЗИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Бибичева Т.В., Беляева Т.М., Саранюк Р.В.  
Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Курский государственный медицинский университет, Медвенская ЦРБ Комитета здравоохранения Курской области, Курск*

Младенческая перианальная пирамидальная протрузия (МППП) – редкое доброкачественное, как правило, одиночное образование кожи в виде конусовидного выпячивания, расположенное на шве промежности перед анусом. Впервые данная нозология описана в 1996 г. Kayashima, к настоящему времени в литературе предствлены данные о чуть более ста клинических случаях заболевания. Этиология и патогенез МППП не известны, в большинстве случаев заболевание встречается у новорожденных и грудных детей, чаще у девочек (Kayashima et al., 1996). Выделяют три типа МППП: конституциональные (семейными и/или врожденными); приобретенные; связанные со склероатрофическим лихеном (САЛ). В подтверждение врожденного и/или семейного характера конституциональных МППП свидетельствует их обнаружение у новорожденных (Konta et al., 2000), у нескольких членов семьи (Leung et al., 2010), у близнецов (Cavicchioli et al., 2014). По мнению Merigou (1998) одной из основных причин формирования данного типа МППП является слабость мышц промежности у женщин, что и может объяснять факт обнаружения МППП преимущественно у девочек. Приобретенные МППП могут появляться на фоне запоров (Merigou et al., 1998), диареи, свищей и трещин прямой кишки (Patrizi et al., 2002), быть следствием чрезмерного механического воздействия при проведении гигиенических манипуляций после дефекации (Kayashima et al., 1996). Существует мнение, что МППП могут быть как ранним признаком САЛ, так и сосуществовать одновременно с клиническими симптомами САЛ (Patrizi et al., 2002; Tsunemi et al., 2003; Hernandez-Machin et al., 2007). В то же время, считается, что МППП является самостоятельной формой САЛ (Cruseus et al., 1998). Дифференциальную диагностику МППП проводят с признаками сексуального насилия, аногенитальными бородавками, пролапсом прямой кишки, геморроем, болезнью Крона, гемангиомой (Kayashima et al., 1996; Konta et al., 2000; Tsunemi et al., 2003).

Учитывая вышесказанное, интересен будет и наш клинический опыт. Пациентка К., 2016 года рождения (8 месяцев).

Со слов мамы, около месяца назад у ребенка появилось небольшое мягкое образование в области промежности, рядом с анусом. Самостоятельно не лечились, обратились к хирургу в детскую поликлинику, откуда и были направлены к дерматологу с диагнозом «Аногенитальные бородавки» для его верификации и решения вопроса о терапии. Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Самостоятельные роды на 40-й неделе беременности, девочка родилась с весом 3,1 кг и ростом 51 см, 8 баллов по Апгар. Период новорожденности – без особенностей, на искусственном вскармливании с шестого месяца. С этого времени мама стала отмечать у ребенка частые симптомы вздутия живота, запоры. Гигиеническую обработку кожи и слизистых оболочек аногенитальной области ребенка в течение дня осуществляла с помощью влажных салфеток. Объективно: ребенок нормостенического типа телосложения, рост и вес в пределах границ нормы для указанного возраста. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. На коже в области шва промежности перед анусом визуализируется образование в виде листовидного выступа размерами 0,2x0,4 см<sup>2</sup> розового цвета, имеющее гладкую поверхность и возвышающееся над неизменной кожей. При пальпации: консистенция мягкая, температура в области образования не отличается от окружающей кожи, ребенок признаков беспокойства не проявлял, что дополнительно свидетельствовало об отсутствии воспаления в указанной области. Был выставлен диагноз: МППП (приобретенный тип), D23.5. Даны рекомендации: консультация педиатра, гастроэнтеролога, подбор питания и коррекция проблем ЖКТ; исключить использование влажных салфеток для гигиены перианальной области и применять мягкие очищающие средства, рекомендуемые в этом возрастном периоде; минимизировать ношение подгузников; динамическое наблюдение у дерматолога для исключения САЛ; явка через месяц. При повторном визите: со слов мамы жалоб нет, соблюдали все рекомендации, прошли лечение у гастроэнтеролога, скорректировали питание, запоров нет. Объективно: клинические проявления МППП полностью разрешились. Таким образом, можно предположить, что такой неадекватный гигиенический уход за кожей аногенитальной области младенцев (необоснованно частое использование влажных очищающих салфеток) наряду с другими провоцирующими и факторами, вносит свой вклад в формирование и течение приобретенного типа МППП. Устранение же всех обнаруженных триггерных факторов приводит к клиническому разрешению заболевания без дополнительного медикаментозного лечения.

## **ИНФАНТИЛЬНАЯ ПЕРИАНАЛЬНАЯ ПИРАМИДАЛЬНАЯ ПРОТРУЗИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

*Бибичева Т.В., Беляева Т.М., Саранюк Р.В.  
Курский областной клинический кожно-  
венерологический диспансер, Курский  
государственный медицинский университет,  
ОБУЗ Медвенская ЦРБ Минздрава РФ по Курской  
области, Курск*

Инфантильная перианальная пирамидальная протрузия (ИППП) представляет собой редкое доброкачественное образование кожи в виде пирамидального выступа по срединной линии спереди от ануса у новорожденных и грудных

детей. Впервые данную нозологию описали Kayashima et al. в 1996 г. 04.07.2017 г. к нам прием обратилась мать с ребенком, 2017 г. р. (8 мес.). Мама с пациенткой были направлены хирургом с DS Папиллома кожи промежности? Со слов матери около 1,5 мес. назад ей было замечено небольшое образование красного цвета, возвышающееся над окружающей кожей, в перианальной области. Субъективных жалоб пациентка не предъявляла. При анализе тщательно собранного анамнеза выяснилось, что пациентка страдает расстройством пищеварения (чередование запоров и диарей). Также имело место систематическое механическое раздражение перианальной области после актов дефекации (использование влажных салфеток). При объективном исследовании: на коже перианальной области, спереди от ануса по срединной линии, отмечается образование диаметром 0,2-0,4 см, нежно-розового цвета, конусовидной формы, напоминающей устричную раковину, возвышающееся над окружающей неизменной кожей; гладкое и безболезненное при пальпации. Был поставлен диагноз: Инфантильная пирамидальная перианальная протрузия. Склероатрофический лишай? Пациентке рекомендовано: гигиенический уход области промежности; подмывания с мягкими очищающими средствами и эмолендами: динамическое наблюдение у дерматолога по поводу САЛ; консультация детского гастроэнтеролога для коррекции нарушений со стороны ЖКТ. Назначена явка через 1,5 месяца. При повторной явке 16.10.17 рекомендации дерматолога и детского гастроэнтеролога были выполнены. Нами отмечалось полное разрешение образования в перианальной области. ИППП является достаточно редким состоянием. В настоящее время в литературе зарегистрировано и описано всего чуть более 100 случаев заболевания. Говоря об эпидемиологии заболевания, было установлено, что ИППП чаще встречается у девочек. Причиной такого гендерного пристрастия могут служить анатомические особенности женской половой системы, при которых данное заболевание легче заметить и диагностировать. ИППП чаще всего диагностируется при рождении. Этиология и патогенез заболевания остаются неизвестными. Kayashima et al. предположили, что развитие ИППП обусловлено механической стимуляцией промежности во время протирания перианальной области после акта дефекации. Однако эта гипотеза не соотносится с наличием заболевания у новорожденных и младенцев, чей стул мягче, чем у детей старшего возраста. В настоящее время выделено 3 типа ИППП: 1. конституциональная ИППП, которые иногда могут быть семейными и/или врожденными; 2. приобретенная ИППП; 3. ИППП, связанная со склероатрофическим лишаем (САЛ). Согласно Mérigou и соавт., конституционные ИППП развиваются вследствие слабости в области женской промежности, что может объяснить, почему данное заболевание наблюдается главным образом у девочек. Врожденное происхождение ИППП основано на обнаружении этих образований у новорожденных и младенцев. В приобретенном типе ИППП запор, предположительно, играет ведущую роль в развитии и заболевания. Наличие диареи, свищей и трещин также может повлиять на формирование ИППП вследствие механической стимуляции промежности. Patrizi et al. заявили, что в некоторых случаях ИППП может быть ранним проявлением САЛ, хотя в других случаях они могут сосуществовать независимо друг от друга. Как правило, ИППП представлена расширенным пирамидальным выступом кожи, обычно расположенным перед анусом, размером 5,5-28,5 мм<sup>2</sup>, который покрыт розовой или светло-красной кожей, имеющей гладкую поверхность. Однако некоторые описанные ИППП были либо в форме арахиса, либо листовидной формы, и были расположены позади ануса или представлены одновременно перед и позади ануса.



Из-за разнообразия локализаций и форм ИППП некоторые авторы предпочитают термин «инфантильная промежностная протрузия» или «инфантильная перианальная протрузия». Диагноз ИППП основывается на клинической картине заболевания. Наличие клинических проявлений САЛ на других участках тела может свидетельствовать о том, что ИППП является проявлением САЛ. Дифференциальная диагностика ИППП включает в себя сексуальное насилие, пролапс прямой кишки, поражения перианальной области при болезни Крона, гемангиомы и геморроидальные узлы. Было отмечено, что в ходе динамического наблюдения ИППП могут разрешиться только через несколько недель после манифестации.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

*Биткина О.А., Гречканева О.А., Габасов И.В., Ражева П.А.*

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

Успешное клиническое применение наружных озонид-содержащих препаратов с лечебными целями в различных областях медицины (дерматовенерология, гинекология, стоматология, комбустиология) в течение последних 2-3 десятилетий требует патогенетического обоснования, т.к. широкое производство наружных препаратов, содержащих химически модифицированное озонированное оливковое масло, ведущими мировыми производителями началось лишь несколько лет назад в нескольких странах (Россия, Украина, Италия, Куба, Испания, Турция, США, Мексика). Одним из перспективных вариантов их использования является трихология. Востребованность озонид-содержащих препаратов на трихологическом рынке позиционируется их мощным антиоксидантным эффектом, направленным на восстановление функциональной активности клеток и формированием *de novo* волосяных фолликулов. Многие современные наружные средства (пептидные препараты, линейка Селенцин, Квилиб) направлены на активацию снабжения кислородом волосяного фолликула. Улучшение микроциркуляции при наружной озонотерапии различных дерматозов, в том числе и волосистой кожи головы, неоднократно демонстрировалось методом лазерной доплеро-вской флоуметрии. Оценка данным методом эффективности лечения проводилась при псориазе, красном плоском лишае, атопическом дерматите, склероатрофическом лихене, диффузной алопеции, очаговой алопеции.

Цель работы: проведение экспериментов *in vitro* и *in vivo*, демонстрирующих влияние новых озонид-содержащих наружных препаратов на состояние волоса и волосистой кожи головы в динамике.

Материалы и методы. Для изучения влияния действия озонид-содержащей крем-маски для волос серии Озодермис 1500 мкг в условиях *in vitro* использовался трихоскоп Agato SG с линзами, увеличивающими изображение волоса в 60, 200 и 1000 раз. Производились исходные снимки, а также снимки в динамике после экспозиции наружного препарата в течение 15, 30 и 45 минут.

Для изучения динамики состояния волосистой кожи головы в процессе курсового наружного лечения крем-маской Озодермис 1500 мкг у 10 добровольцев (5 лиц мужского и 5 женского пола) проводилось измерение в контрольных точках на теменной и затылочной зонах (отмеченных татуажными метками) до нанесений препарата, через 15 и 30 ми-

нут после аппликации, и через 6 недель аппликаций 3 раза в неделю по 15 минут. Контрольные комплексные измерения проводились с помощью трихоскопии, фототрихограммы, лазерного анализатора микроциркуляции кожи ЛАКК методом доплеровской флоуметрии и диагностического комбайна для определения функциональных параметров состояния кожных покровов Multi Skin Test Center MC 1000 (датчики корнеометрии, себуметрии и эластометрии). Добровольцы, принимающие участие в исследовании, относились к возрастной группе 22-23 года, не имели заболеваний волосистой кожи головы. Каждое измерение методом лазерной доплеровской флоуметрии проводилось в течение 400 секунд с помощью зонда  $d = 3$  мм в красном канале лазерного излучения (длина волны 0,63 мкм, толщина зондирования около 0,8 мм), а также в инфракрасном канале (длина волны 1,15 мкм, толщина зондирования около 1,6 мм с захватом в т.ч. глубже расположенных микрососудов). Получены ЛДФ-граммы кожного кровотока, анализ которых позволил оценить состояние микроциркуляции кожных покровов в заданной точке измерения в условных единицах, а также величину компонентов контроля микроциркуляции – активных факторов контроля (эндотелиального, миогенного и нейрогенного механизмов регуляции просвета сосудов) и пассивных факторов контроля (дыхательного и сердечного механизмов). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft XL.

Результаты. Трихоскопия волос *in vitro* при длительной экспозиции до 45 минут не показала повреждающего действия наружного препарата, содержащего химически модифицированное оливковое масло. Динамические комплексные инструментальные наблюдения в процессе 6-недельного применения крем-маски для волос с пероксидным числом 1500 мкг оказались наиболее информативными по результатам фототрихограммы, показавшей увеличение плотности волос на кв. см, увеличения диаметра стержня волоса, увеличения количества анагеновых волос. Показатели микроциркуляции по данным лазерной доплеровской флоуметрии имели тенденцию к повышению. Проводимые исследования. У 50% исследуемой группы через 6 недель применения зафиксировано уменьшение параметров себуметрии.

Заключение. Таким образом, применение наружных озонид-содержащих препаратов в трихологии, имеет перспективы при алопециях, патогенетически связанных с нарушения кислородного метаболизма (гнездная алопеция, диффузные реактивные алопеции) и при себорейном дерматите за счет подавления активности дрожжеподобных грибов фунгицидными свойствами озонированного оливкового масла. Использование лазерной доплеровской флоуметрии для оценки эффективности лечения имеет ценность при наружной терапии наружными озонид-содержащими средствами, направленной на активацию кислородного метаболизма ткани.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВАЛИДАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРОСНИКОВ ПО ЗУДУ

*Бобко С.И., Львов А.Н., Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Штендер С.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва; Университетская клиника г. Мюнстера, Германия*

Введение. Хронический зуд – часто встречающийся симптом, значительно влияющий на качество жизни пациен-

тов. Для уточнения характеристик и особенностей зуда при различных дерматозах используют опросники для пациентов. В настоящее время в разных странах мира проводятся исследования по созданию и валидации таких опросников. В связи с этим с 2014 г. под эгидой Европейской академии дерматовенерологии «Европейская сеть по оценке степени тяжести зуда и его влияния на качество жизни (PruNet)» проводилось исследование по созданию и валидизированию стандартизованных опросников для анализа тяжести и влияния хронического зуда на качество жизни пациентов в ряде европейских стран. Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ принял в этом исследовании участие как один из европейских центров по изучению зуда.

Целью работы явилось создание и валидация унифицированных оценочных шкал по зуду в рутинной практике с учетом количества пациентов и ограниченности времени врачей.

Материалы и методы. Использовались следующие опросники: 1. опросник по зуду; 2. опросник оценки качества жизни; 3. оценка качества жизни при зудящих дерматозах; 4. дерматологический индекс качества жизни; 5. визуально-аналоговая, цифровая аналоговая, вербально-аналоговая шкала для оценки интенсивности зуда. Клинические характеристики и показатели индекса качества жизни были получены у 535 пациентов, страдающих зудом, из 9 стран Европы, в том числе у 51 пациента из России, большую часть пациентов оставили женщины (n=307), мужчин было 228 человек. Возраст участников исследования находился в диапазоне от 18 до 98 лет, при этом средний возраст составил 52,53±17,75. У пациентов отмечались дерматозы в активной стадии. Критерии включения: наличие дерматоза (атопический дерматит, контактный дерматит, узловатое пруриго, вульгарный псориаз, красный плоский лишай или грибовидный микоз/синдром Сезари), интенсивности зуда по ВАШ от 3 и более, возраст более 18 лет, согласие на участие в исследовании.

Анализ результатов. Наиболее часто среди пациентов выборки регистрировался вульгарный псориаз (32%), на втором месте – atopический дерматит (29%), на третьем – контактный дерматит (16%), далее: узловатое пруриго (13%), красный плоский лишай (8%) и грибовидный микоз (2%). В зависимости от страны распределение пациентов по нозологиям отличалось; например, в российской выборке пациентов большую часть составили больные atopическим дерматитом (35%) и контактным дерматитом (35%). Большинство пациентов (36,64%) страдало от хронического зуда на протяжении 5-10 лет, более 33,46% пациентов отмечали хронический зуд более 10 лет. По данным опросника по качеству жизни при зуде, наиболее низкие показатели качества жизни были отмечены среди пациентов из России (среднее значение 59,53) и Италии (среднее значение 58,70); наиболее высокие – среди пациентов из Польши (среднее значение 75,28) и Австрии (среднее значение 70,18). В российской выборке пациентов средняя интенсивность зуда (ВАШ за последние 24 часа) составила 5,27, отмечено среднее влияние на качество жизни больных (среднее значение ДИКЖ 8,25, индекса качества жизни при зуде – составило 59,3); при этом только 25,4% больных отмечали исключительно зуд, большинство пациентов – 74,5% испытывали помимо зуда и другие ощущения по типу мурашек по коже, боли, пощипывания, жжения, покалывания, что важно учитывать при сборе анамнеза и подборе адекватной терапии. У женщин общей выборки были выявлены более высокие показатели средних значений индекса качества жизни при зуде (среднее значение 68,129±9,378).

Заключение и выводы. Таким образом, проведенное на международном уровне многоцентровое исследование, в котором принял участие МНПЦДК как один из европейских центров, представляющих Россию, позволило: – валидировать унифицированные международные опросники по зуду, которые являются инструментом для объективной оценки характеристик зуда у пациентов; – получить объективные данные характеристик зуда и качества жизни пациентов, страдающих зудом, при разных нозологиях; – применить и внедрить предложенные опросники в московское здравоохранение. Опросники позволяют объективно оценивать динамику состояния пациентов, страдающих зудом, в процессе терапии, обосновывать необходимость включения в комплекс мероприятий дополнительных терапевтических стратегий, в том числе психореабилитационных; могут быть использованы как в клинической практике, так и в научной работе.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.**

*Большакова Е.Е., Жучков М.В., Маркович В.В.,  
Матвеева Л.В., Сонин Д.Б., Масиянская Т.Д.  
Областной клинический кожно-венерологический  
диспансер, Рязань*

Введение. Бактериальный вагиноз является одним из наиболее распространенных инфекционных невоспалительных заболеваний, характеризующееся значительным снижением или отсутствием лактобактерий и существенным преобладанием в микробном пейзаже влагалища женщины полимикробных ассоциаций анаэробов и/или гарднерелл. Основным направлением лекарственной терапии бактериального вагиноза является одномоментная элиминация анаэробных микроорганизмов из влагалища женщины. Для этих целей в настоящее время используют несколько групп антибактериальных лекарственных препаратов.

Целью нашего исследования явилось сравнение трех рекомендованных режимов медикаментозной терапии бактериального вагиноза у беременных пациенток во втором триместре.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 беременных пациенток, страдающих бактериальным вагинозом у которых заболевание было выявлено во время беременности. Средний возраст пациенток составлял 28,6±3,4 года. Критериями включения пациенток в исследование были следующие: наличие бактериального вагиноза, установленного в соответствии с диагностическими критериями Amsel, выявление бактериального вагиноза во время данной беременности, отсутствие анамнестических указаний на наличие бактериального вагиноза ранее, 2-й триместр беременности на момент включения в исследование, отсутствие сопутствующей патологии урогенитального тракта. Пациенты были разделены на три группы. Первая группа пациентов (n=12) получала метронидазол 500 мг перорально 2 раза в день 7 дней. Вторая группа (n=13) получала метронидазол 250 мг 3 раза в день 7 дней. Третья группа пациентов (n=13) получала клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в день 7 дней.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что пациенты первой группы на 2,3 дня быстрее, чем в первой, и на 2,1 дня быстрее, чем третьей группе достигали

клинической ремиссии. Лабораторная ремиссия «отставала» от клинической, во всех группах на 1,2 дня. Переносимость всех трех режимов медикаментозной терапии была сопоставимой. Нежелательные лекарственные реакции во всех трех группах не были выявлены.

Обсуждение. Некоторое преимущество высоких разовых доз метронидазола у беременных пациенток с бактериальным вагинозом можно объяснить фармакокинетическими и фармакодинамическими особенностями нитроимидазолов. Для достижения клинико-лабораторного эффекта данной группы лекарственных препаратов важно не время содержания терапевтических концентраций в плазме крови, величина максимальной концентрации данного антибактериального препарата в плазме крови.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – ОДНА ИЗ ВАЖНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГИДРАДЕНИТОМ**

*Бородулина К.С., Бурова С.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва*

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) – характеризуется вовлечением в воспалительный процесс апокриновых потовых желез, сальных желёз, волосяных фолликулов и перифолликулярных тканей. ХГГ не является «классическим» инфекционным заболеванием, не имеет специфического возбудителя, а характеризуется полиморфной бактериальной флорой. Основным источником бактериальной обсемененности воспалительных очагов, как правило, являются сапрофитные микроорганизмы, колонизирующие кожу человека, и транзитные микроорганизмы. В большинстве случаев показано применение системных антибиотиков, но для предотвращения развития антибиотикорезистентности – оптимизированно и индивидуально. Целью исследования являлось: изучение состава микроорганизмов в гнойных очагах воспаления у больных ХГГ II-IV степеней тяжести и чувствительности флоры к антибактериальным препаратам в зависимости от тяжести и локализации заболевания.

Под нашим наблюдением находились 96 пациентов с ХГГ, мужчины и женщины, в возрасте от 18 до 70 лет. Давность заболевания варьировала от 6 мес. до 37 лет. В процессе исследования были выделены возможные факторы риска развития данного заболевания: а) генетические факторы (родственники первой линии, аутосомно-доминантное наследование, мутации в гене гамма-секретазы); б) коморбидные факторы (депрессия, болевой синдром, болезнь Крона, лимфостаз, сахарный диабет); в) ожирение и лишний вес; г) курение; д) связь с профессиональной деятельностью (водители, дальнобойщики). Нормальная микрофлора кожи разнообразна (*Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus epidermitis* и *Staphylococcus haemolyticus* и др.), может отличаться по составу в зависимости от локализации дерматоза, и встречается в содержимом воспалительных элементов при ХГГ. Наряду с сапрофитной бактериальной флорой, при ХГГ, преимущественно средней и тяжелой степеней тяжести, особое место занимали

патогенные микроорганизмы. Очаги воспаления были распределены по четырём локализациям. В каждой группе определена частота встречаемости каждого микроорганизма: 1) В подмышечных областях были выделены: *St.aureus* (у 12 пациентов), *E.coli*(4), *St.epidermidis* (14), *St.sapropfyticus* (8), *Kl.pneumoniae* (4), *St.albus* (3), *Staphylococcus lugdunensis* (9), *Ent.faecalis* (1), *St.pyogenes* (5), *Acinetobacter baumannii* (6), MRSA (9), *Micrococcus luteus* (2). 2) В пахово-мошоночной области: *Ent.faecalis* (у 14 пациентов), *Proteus mirabilis* (8), *St.aureus* (6), *E.coli*(7), *St.epidermidis*(5), *Micrococcus varians*(3), *St. pyogenes* (9), *Staphylococcus lugdunensis* (6). 3) В крестцово-копчиковой области: *Ent.faecalis* (5), *Proteus mirabilis* (3), *St.aureus* (3), *E.coli* (2), *St.epidermidis* (3). 4) В параректальной и ягодичной областях: *St.aureus* (4), *Kl. Pneumonia* (3), *Ent.faecalis* (5), *St.epidermidis* (2), *St.sapropfyticus* (1), *Staphylococcus lugdunensis* (2). Параллельно была изучена антибиотикочувствительность выделенных микроорганизмов в конкретных локализациях ХГГ. 1) В подмышечных областях микроорганизмы оказались чувствительными к оксациллину, ампициллину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, офлоксацину, аминогликозидам, амикацину, ванкомицину, меропенему. 2) В паховой, мошоночной и промежностной зонах – к ампициллину; цефтриаксону, цефтазидиму; ципрофлоксацину, офлоксацину; гентамицину, амикацину. 3) В крестцово-копчиковой области – к цефтриаксону, цефтазидиму; офлоксацину; амикацину; меропенему. 4) В параректальной и ягодичной области – оксациллин; цефтриаксон; ципрофлоксацин, офлоксацин; гентамицин, амикацин. В большинстве случаев, при ХГГ в очагах воспаления определяется смешанная аэробно-анаэробная бактериальная флора. Чаще фигурируют бактерии рода стафилококков. У 7 (7,3%) пациентов в биоматериале роста микрофлоры не наблюдалось. Обнаружены отличия в составе микрофлоры в зависимости от локализации пораженного дерматоза. На этом этапе исследования выявлены приоритетные антибактериальные препараты. Ввиду характерного затяжного рецидивирующего течения ХГГ, изучение сопутствующей бактериальной флоры и ее чувствительности на каждом этапе заболевания, поможет подобрать рациональную противовоспалительную терапию, и подготовить пациента к хирургическому лечению.

## **ФОТОТЕРАПИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ**

*Бородулина К.С., Прокопова Е.М.*

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

Кольцевидная гранулема (КГ) – заболевание неясной этиологии. Распространенность кольцевидной гранулемы варьирует в пределах 0,1-0,4% от всех дерматологических пациентов. Предполагается полиэтиологичность данного заболевания, при этом определенную роль в его развитии отводят хронической инфекции, туберкулезу, саркоидозу, ревматизму, а также эндокринным нарушениям, длительному приему лекарственных препаратов. По данным отечественных и зарубежных авторов, одним из эффективных методов лечения КГ является ПУВА-терапия. ПУВА-терапия может быть использована как в качестве монотерапии, так и в комплексной, комбинированной терапии в сочетании с топическими кортикосте-



роидами и десенсибилизирующей терапией. Несмотря на наличие случаев самопроизвольного излечения КГ, проблема лечения данного заболевания остается актуальной, в виду торпидности его к большинству методов лечения и возможным рецидивам.

Под нашим наблюдением в отделении физиотерапии находились 7 пациентов в возрасте от 45 до 54 лет, с диссеминированной формой кольцевидной гранулемы, с преимущественной локализацией высыпаний на коже верхних и нижних конечностей в виде распространенных мелких (0,1-0,5 см в диаметре), плотных, гладких, полушаровидных, слегка уплощенных блестящих узелков розоватого или синюшного цвета, со склонностью к слиянию. Длительность заболевания составила от 8 месяцев до 1,5 лет. Из анамнеза: все пациенты ранее получали от 1 до 3 курсов десенсибилизирующей, антигистаминной, противовоспалительной терапии, с невыраженным, кратковременным улучшением в виде побледнения и небольшого уменьшения элементов сыпи. В нашем отделении данным пациентам был назначен курс общей ПУВА-терапии в сочетании с топическими кортикостероидами, по схеме 3 раза в неделю. В качестве фотосенсибилизатора применялся аммифурин в виде таблеток. Для наружной терапии применялась мазь клобетазол 1 раз в день по интермиттирующей схеме 2/2. Общее количество процедур на курс составило от 20 до 25. Побочных эффектов зафиксировано не было. В результате наблюдения, после 10 процедур регресс высыпаний составил от 35 до 50%. После 20-25 процедур – высыпания регрессировали полностью у 4 пациентов, у 3 пациентов регресс составил от 78 до 90%. Все пациенты отметили хорошую переносимость данного метода лечения. Полученные результаты показывают хорошую клиническую эффективность при сочетании общей ПУВА – терапии с топическими кортикостероидами в лечении диссеминированной формы кольцевидной гранулемы.

## К ВОПРОСУ ОБ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИИ В МЕДИЦИНЕ

*Бурова С.А.*

*Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва*

Одним из первых иммуномодуляторов в нашей стране и единственным до сих пор, изготовленным из актиноциет, признан препарат лекарственный препарат Актинолизат. Его разработка началась в СССР более 80 лет назад в ИМПитМ им.Е.И. Марциновского, когда был открыт уникальный феномен аутолиза аэробных актиноциетов. За его изобретение отечественные ученые в 50-х годах прошлого столетия получили Государственную премию СССР. Инъекционный препарат Актинолизат («А») – это стерильный, стабилизированный, поликомпонентный фильтрат культуральной жидкости, содержащий смесь лизатов актиноциетов депонированных и выращенных в стандартных условиях и в соответствии с РД. Механизм действия «А» изучали, в том числе, и на экспериментальной модели актинимиоза. Животным опытной группы вводили «А», контрольной группы – физиологический раствор. Действие «А» оценивали по изменению величины очага поражения, по патоморфологии и числу фагоцитирующих клеток в очаге воспаления. В опытной группе через две недели после лечения было отмечено скопление гигантских клеток по периферии очага воспаления, пред-

ставленного многокамерной гранулемой с активно развивающимися бактериальными друзами, затем наблюдались все стадии фагоцитоза, активный фагоцитоз по отношению к возбудителям, разрушение гранулем, фрагментация друз, заполнение гранулемы многоядерными гигантскими клетками вплоть до полного исчезновения воспалительного процесса и рубцевания тканей. В контрольной группе купирование воспалительного процесса не было достигнуто, отмечалась лишь начальная фаза фагоцитоза макрофагами на периферии гранулемы. Было доказано, что «А»: 1) активно стимулирует фагоцитоз, 2) подавляет гранулематозный процесс в гнойно-воспалительных гранулемах бактериальной этиологии, 3) приводит к переходу незавершенной формы фагоцитоза в завершенную, что обуславливает стабилизацию процесса с последующим регрессом. В клинической практике было подтверждено противовоспалительное и заживляющее действие «А», усиление фагоцитоза и положительное влияние на качество волос и ногтей. Отечественный иммунобиологический лекарственный препарат с противовоспалительным и заживляющим действиями хорошо зарекомендовал себя в клинической практике, применяется до настоящего времени, что значительно улучшает прогноз заболеваний. «А» выпускается в оборудованных помещениях, в соответствии с приказом Минпромторга России от 14.06.2013 № 916 «Об утверждении Правил надлежащей производственной практики», на основе стандартных методик, подтверждающих заявленные требования к технологическому процессу в целом и к контролю качества конечного продукта по РД. Расширенные показания к применению «А» утверждены в МЗ РФ (бессрочное рег. удостоверение: ЛС-001204-110912): бактериальные гнойные и воспалительные заболевания кожи, слизистых оболочек, подкожной клетчатки, костей, хронический гнойный гидраденит, трофические язвы, пролежни, пиодермии, фурункулез, угревая болезнь, длительно незаживающие раны, синдром диабетической стопы, остеомиелит; актиномикоз различных локализаций; воспалительные заболевания внутренних органов. Способ применения: внутримышечно 2 раза в неделю, при заболеваниях кожи – 5-15 инъекций; при заболеваниях внутренних органов – 10-15 инъекций; при актиномикозе – 20-25 инъекций; интервал между курсами – 1 месяц; 2-3 курса. Во избежание рецидива показан проф. курс из 5-15 инъекций. Рекомендации о включение отечественного лекарственного средства Актинолизата в комплексное лечение многих хронических гнойных и воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки продиктованы клиническими наблюдениями и успехом в лечении на протяжении многих лет.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА И АКТИНОМИКОЗА АКСИЛЛЯРНЫХ, ГЕНИТАЛЬНЫХ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

*Бурова С.А., Бородулина К.С., Кудрявцева Р.Л.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва*

В клинической практике дерматолога и хирурга гнойно-воспалительные процессы в подмышечных, паховых,

ягодичных и параректальных областях встречаются нередко. Дифференциальная диагностика между вторичным актиномикозом в свищевой стадии и хроническим гнойным гидраденитом (ХГГ) III-IV степеней тяжести представляет некоторые трудности из-за схожести клинических проявлений и отсутствия доступных диагностических тестов, тем более что актиномицеты обладают способностью спонтанно лизироваться и подвергаться другим дегенеративным изменениям, чем объясняется редкое обнаружение возбудителей даже при специфической и типичной клинической картине актиномикоза. Вторичный актиномикотический процесс чаще всего присоединяется к воспалению в параректальных, пахово-промежных и ягодичных областях. Этиология этих заболеваний бактериальная, чем в некоторой степени, объясняется схожесть симптоматики и тактики лечения ХГГ и актиномикоза, которая объединяет два подхода: медикаментозный и хирургический. К консервативному лечению относятся: системные антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, фторхинолоны, линкозамиды, тетрациклины и др. (с учётом чувствительности флоры); актинолизатотерапия; промывание свищей растворами антисептиков; физиотерапия УЗ с 10% йодистым калием в импульсном режиме; наружные препараты. В комплексном лечении ХГГ и актиномикоза радикальному хирургическому методу по праву отводится значительное место. Однако, необходимым условием успешных операций является тщательная предоперационная подготовка, которая ложится на плечи дерматологов. За критерии подготовки больного к операции приняты следующие признаки: улучшение общего состояния, нормализация температурной реакции и показателей периферической крови, купирование воспалительных явлений в очаге поражения, сокращение размеров инфильтрата и отграничение его от окружающих тканей, уменьшение гнойного отделяемого из свищей и с поверхности ран или закрытие свищей, нормализация данных клеточного и гуморального иммунитета, успешное лечение сопутствующей патологии. В предоперационной подготовке особое место отводится актинолизату, который вводится внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, 5-25 инъекций на курс, в соответствии с инструкцией, утвержденной МЗ РФ (регистрационный номер: ЛС-001204-110912). В нашей клинике используется поэтапный метод радикального хирургического лечения, т.к. больные ХГГ, в большинстве случаев, поступают с множественными очагами гнойного воспаления в отдаленных друг от друга локализациях (например, подмышечная и паховая области). Интервалы между операциями заполнены мероприятиями по купированию гнойно-воспалительного процесса и повышению общей сопротивляемости организма.

## ИЗМЕНЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Шмакова А.С.  
Российский национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Целью работы являлось неинвазивное определение уровня общего эпидермального холестерина (ЭХ), атерогенных и антиатерогенных показателей в сыворотке крови в зависимости от клинической картины.

Под наблюдением находилось 130 больных с различными

формами псориаза в возрасте от 14 до 67 лет (75 мужчин и 55 женщин). Легкая степень тяжести заболевания (индекс PASI до 7) диагностирована у 23,1% пациентов, средняя (PASI от 7,1 до 12) – у 36,9%, тяжелая (PASI от 12,1) – у 40%. Прогрессирующая стадия псориаза отмечена у 61,5% пациентов, стационарная – у 38,5%.

При вульгарном псориазе отмечалось достоверное повышение содержания общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов очень низкой плотности (ЛОНП), апопротеина В (АпоВ), снижение соотношения АпоА1/АпоВ и уровня липопротеинов высокой плотности (ЛВП) относительно контрольных значений. У больных с интертригинозной, застарелой и экссудативной формами регистрировались наиболее высокие показатели всех атерогенных фракций липопротеинов, АпоВ и снижение соотношения АпоА1/АпоВ, при экссудативном псориазе также выявлено достоверное снижение АпоА1. Ладонно-подошвенная форма псориаза характеризовалась достоверным повышением содержания ОХ, ТГ, ЛОНП, АпоВ. При каплевидном псориазе достоверных отличий средних значений основных ЛП по сравнению со здоровыми лицами выявлено не было.

У пациентов чаще встречался более тяжелый IIб тип дислипидемии, сочетающийся с повышением индекса массы тела, высокой частотой сердечно-сосудистой патологии.

У больных псориазом было обнаружено достоверное повышение уровня эпидермального холестерина в интактной коже ( $4,8 \pm 3,1$  мкг/см<sup>2</sup>) и в очаге поражения ( $6,6 \pm 3,9$  мкг/см<sup>2</sup>) по сравнению со здоровыми лицами ( $1,8 \pm 0,5$  мкг/см<sup>2</sup>). Наблюдалась тенденция к возрастанию уровня ЭХ с увеличением тяжести заболевания. Было установлено, что корреляция между уровнем ЭХ в интактной коже и ОХ сыворотки прослеживалась только при уровне ЭХ выше  $6,0$  мкг/см<sup>2</sup>. При этом липидные нарушения сыворотки крови соответствовали IIб типу дислипидемии.

Показатель ЭХ в видимо неизменной коже коррелировал с длительностью заболевания: при длительности болезни до 2 лет он составил  $2,4 \pm 1,0$  мкг/см<sup>2</sup>, при длительности 2-4 года –  $4,9 \pm 3,5$  мкг/см<sup>2</sup>, более 5 лет –  $5,2 \pm 2,7$  мкг/см<sup>2</sup>. Достоверной корреляции уровня ЭХ в пораженной коже с длительностью заболевания не выявлено.

Таким образом, анализ липидного профиля пациентов с псориазом показал атерогенную направленность метаболизма, избыточное накопление холестерина в эпидермисе, зависящие от тяжести, активности, длительности и формы дерматоза.

## СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЛИМФАНГИЭКТАЗИИ

*Вашкевич А.А., Кошкарова Е.Ю., Разнатовский К.И.,  
Авдеенко Ю.Л., Александрова И.Б., Резцова П.А.,  
Котрехова Л.П.*

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

Актуальность. Лимфангиэктазия (ЛАЭ) – стойкое резкое расширение лимфатических сосудов. Приобретённые ЛАЭ развиваются на фоне травм, воспалительных процессов, опухолей в малом тазу, подвергшиеся хирургическому и/или радиологическому лечению, ЗППП, рецидивирующих бактериальных инфекций, крупных миом, болезни Крона, филяриоза, скрофулодермы. За счет

повреждения путей лимфооттока на уровне магистральных лимфатических коллекторов или узлов создаются условия для повышения давления в лимфатических сосудах, застоя лимфы, развития фиброзно-склеротических изменений в тканях вплоть до развития слоновости, появления лимфорей или хилорей. К развитию лимфангиэктазий чаще предрасположены пациентки в возрасте 50-70 лет. Поверхностные ЛАЭ развиваются в лимфатических сосудах и капиллярах кожи – в сосочковом слое дермы формируются полости, наполненные лимфой, которые оказывают давление на эпидермис, вызывая его атрофию, нередко вплоть до полного исчезновения. Рядом с очагами атрофии эпидермиса обнаруживаются гиперкератоз и акантоз. Очаги ЛАЭ, соединяясь друг с другом, в сосочковом и сетчатом слоях кожи образуют пещеристые полости, напоминающие лимфангиомы. В полостях четко определяется эндотелиальная выстилка, просвет их заполнен лимфой. Вокруг и рядом с ними образуются крупные лимфоидно-клеточные инфильтраты. Глубокие (висцеральные) ЛАЭ исходят из лимфатических, сосудов, расположенных во внутренних органах: лёгких, кишечнике, селезенке и т.д. Заболевание не является летальным, не склонно к малигнизации, но косметический дефект значительно снижает качество жизни пациентов. Усугубляют состояние пациента и интимная локализация, неэффективность наружной терапии, склонность к рецидивированию. Главной задачей в лечении ЛАЭ является удаление очагов и/или предотвращение их рецидивирования.

Клинический случай. Пациента 62 лет, в 2013 г. получала радиотерапию по поводу рака шейки матки. В 2017 г. обратилась к дерматологу с жалобами на везикулезные высыпания в области вульвы. При повреждении пузырьков из них истекла прозрачная светло-желтая жидкость. Высыпания безболезненны, травмировались при трении об белье, при нажатии опустошались и при прекращении давления быстро наполнялись вновь. Образования были иссечены методом радиоволновой хирургии (аппарат Сургитрон), материал отправлен на гистологическое исследование. Данные гистологической верификации: эпидермис неравномерной толщины, с участками гипертрофии, атрофии и акантоза, в сосочковом и сетчатом слое дермы имеются многочисленные кистозно-расширенные лимфатические сосуды с эндотелиальной выстилкой, тонкостенные лимфатические сосуды, кровеносные сосуды, также имеется периваскулярная лимфоцитоплазматическая инфильтрация, а в глубоких отделах дермы выраженный фиброз. Описанные изменения в дерме соответствуют кистозной лимфангиоме, с учетом клинической картины также не противоречат диагнозу поверхностной лимфангиэктазии.

Заключение: «Лимфангиэктазия». На основании анамнеза, жалоб и патогистологического заключения был поставлен диагноз: «Приобретенная лимфангиэктазия».

Обсуждение. ЛАЭ безусловно нуждается в лечении. Этиологическое лечение не всегда возможно, т.к. восстановить проходимость лимфатических сосудов не всегда реально. В любом случае с целью коррекции уже имеющегося косметического дефекта требуется местное иссечение образований. Требования, предъявляемые к лечению: хорошие косметические результаты, предупреждение рецидивов, защита от инфекций. В настоящее время возможны следующие подходы: хирургическое иссечение, лазерное, склеротерапия, криотерапия, электрокоагуляция. У данной пациентки иссечение методом радиоволновой хирургии (аппарат Сургитрон) дало хороший стойкий косметический эффект.

## КЛАССИЧЕСКИЙ ВЗРОСЛЫЙ ТИП БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ

*Вашкевич А.А., Резцова П.А., Котрехова Л.П., Пашкова Е.С., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д., Северинец Е.А., Левина Ю.В.*

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

Актуальность. Красный волосистой лишей Девержи (pityriasis rubra pilaris) – редкое хроническое папуло-сквамозное воспалительное заболевание кожи неизвестной этиологии. Классическая клиническая картина характеризуется появлением эритемо-сквамозных бляшек красно-оранжевого цвета, ладонно-подошвенной кератодермии и кератотическими фолликулярными папулами конической формы с роговыми шипиками. Заболевание часто переходит в эритродермию с островками здоровой кожи, но общее состояние остается удовлетворительным. Griffiths выделил 5 клинических подтипов: классический взрослый, атипичный взрослый, классический ювенильный, ограниченный ювенильный и нетипичный ювенильный. Позже был добавлен ВИЧ-ассоциированный тип. Семейная форма заболевания с аутосомно-доминантным типом наследования может сохраняться на протяжении всей жизни, в то время как приобретенная форма – спонтанно разрешается в течение 1-3 лет. Более 50% всех случаев протекает по классическому взрослому I типу, для которого характерно острое начало с развитием классической клинической картины. Возможно развитие рубцовой алопеции. Характерно наступление ремиссии в среднем через 2-3 года от начала заболевания. Пациенты с красным волосистой лишаем часто не реагируют на различные виды терапии. Из-за того, что патология встречается относительно редко, крупных контролируемых испытаний не проводилось. В настоящее время препаратами первого выбора для лечения дерматоза являются системные ретиноиды: ацитретин и, в отдельных случаях, изотретиноин.

Целью работы явилось описание клинического наблюдения пациента, страдающего Болезнью Девержи (классический взрослый тип I).

Материалы и методы. Пациентка С., 82 года, обратилась на консультацию на кафедру дерматовенерологии СЗГМУ им. Мечникова с жалобами на высыпания на коже корпуса, сопровождающиеся сильным зудом и чувством стягивания кожи. Из анамнеза: высыпания существуют в течение 6 месяцев, в семье кожной патологии нет (со слов). Пациентка обращалась к дерматологу по месту жительства, по поводу диагноза «токсикодермия» «токсикодермия» были назначены системные глюкокортикостероидные препараты. На фоне проводимой терапии положительного эффекта не было, в связи с чем она была направлена на консультацию на кафедру дерматовенерологии СЗГМУ им. Мечникова. Объективно. Кожный процесс носил распространенный характер. Представлен красно-оранжевыми бляшками, сливающимися между собой, с островками видимо здоровой кожи округлой формы, до 1,0 см в диаметре; перифолликулярными папулами морковного цвета, конической формы с роговыми шипиками и восковидной ладонной кератодермией. Симптом «терки» положительный. В гистологическом препарате (увеличение Х40, окраска гематоксилин-эозин) в эпидермисе были выявлены: чередование участков



очагового паракератоза с пластинчатым ортокератозом, очаговый гипергранулез, неравномерный акантоз. В дерме определяются поверхностные периваскулярные и перифолликулярные лимфоидные инфильтраты с примесью гистиоцитов и единичных плазмоцитов. В фолликуле волос смещен за счет пластинчатого гиперкератоза, сочетающего ортокератотические и очаговые паракератотические изменения. Заключение: выявленные гистологические изменения носят неспецифический характер, но могут встречаться при красном отрубевидном волосяном лишае Девержи. Данные лабораторных исследований, в том числе показатели функции печени и уровня липидов в плазме крови без клинически значимых патологических изменений. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия II степени II стадии, РССО 4. На основании анамнеза, клинический картины, гистологического исследования был выставлен диагноз «Болезнь Девержи, классический взрослый тип». С учетом распространенности процесса и большого веса (97,4 кг) пациентке был назначен препарат Неотигазон однократно 50 мг в сутки перорально, после еды, с контролем функции печени и уровня липидов через месяц. Наружно – эмоленты 2 раза в день. Клиническое улучшение наступило через 2 месяца, доза была снижена до 25 мг в сутки. В настоящий момент на коже лица и ладоней процесс разрешился бесследно. На коже туловища высыпания частично сохраняются. Лечение переносит хорошо, осложнений терапии не наблюдалось. Выводы. Применение пероральных ретиноидов (Неотигазона) позволяет добиться регресса высыпаний, однако возможно развитие побочных эффектов, что требует мониторинга лабораторных показателей функции печени и липидограммы в процессе терапии, особенно пациентам старших возрастных групп и с отягощенным анамнезом.

## АССОЦИАЦИЯ ВИТИЛИГО С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

*Волнухин В.А.*

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

Цель исследования. Оценить частоту ассоциации витилиго с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 38 больных витилиго в возрасте от 2 лет до 51 года (29 женщин, 9 мужчин). У 28 (73,7%) пациентов диагностирован несегментарный тип витилиго, у 7 (18,4 %) – сегментарный, у 3 (7,9%) – фокальный. С целью выявления АИТ всем пациентам проведено обследование, включавшее определение в сыворотке крови содержания гормонов щитовидной железы (Т4 свободный и ТТГ), уровня антител к тиреоглобулину и тиреоидной пероксидазе, УЗИ щитовидной железы и консультацию эндокринолога.

Результаты и обсуждение. Ассоциация витилиго с АИТ выявленными в 12 (31,6%) случаях, что значительно превышает популяционную частоту (3-4% населения). АИТ диагностирован у 10 больных несегментарным витилиго и 2 больных сегментарным витилиго; у взрослых он встречался в 2,2 раза чаще, чем у детей, у женщин – в 1,6 раза чаще, чем у мужчин. Однако при статистическом анализе какой-либо значимой зависимости от пола, возраста и типа витилиго не установлено. Согласно зару-

бежным данным, ассоциация витилиго с аутоиммунным тиреоидитом выявляется у 2-24,1% больных. Полученные нами данные несколько отличаются от литературных данных, что, возможно, обусловлено небольшой выборкой пациентов.

Выводы. Установлена высокая частота ассоциации витилиго с аутоиммунным тиреоидитом, что следует учитывать при обследовании и наблюдении больных.

## ОСОБЕННОСТИ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

*Волнухин В.А.*

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

Цель исследования. Изучить особенности лечения витилиго методами фототерапии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов собственных наблюдений, а также литературных данных, посвященных вопросам фототерапии витилиго.

Результаты и обсуждение. Ультрафиолетовая фототерапия является одним из эффективных видов лечения витилиго. Из всех известных методов фототерапии наиболее часто применяется узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм. Достоинствами метода являются хорошая переносимость лечения как взрослыми, так и детьми, и относительная безопасность. ПУВА-терапия по эффективности сопоставима с узкополосной фототерапией, однако имеет ряд недостатков: возможность развития стойкой гиперпигментации кожи и побочных эффектов от применения фотосенсибилизатора, риск канцерогенного действия. В связи с этим ПУВА-терапия в настоящее время рассматривается как альтернативный метод лечения витилиго, который назначают при отсутствии эффекта от других терапевтических средств. Широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (длина волны 280-320 нм) по эффективности уступает узкополосной фототерапии 311 нм и в клинической практике применяется реже. Лечение эксимерным монохроматическим ультрафиолетовым светом (длина волны 308 нм) может проводиться с использованием как лазерных, так и ламповых источников излучения. Терапевтическая эффективность этих методов сопоставима; недостатком является высокая стоимость процедур. Ультрафиолетовая фототерапия воздействует на важные патогенетические механизмы витилиго: подавляет иммунное воспаление и стимулирует репопуляцию резидуальных меланоцитов в коже, в результате чего снижается активность патологического процесса и восстанавливается (частично или полностью) пигментация в очагах поражения. Для получения хорошего эффекта требуется проведение длительного курса фототерапии, включающего 50-100 процедур. Эффективность лечения зависит от локализации очагов витилиго: более высокие результаты достигаются в очагах, локализованных на лице, шее и туловище; слабый эффект наблюдается в очагах, расположенных на кистях и стопах. Терапевтический эффект менее выражен при большой длительности заболевания и наличии лейкотрихии.

Выводы. При назначении лечения больным витилиго необходимо учитывать особенности применения фототерапии, а также клинические предикторы терапевтического эффекта.

## РАЗРАБОТКА КОСМЕЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: АНАЛИЗ БЕЗОПАСНОСТИ КОМПОНЕНТОВ НА ОСНОВЕ МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ

*Воробьева Е.С., Афанасов И.М., Баткаев Э.А.  
ООО «ДжиЭф Групп», Московский  
государственный медицинский университет им.  
М.В. Ломоносова, Российский университет дружбы  
народов, Москва*

Современные косметические средства (КС) содержат в составе комплекс активных компонентов и добавок, направленных на ликвидацию проблем различного характера. Вне зависимости от различия в ингредиентах большинства КС, предназначенных для ухода за кожей, имеют сходный принцип воздействия. В первую очередь КС контактирует с эпидермисом, затем достигает дермального слоя кожи. Основную часть данного слоя составляют фибробласты, способные синтезировать внеклеточный матрикс.

Существует вероятность, что компоненты КС достигнут дермального слоя в концентрациях превышающих безопасные. Применение некоторых компонентов КС может стать причиной гибели клеток дермы, что при регулярном использовании способствует преждевременному старению кожи. Врачу-косметологу и потребителю КС важно понимать, насколько токсичны ингредиенты, входящие в состав косметического средства, и оправдан ли риск применения данного средства по сравнению с пользой от действия его активных компонентов.

Ряд методик позволяет произвести анализ токсикологических характеристик косметических средств. Согласно ТР ТС 009/2011 токсикологические испытания безопасности косметической продукции могут быть оценены в результате определения кожно-раздражающего действия и действия на слизистые лабораторных животных *in vivo*. Однако, кроме вопросов гуманности ведения испытаний на животных, данные методы не отражают адекватно воздействие КС на кожу человека в силу видовых различий и особенностей строения кожных покровов человека и животных. Альтернативным способом измерения токсикологических характеристик КС является *in vitro* анализ общетоксического действия с помощью биологических моделей. Подобные исследования хорошо воспроизводимы и относительно дешёвы по сравнению с исследованиями *in vivo*. Согласно ГОСТ 33506-2015 существует несколько методов проведения анализа токсичности *in vitro*: экспресс-метод анализа с использованием сперматозоидов быка и люминесцентный бактериальный тест. В первом случае в качестве модели используются половые клетки, несмотря на то, что по функциональным показателям данные культуры приспособлены к выживанию в гораздо более агрессивных условиях, чем клетки-мишени для КС (фибробласты) и не подвергаются воздействию КС в реальных условиях. Во втором случае – предполагается использование культуры бактерий. В сравнении с клетками млекопитающих бактерии являются более неприхотливыми системами, обеспечение их функционирования дешевле, а скорость роста выше, но выше и их выживаемость приспособляемость к агрессивным условиям среды. Данный факт является критичным моментом в оценке токсичности, поскольку чувствительность и специфичность подобных систем вызывает сомнения.

Из вышесказанного следует, что для оценки токсических эффектов ингредиентов косметики и косметических средств *in vitro* в качестве модельной системы наиболее

целесообразно использовать именно клетки дермы. Предпочтительность их использования также обуславливается достаточной распространённостью в специализированных лабораториях таких культур как фибробласты, и тем, что методика их культивирования хорошо отработана и стандартизована. Метод оценки цитотоксичности на фибробластах, как и любой другой метод, имеет ряд ограничений, однако все же позволяет оценить большую часть косметических ингредиентов.

Для оценки общетоксического действия была проведена серия экспериментов с водорастворимыми ингредиентами косметики из разных функциональных групп: основы, смягчающие вещества, увлажняющие агенты и антимикробные добавки (консерванты). В качестве исследуемых образцов были выбраны компоненты КС, часто встречающиеся в составах популярных кремов и косметических гелей. Результаты исследований показали токсичность ряда популярных ингредиентов, подтвердили безвредность ряда активных компонентов.

Выбранный метод оценки позволил провести исследование токсичности ингредиентов КС в сжатые сроки и без причинения вреда организму. Результаты исследования легко воспроизводимы, а также могут с достаточным уровнем достоверности сравниваться между собой как в рамках одной лаборатории, так и в ходе межлабораторного контроля и стандартизации исследований в рамках отрасли. Таким образом, несмотря на отсутствие данного метода в виде аттестованного анализа косметических средств подход достаточно универсален и является целесообразным для использования при создании и анализе косметической продукции.

## СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

*Воронцова И.В., Денисова Е.В., Маляренко Е.Н.,  
Васильева А.Ю., Корсунская И.М.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Центр  
теоретических проблем физико-химической  
фармакологии РАН, Москва*

Дискоидная красная волчанка – многофакторное воспалительное заболевание, патогенетически обоснованное сенсбилизацией к собственным клеткам Т-лимфоцитов и натуральных киллеров.

Поражение кожи при красной волчанке характеризуется значительной гетерогенностью клинических проявлений и зачастую приводящие к сложности диагностики на первом амбулаторном этапе. Встречаются как изолированные кожные формы КВ, так и сочетание высыпаний на коже и слизистых оболочках с системными проявлениями КВ. Кожную форму КВ подразделяют на дискоидную, диссеминированную и глубокие формы. Классическая форма дискоидной волчанки представлена триадой симптомов: эритема, гиперкератоз и атрофия. При изолированной форме высыпания представлены в области красной каймы губ слегка инфильтрированными вишнево-красными пятнами с небольшим количеством плохо отделяемых чешуек. При поражении волосистой части головы развиваются эритемы различной формы с шелушением на поверхности, по разрешению которых остаются рубцовая атрофия, те-

леангиоэктазии и участки гипо- и гиперпигментации. Зона рубцовой атрофии формируется в центре очагов.

За 2017 г. таких пациентов в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗМ было 3 (2 мужчин и 1 женщина). По клиническим наблюдениям, полученным в отделениях стационара клиники, пациенты, имеющие очаги, свободные от волосяных фолликулов, без каких-либо проявлений на других участках кожного покрова, длительное время получали лечение по поводу гнездной алопеции, а также грибковых поражений, атрофической формы красного плоского лишая, склеродермии. При проведении углубленного обследования, диагностической биопсии кожи, по результатам которой устанавливался заключительный диагноз «дискоидной красной волчанки». В качестве примера приводим пациент Н., 54 лет, который находился в клинике с направительным диагнозом «очаговая склеродермия», по поводу которой прошел 2 курса лечения амбулаторно (антибактериальные препараты, сосудистые препараты, препараты для борьбы с гиперплазией соединительной ткани), без эффекта на фоне проводимого лечения и отмечалось дальнейшее распространение высыпаний. Дообследование не проводилось – консультации смежных специалистов, ревматолога и биопсия кожи. Status localis: патологический процесс на коже носит хронический характер. Локализуется на коже волосистой части головы. Представлен очагами округлой и овальной формы, размером до 1,5 см в диаметре с гладкой атрофичной поверхностью, лишенные волос и волосяных фолликулов в пределах очагов. Остальные кожные покровы без патологических изменений. По заключению патоморфологического исследования биоптата кожи, взятого из очага на волосистой части головы, гистологическая картина наиболее соответствует красной волчанки.

Выводы: наиболее часто специалистам на первичном приеме кажутся очевидными такие диагнозы как склеродермия, алопеция, и пропускается изолированная форма дискоидной красной волчанки, проявляющаяся отдельными очагами атрофии на коже волосистой части головы с отсутствием волосяных фолликулов.

## ЛИМФОМЫ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Воронцова И.В., Денисова Е.В., Платонова Д.В., Моднова А.Г., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва*

Лимфомы кожи – клинически и морфологически гетерогенная группа опухолевых заболеваний, обусловленных моноклональной пролиферацией в коже клеток лимфоидной ткани.

Наиболее часто встречаемой первичной лимфомой кожи является грибовидный микоз в его классической форме Алибера-Базена, обусловленный пролиферацией Т-лимфоцитов малой и средней величины с наличием cerebriformных ядер, характеризуется поэтапной эволюцией пятен в папулы и узлы. Доля его в структуре Т-клеточных лимфом кожи составляет примерно 44%.

Течение заболевания характеризуется сменой трех ста-

дий: эритематозно-сквамозной, инфильтративно-бляшечной и опухолевой. Диагностика ранних стадий лимфомы кожи представляет особую сложность ввиду того, что клиническая картина может имитировать различные дерматологические нозологии. За последние 2 года в клинике им. В. Г. Короленко наблюдалось 8 пациентов с первично выявленной Т-клеточной лимфомой кожи. Наибольший интерес представляет и/б пациента Ч., 1997 г. р. Пациент считает себя больным в течение 6 лет, когда впервые появились высыпания на коже стоп, без видимой причины, без субъективных ощущений. В дальнейшем высыпания появились на коже туловища, паховой области, ягодиц, подмышечных впадинах. За медицинской помощью не обращался, никаких лекарственных средств не использовал, включая топические. Впервые обратился к дерматологу по месту жительства в 2013 г., поставлен предположительный диагноз: аллергический дерматит. По направлению военкомата в ноябре 2016 г. обратился к дерматологу по месту жительства, где был поставлен диагноз: «Парапсориаз крупнобляшечный»? «Т-клеточная лимфома кожи»? В дальнейшем госпитализирован в клинику им. В.Г. Короленко.

Status localis при поступлении: патологический процесс на коже носит распространенный, симметричный, хронический воспалительный характер. Локализован на коже лица, передней поверхности шеи, груди, туловища, подмышечных впадин, верхних конечностей, ягодицах, паховой области, внутренней поверхности стоп. На коже лица в области век отмечается избыточная складчатость, отечность, мелкопластинчатое шелушение белесоватого цвета, в области губ ангулярные трещины. На коже шеи, груди представлен в виде эритематозно-сквамозных очагов без четких границ и очертаний. На коже подмышечных впадин, медиальных поверхности плечей отмечаются очаги со слабовыраженной инфильтрацией, округлых и овальных очертаний, розово-желтого цвета с участками просветления. На коже паховой области, ягодиц и верхней трети бедра, стоп высыпания представлены очагами без четких границ и очертаний, синюшно-розового цвета с муковидным шелушением на поверхности, так же отмечаются участки гиперпигментации округлых очертаний кофейного цвета. На коже в надлобковой области отмечается инфильтрированный очаг насыщенно-розового цвета овальной формы. Кожа в области высыпаний лихенифицирована. Ногтевые пластины визуально не изменены. Видимые слизистые, суставы визуально не изменены. Дермографизм белый.

В клиническом анализе крови, клиническом анализе мочи, в биохимическом анализе крови патологий не выявлено.

Проведена диагностическая биопсия: 1 (биоптат кожи верхней конечности) – эпидермис с очаговым паракератозом, акантозом, слабовыраженным спонгиозом с экзцитозом лимфоцитов. В верхних отделах дермы фиброз, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. 2 (биоптат кожи бедра) – эпидермис с очаговым паракератозом, акантозом, скоплениями лимфоцитов в шиповатом и базальном слоях при минимально выраженном спонгиозе. В верхних отделах дермы фиброз, полусовидные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Гистологические изменения более всего соответствуют пятнисто-бляшечной стадии грибовидного микоза.

Приведенный пример демонстрирует встречаемость лимфомы кожи в молодом возрасте и необходимость исключать диагноз лимфома в каждом атипичном или торпидном случае хронического дерматоза.



## РОЛЬ ENTAMOEBA GINGIVALIS И TRICHOMONAS TENAX В МИКРОФЛОРЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА

*Втюрина Д.Н., Гомберг М.А., Трегубова М.А.,  
Стовбун С.В.*

*Институт химической физики им. Н.Н. Семенова  
РАН, Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Entamoeba gingivalis и Trichomonas tenax – простейшие, населяющие полость рта человека. Основные места обитания – десневые карманы, межзубные промежутки, кариозные полости зубов. Размеры микроорганизмов – 12-20 мкм в длину, 5-6 в ширину. Инфицирование T. tenax и E. gingivalis происходит при употреблении недостаточно чистой питьевой воды, невымытых фруктов и овощей, контактах с животными. Большинство инфицированных людей являются лишь носителями простейших, инфекция не проявляется. Поэтому долгое время T. tenax и E. gingivalis считались комменсалами, т.е. представителями нормальной микрофлоры полости рта. Однако имеются четкие корреляции наличия этих простейших с такими заболеваниями, как парадонтит, гингивит, кариес, галитоз. Особый интерес для дерматологов может представлять гипотеза, что эти микроорганизмы, взаимодействуя со структурами дермы, могут влиять на процессы старения кожи.

Цель исследования: оценить возрастные корреляции обнаружения T. tenax и E. gingivalis в полости рта человека. Материалы и методы. Были синтезированы праймеры для идентификации методом ПЦР Entamoeba gingivalis и Trichomonas tenax. Далее система была опробована на 175 добровольцах в возрасте от 0 до 80 лет (70 мужчин и 105 женщины), у которых для исследования отбирали пробы со слизистой полости рта. Для оценки возрастных корреляций с обнаружением в полости рта T. tenax и E. gingivalis все обследованные были разделены на группы с возрастным интервалом в 10 лет. Выводы. Entamoeba gingivalis была обнаружена в 54 случая из 175 (31%), а Trichomonas tenax: всего 1 случай из 175 (0.57%). Статистически значимые результаты по выявлению T. tenax и E. gingivalis начинаются с 30 лет. С возрастом наличие простейших в ротовой полости увеличивается, что согласуется с гипотезой о возможном их влиянии на возрастные изменения кожи. Существенной разницы между мужчинами и женщинами по всей выборке нет.

## НЕВУС ИХТИОЗИФОРМНЫЙ

*Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г.,  
Гаджимурадова К.М.*

*Дагестанский государственный медицинский  
университет, Махачкала*

В работе приводятся наблюдения клинических случаев папилломатозного невуса, сопровождающихся болевым симптомом, у женщин 17 и 22 лет. Причем манифестация у первой из них была в десятилетнем возрасте на месте послеоперационного рубца, а у второй в четыре года. Приводим наши клинические наблюдения. Клинический случай №1. Больная С., 17 лет, обратилась в ГБУ Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД РКВД) г. Махачкалы с жалобами на бородавчатые разрастания в области правого бедренного сустава. Из анамнеза. В пятилетнем возрасте перенесла хирургическое удаление «какого-то» подкожного новообразования в области правого

бедренного сустава. На месте разреза сохранился рубец. В 10-летнем возрасте обнаружила вокруг рубца папилломатозные высыпания, сопровождавшиеся легкой болезненностью. В течение последующих лет клиническая картина практически не менялась; изредка отмечала кровоточивость элементов. Последний год ощущает значительную болезненность в очаге поражения, усиливающуюся при давлении на папулы; а также присоединилась боль в правой нижней конечности. Status specialis. Множественные папилломатозные разрастания с широким основанием разбросаны в области правого бедренного сустава. Большая часть эфлоресценций желтовато-красного цвета, что может быть связано с постоянной травматизацией стягивающей резинкой нижнего белья. В нижней части очага поражения элементы желтовато-серого цвета; некоторые с сероватыми корочками. В зоне поражения наблюдается депигментированный атрофичный рубец. Диагноз: «Невус папилломатозный». Настоящее наблюдение демонстрирует позднюю манифестацию (в 10-летнем возрасте) папилломатозного невуса, сопровождающегося выраженным болевым симптомом. Клинический случай №2. Больной Ш., 22 лет, с жалобами на боли и эфлоресценции правой конечности обратился на кафедру кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ г. Махачкалы. Из анамнеза. В 4-летнем возрасте появились веррукозные разрастания на коже правой конечности. Последние годы отмечает болезненность при холодной погоде в очаге поражения, отдающую линейно в правую верхнюю конечность. Наблюдает, что парезы веррукозного участка очень долго не эпителизируются (в течение 2-3 месяцев). На гипопигментированном линейном участке разгибательной поверхности правого предплечья часто возникают фолликулиты. Другой патологии кожи, а также заболеваний внутренних органов не выявлено. Родители здоровы, не имеют между собой родственных связей. Status specialis. Массивные бородавчатые бляшкоподобные элементы плотно-эластической консистенции линейно расположены на тыльной поверхности первого пальца правой кисти с переходом на пясть и запястье. Далее в виде лишённой пушковых волос (единичные волосы сохранены) атрофичной гипопигментированной полосы шириной 1,5-2 см процесс дугообразно огибает предплечье от запястья до локтевого сустава. Диагноз: «Множественный папилломатозный невус». Мы отмечаем, что и в этом случае при папилломатозном пороке развития кожи имеются болевые ощущения. Описанные выше случаи иктиозиформного невуса это редкое проявление порока развития кожи с вовлечены в процесс нервных окончаний, о чем сигнализирует сопутствующий болевой симптом.

## СИНТЕТИЧЕСКИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ ПЕПТИДНОЙ ПРИРОДЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

*Гевондян Н.М., Трофимова И.Б., Касатова Т.Б.,  
Земсков М.Д., Дейгин В.И.*

*Институт биоорганической химии  
им.Ак. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова  
РАН, Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
им.И.Евдокимова, Российский национальный  
исследовательский медицинский университет  
имени Н.И. Пирогова; Российский университет  
дружбы народов, Медицинский институт, Москва*

Цель исследования: повышение эффективности терапии atopического дерматита (АД) путем коррекции протек-

тивной функции естественных иммуноглобулинов G, играющих ведущую роль в формировании адаптивного иммунитета, с помощью низкомолекулярных синтетических препаратов пептидной природы, состоящих из L- и D- аминокислот.

Исследования базируются на выдвинутой ранее концепции, что узловую роль в патогенезе АД играет ослабление протективной активности В-системы иммунитета, обусловленное повышенной секрецией (до 75-95%) антител низкими авидитетом и протективной активностью, в связи с чем не способных к реализации эффекторных функций, направленных на подключение естественных механизмов защиты организма. Следствием пула низкоавидных антител является персистенция аллергенов и атопенов в составе циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), сенсибилизация организма, вовлечение в иммунный ответ клонов Т- и В-лимфоцитов, подключение эффекторных клеток аллергических реакций.

Обнаруженный факт высокой корреляции индекса SCORAD с содержанием низкоавидных антител ( $r=0,94$ ), переход болезни из фазы обострения в фазу клинической ремиссии при нормализации уровня высокоавидных антител (75-100%), способность антител к структурно-функциональной трансформации (in vivo/in vitro) под действием эндогенных/экзогенных факторов различной природы – все это послужило основой для поиска новых подходов к терапии АД. При этом учитывалось, что процессы посттрансляционной модификации белка в плазматической клетке, предопределяющие функциональные и протективные свойства антител, чувствительны к иммунным, метаболическим, нейроэндокринным и др. расстройствам, составляющим патогенетическую основу АД.

Под наблюдением находились больные АД ( $n=60$ ), в возрасте 35-67 лет со среднетяжелым течением заболевания (индекс SCORAD  $49,53 \pm 4,7$ ), с проявлениями папулезных, эритематозно-сквамозных высыпаний на коже шеи, туловища, сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Сопутствующей патологией являлись хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, вегетососудистая дистония, отягощенные аллергическим статусом.

При первичном обследовании больных изменения в иммунной системе характеризовались увеличением числа Т- и В- лимфоцитов (в 2-6 раз), снижением фагоцитарной активности нейтрофилов ( $53,8 \pm 3,8$ ), гамма-ИФН ( $23 \pm 3,5$ ), повышением уровня ЦИК ( $98 \pm 6,7$  у.е.), гиперактивацией антителогенеза за счет синтеза функционально неактивных низкоавидных антител, что характерно для супрессии протективной функции В-системы иммунитета.

При лечении АД все пациенты получали антигистаминные, седативные, противовоспалительные средства, кортикостероидсодержащие мази, а больные основной группы ( $n=30$ ) – дополнительно пептидную терапию.

Статистическая обработка полученных результатов показала, что наибольший лечебный эффект достигался при селективной активации В-системы иммунитета, сопровождавшейся нормализацией антителогенеза и уровня высокоавидных антител до 75-95%, и превышал результаты традиционной терапии на 37-47%. При этом показатели иммунного статуса приближались к норме. При повторных курсах пептидной терапии у большинства больных продолжительность клинической и иммунологической ремиссии увеличилась до 9-12 месяцев, чего не наблюдалось при традиционной терапии.

Таким образом, патогенетическая концепция пептидной регуляции протективной функции В-системы иммунитета открывает новые возможности в лечении и профилактике АД.

## О ЛЕЙКОПЛАКИИ, ФАКТОРАХ ВОЗМОЖНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА

*Глебова Л.И.*

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

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, сопровождающееся воспалением, возникающее, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение. Важную роль в патогенезе лейкоплакии играют и эндогенные факторы (состояние желудочно-кишечного тракта), но важны также внешние раздражающие факторы (механические, термические, химические), особенно при их сочетании. Первостепенное значение имеет воздействие горячего табачного дыма. При локализации лейкоплакии на красной кайме губ большое значение в ее возникновении придается хронической травме мундштуком, папиросной или сигаретной бумагой (давление), систематическому прижиганию губы при докуривании сигареты до конца, а также неблагоприятным метеорологическим условиям (инсоляция).

Несмотря на то, что лейкоплакия в течение многих лет может носить доброкачественный характер и обычно самостоятельно регрессирует по мере удаления вредных агентов, у 6-10% больных наблюдается злокачественная трансформация поражений, т.е. лейкоплакия рассматривается как предраковое заболевание.

Цель исследования. При осмотре и обследовании пациентов на амбулаторном приеме с плоской и веррукозной формой лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта (СОПР) выявить факторы, ведущие к озлокачествлению очага. Ознакомить больных с профилактическими мероприятиями по недопущению малигнизации процесса.

Материалы и методы. Различные формы лейкоплакии (плоская, веррукозная (бляшечная и бородавчатая), лейкоплакия курильщиков (Таппейнера)) были диагностированы у 25 пациентов: из них – 18 мужчин в возрасте от 35 до 70 лет, 7 женщин – возраст от 43 до 68 лет.

У 20 человек – плоская лейкоплакия СОПР; у 4-х человек – веррукозная (у 2 – бляшечная и 2 – бородавчатая форма). У 1 человека – лейкоплакия курильщиков Таппейнера.

Все пациенты были заядлыми курильщиками со стажем от 15 до 40 лет.

Для получения данных о состоянии СОПР, желудочно-кишечного тракта и зубочелюстной системы все пациенты были подвергнуты клиническому обследованию. Особое внимание обращалось на наличие в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта, их продолжительности, характера течения.

При осмотре СОПР обращали внимание на ее цвет, степень увлажненности, наличие очагов поражения, их количества, локализацию, размеры и форму, характер дентальной патологии, наличие травмирующего фактора и его топографию по отношению к очагу поражения, состояние слизистой вокруг очага. При локализации лейкоплакии на красной кайме губ отмечали количество очагов, их расположение по отношению к зоне Клейна, размер, цвет, плотность. После установления клинического диагноза больные предупреждались о необходимости прекращения курения и исключения приема алкоголя, горячей и острой пищи. Нуждающиеся в санации полости рта и протезировании направлялись в стоматологические отделения. Всем больным назначались консультация гастроэнтеролога и при необходимости гастроскопия.

Наиболее частым местом локализации лейкоплакии у наблюдаемых нами больных была слизистая оболочка щек – 12 человек; второй по частоте локализации была красная кайма нижней губы – 7 человек; третьим по частоте местом локализации очагов было дно полости рта – 5 человек; и у одного больного редкая форма – лейкоплакия курильщико-ков Таппейнера на слизистой твердого неба.

Обследование состояния желудочно-кишечного тракта выявило различную патологию у 90% больных (различные формы гастрита, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический колит, хронический холецистит, хронический панкреатит).

Вышеизложенное позволяет рассматривать желудочно-кишечную патологию как фоновое заболевание у больных лейкоплакией.

Выводы.

1. Клиническая картина лейкоплакии СОПР и красной каймы губ имеет прямую зависимость от места локализации и формы заболевания. Лейкоплакия в большинстве случаев развивается у курящих мужчин в возрасте от 40 до 69 лет.
2. Лейкоплакия вне зависимости от ее клинической формы у большинства больных развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта в основном за счет хронических гастритов.
3. Часто у больных с лейкоплакией имелась хроническая травматизация слизистой из-за плохого состояния зубного ряда.

4. Наличие повышенной гальванизации на СОПР при протезах из разнородных металлов рассматривается как отрицательный фактор, ведущий к образованию очагов лейкоплакии.

5. В появлении очагов лейкоплакии на красной кайме нижней губы имела значение повышенная инсоляция.

6. Выявлено влияние горячей раздражающей пищи на появление очагов лейкоплакии.

В профилактике лейкоплакии СОПР и красной каймы губ первостепенное значение принадлежит мероприятиям, направленным на борьбу со старением организма, предохранение от действия неблагоприятных метеорологических факторов и прежде всего инсоляции, предупреждению травмирования красной каймы, в том числе, и в результате курения, своевременному лечению хронических трещин губ и других хронических воспалительных процессов, стоматологической санации рта, профилактическим осмотрам.

Пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением дерматолога, стоматолога или онколога. При малейшем подозрении в отношении озлокачествления необходимо срочное иссечение очага поражения в пределах здоровой ткани с последующим гистологическим исследованием.

## ВОКРУГ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В «КОЛОМЕНСКОМ»

*Гребенюк В.Н., Корнят М.С., Попов И.В., Чудакова Т.Ю., Труфанова Е.Ю., Пилявская С.О., Бассе Ф.Б., Жарикова П.С., Заторская Н.Ф.*  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал «Коломенский», Москва

Сведения о псориазе встречались еще в трактатах древних и средних веков под разными названиями (лепра, псора, алфос, лихен) и характеризовались многообразием и запутанностью медицинской терминологии. И в настоящее время, несмотря на многочисленные исследования псориаза в различных странах, остается много неясного в этой патологии,

в частности, в этиологии и патогенезе. Клиника в отдельных случаях также содержит много необъяснимого. Псориаз, являясь одним из самых распространенных хронических заболеваний кожи, встречается повсеместно, по разным данным у 0,5-7% населения планеты. По частоте он стоит на 2-м месте после атопического дерматита у детей и подростков. Этот дерматоз возникает в любом возрасте, но у детей младше 10 лет встречается реже. Клинические проявления при этом отличаются разнообразием, что может вызывать затруднения при диагностике, несмотря на то, что врачи хорошо знают это заболевание.

Помимо обычного псориаза, известны другие клинические варианты: пустулезный, эритродермический и артропатический, которые обычно развиваются на фоне типичных псориазных высыпаний. Выделяют также каплевидную, эксудативную, ладонно-подошвенную, смешанную формы. В практике дерматолога встречаются клинические манифестации, отличающиеся локализацией, интенсивностью и необычностью проявлений. На врачебных приемах бывают больные псориазом дети с микросимптоматикой, даже когда диагноз не вызывает сомнения, процесс протекает годами.

Заслуживают внимания «неклассические» клинические проявления псориаза, тенденция которых в последнее время чаще обнаруживается. Это случаи, которые отличаются от типичных студенческих представлений, когда чаще поражается кожа волосистой части головы, области коленных и локтевых суставов.

Существующее мнение, что псориаз это болезнь здоровых людей, ошибочно. Фоновые болезни при псориазе нередко негативно отражаются на его клинике и течении. Это прежде всего эндокринопатии, иммунные нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта. Клиническое разнообразие псориаза у детей, в том числе необычные проявления, можно предположительно объяснить патоморфозом заболевания. В целом у детей клиническая картина псориаза более разнообразная, чем у взрослых, что в немалой степени объясняется особенностью детского организма, в частности, его реактивностью.

В истекшем году в суточном стационаре филиала «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ было обследовано и пролечено 130 детей (15%), страдающих псориазом от раннего возраста до 18 лет, в дневном стационаре – 140 детей (20%). Клиническая картина этого дерматоза иллюстрирует своеобразие и атипичные проявления псориазической болезни в разные возрастные периоды. Следует отметить определенные трудности при диагностике, а также при лечении, учитывая фоновую патологию и другие факторы. Поэтому обогащение банка визуальной памяти дерматолога при просмотре клинического материала – повышает его профессиональный уровень.

## ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГОСОСТАВЛЯЮЩЕЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

*Гребенюк В.Н., Попов И.В., Корнят М.С., Динер Н.Е., Пилявская С.О., Труфанова Е.Ю., Герасимова М.В., Заторская Н.Ф.*  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал «Коломенский», Москва

Атопический дерматит – один из самых распространенных рецидивирующих дерматозов в детской практике. Его дебют в подавляющем большинстве случаев приходится на первые месяцы жизни ребенка.

Клиническая реализация «готовности» к формированию



аллергологического процесса происходит в постнатальном периоде и в раннем детстве под воздействием разнообразных факторов риска. Существенная роль среди них принадлежит нарушениям вскармливания: введение неадекватного прикорма, раннее искусственное вскармливание. Это обуславливает чрезмерное поступление через кишечный барьер антигенов при несовершенстве ферментативных систем, что предрасполагает развитие сенсibilизации организма. Дети, страдающие этим генетически детерминированным аллергическим заболеванием, наблюдаются у аллерголога, дерматолога и педиатра.

Мы наблюдали пятерых больных atopическим дерматитом детей в возрасте 4 и 6 месяцев, 2 (двое) и 3 лет, лечившихся в стационаре филиала «Коломенский». У четырех из них имела место наследственная отягощенность по atopии по материнской линии. При расспросе родителей установлено, что первые высыпания на коже появились у трех больных после изменения в питании (употребление перепелиных яиц, творожного сырка, винограда) на первом году жизни. У одного заболевшего ребенка в семье не придавали значения аллергенности пищевых продуктов. У 3-летнего пациента начало заболевания было связано с прививкой АКДС, родители держали его на строгой диете, носившей характер элиминационной. Ее обычно назначают при тяжелом течении atopического дерматита, когда исключают продукты, способные вызывать сенсibilизацию. При этом ребенок длительное время был лишен продуктов, необходимых ему для восполнения энергетических затрат, удовлетворения физиологических потребностей. У больного сформировалось астеническое телосложение и выявлен дефицит массы тела первой стадии (SDS – 2.04).

По консультации аллерголога в филиале «Коломенский» детям было назначено индивидуальное лечебное питание с учетом возраста ребенка, его нутритивного статуса, тяжести процесса, клинических проявлений заболевания, состояния органов ЖКТ, результатов анализа смешанной аллергопанели. На фоне проведенного комплексного адекватного лечения, в том числе пищевой коррективки, у всех больных наступила выраженная положительная динамика. В дальнейшем важно участие дерматолога, аллерголога и педиатра в диспансерном наблюдении этих пациентов.

В основу мероприятий первичной и вторичной профилактики, лечения atopической болезни у детей раннего возраста целесообразно применять принцип антигенного щажения, включающий в том числе применение гипоаллергенной и сбалансированной диеты. Первостепенное значение остается за комплексным адекватным лечением с учетом клинических проявлений и тяжести процесса, с использованием дезинтоксикационных, противовоспалительных, десенсибилизирующих и антигистаминных препаратов, а также топических ГКС препаратов. Важны преемственность в работе врачей аллергологов, дерматологов и педиатров.

## **ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМИ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ**

*Гурковская Е.П., Уфимцева М.А., Изможерова Н.В.  
Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург*

Аутоиммунные буллезные дерматозы (АБД) являются одними из самых тяжелых дерматологических заболеваний, требующие диспансерного наблюдения врачом-дермато-

венерологом на протяжении всей жизни больного. В соответствии с ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. (статья 2) лечащий врач должен не только оказать медицинскую помощь больному в период наблюдения, но и организовать консультации смежных специалистов, в период наблюдения за ним. Многочисленные осложнения длительной гормональной и иммуносупрессивной терапии, обострения имеющейся сопутствующей патологии приводят к снижению качества жизни больных АБД, ухудшению прогноза заболевания, повышению показателей инвалидизации и смертности больных и, как следствие увеличению медицинских расходов на лечение и реабилитацию таких пациентов.

Целью исследования явилось изучение распространенности коморбидной патологии у больных АБД.

Задачи исследования: 1. Установить распространенность и структуру коморбидной патологии у больных АБД. 2. Оценить клиническое течение коморбидной патологии у больных АБД после назначения системных глюкокортикостероидов.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных АБД, 31 (44,3%) мужчина и 39 (55,7%) женщин в возрасте от 19 до 85 лет. Медиана среднего возраста для мужчин составила 57 лет (межквартильный интервал (МКИ): 46,5-72,5 года), для женщин 66 лет (МКИ: 53,5-73 года). Из них у 32 (45,7%) пациентов установлена акантолитическая пузырчатка (АП), у 22 (31,4%) больных диагностирован герпетиформный дерматит Дюринга, у 6 (8,6%) пациентов встречалась хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли, у 10 (14,3%) пациентов диагностированы прочие буллезные дерматозы. Диагноз АБД устанавливали в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи больным пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга, буллезным пемфигоидом, утвержденными приказом МЗСР РФ № 856 от 15.12.2006 г., МЗ РФ № 1608н от 28.12.2012 г., МЗ РФ № 1600н от 28.12.2012 г., федеральными клиническими рекомендациями РОДВК (2015 г.). Диагноз АБД подтверждали патоморфологическим исследованием. Всем больным АБД проведено физикальное, лабораторное и инструментальное обследование, исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, измерение артериального давления, проведение эзофагогастродуоденоскопии, двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с определением минеральной плотности костной ткани и мышечной массы, электрокардиографическое исследование, ультразвуковое исследование сердца и брахиоцефальных сосудов. Пациенты исследуемой группы консультированы терапевтом, кардиологом, ревматологом.

Результаты исследования. При изучении клинической структуры АБД преобладали большие АП – 32 (45,7%) пациента и герпетиформный дерматит Дюринга – 22 (31,4%) больных. В результате исследования коморбидная патология встречалась у 49 (79%) больных АБД. При этом в структуре соматической патологии заболевания сердечно-сосудистой системы диагностированы у 34 (54,8%) пациентов, среди нозологий преобладали артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. На втором месте по частоте поражения находится патология желудочно-кишечного тракта, которая зарегистрирована у 25 (40,%) больных, при этом основными диагнозами являются хронический гастрит, панкреатит, холецистит и язвенная болезнь желудка. Также отмечается высокий удельный вес пациентов с впервые выявленным и ранее зарегистрированным сахарным диабетом II типа (14 чел., 22,6%) и остеопорозом (11

чел., 17,7%). В единичных случаях были диагностированы бронхиальная астма, новообразования почки и толстого кишечника, катаракта. Следует отметить, что после назначения высоких доз системных глюкокортикостероидов (ГКС), декомпенсация коморбидной патологии наблюдалась у 23 (32,8%) больных АБД, преимущественно у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, остеопорозом, катарактой, что потребовало повторной консультации у смежных специалистов с коррекцией ранее проводимой медикаментозной терапии.

Выводы. Таким образом, возникает необходимость совершенствования междисциплинарного взаимодействия врача-дерматовенеролога и врачей смежных специальностей, включающего разработку медицинских и профилактических технологий, позволяющих своевременно и наиболее полно оказывать комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий больным АБД.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АКНЕ И НУММУЛЯРНОЙ ЭКЗЕМЫ

*Давтян Е.В., Уджуху В.Ю., Короткий Н.Г.  
Российский национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Под нашим наблюдением находилось 8 больных с акне и нуммулярной экземой (3 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 25 лет. Длительность заболевания акне составляла в среднем  $3,4 \pm 0,3$  года, а нуммулярной экземой –  $1,9 \pm 0,1$  года. Полиморфные высыпные элементы при акне локализовались в основном на коже лица и в меньшей степени на коже верхней половины спины. Наблюдалась многочисленная закрытые (невоспалительные узелки белого цвета) и открытые комедоны, с черной выступающей над поверхностью кожи верхушкой, папулезные угри – плотные эфлоресценции размером до горошины красновато-синюшного цвета и болезненные небольшие (до 5 мм в диаметре) пустулезные угри. Клиническая картина нуммулярной экземы у наблюдавшихся нами больных, как правило, носила манифестный характер. У 5 (62,5%) пациентов очаги поражения располагались на коже дистальных отделов верхних и нижних конечностей (тыльной стороне кистей, стоп, предплечий и голеней). У 3 больных (37,5%) патологический процесс носил более обширный характер, захватывая кожу верхних и нижних конечностей, спины, плеч и боковых поверхностей туловища и живота. Отдельные экзематозные очаги достигали 1-5 см в диаметре, а в ряде случаев сливались в более обширные высыпания. Первыми проявлениями экземы были зудящие небольшие четко отграниченные от здоровой кожи монетовидные слегка приподнятые над поверхностью кожи очаги эритематозного характера, миллиарные папулы, папуловезикулы, а также корки и чешуйки. Относительно редко (у 2 больных) отмечалось появление микровезикул, мокнутия и серозных «колодцев».

Нами был разработан следующий алгоритм лечебных мероприятий у больных с сочетанной патологией (акне и нуммулярная экзема): на фоне терапии акне топическими ретиноидами (0,05% мазь изотретиноина или 0,1% крем адапалена) или комбинированными препаратами (гель клензит С или гель изотретиноин) были назначены антигистаминные препараты (на протяжении 12-14 дней) и L-изолейцил-L-глутамил-L-триптофана натриевую соль (количество активного вещества приведено в пересчете на сухое вещество – 0,25 г; вспомогательные вещества: 9 г натрия хлорида; 0,1 г бензалкония хлорида; до 1 л вода для

инъекций). Препарат применяли по 2,0 мл внутримышечно ежедневно, курсом 10 инъекций.

Уже с первых дней комплексной терапии у больных наблюдалась положительная динамика в течение патологического процесса. Регрессировали неприятные субъективные ощущения (зуд, жжение, чувство стянутой кожи в области пораженной кожи), прекратилось появление папулезных и пустулезных элементов на коже лица и спины. К 8-10-му дню лечения у большинства пациентов наблюдалось значительное снижение остроты воспалительных явлений (эритемы, микровезикул, мокнутия), уменьшалось инфильтрация и прекращалось шелушение в области очагов поражения. В дальнейшем (на 10-14 день терапии) происходила эпителизация эрозивных дефектов, поверхностных трещин, уменьшение площади пораженной кожи, а затем полное разрешение клинических проявлений нуммулярной экземы. Параллельно отмечался регресс папулезных и пустулезных угрей. На коже лица у больных, получавших комплексную терапию, сохранилось лишь небольшое количество закрытых комедонов. В результате проведенной терапии удалось оптимизировать состояние цитокиновой системы: статистически достоверно уменьшился уровень в периферической крови провоспалительных цитокинов (IL-17, FNO-alfa), увеличилась, приблизившись к референтным значениям, концентрация в сосудистом русле иммунорегуляторных интерлейкинов (IL-10 и IL-12).

Таким образом, проведенные исследования показали высокую терапевтическую эффективность и безопасность L-изолейцил-L-глутамил-L-триптофана натриевой соли комплексного лечения больных с сочетанной патологией (акне и нуммулярной экземой). Результаты исследований свидетельствуют о существовании общих патогенетических механизмов иммуногенеза акне и нуммулярной экземы.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Дениева М.И., Дворянкова Е.В., Балабекова Ф.Г.,  
Сосоева М.В., Измаилова Ф.И., Корсунская И.М.  
Чеченский государственный университет,  
Кожно-венерологический диспансер Чеченской  
Республики, Центр теоретических проблем  
физико-химической фармакологии РАН,  
Республиканская клиническая больница Чеченской  
Республики, Грозный*

Согласно современным представлениям, псориаз представляет собой распространенное хроническое иммуно-опосредованное воспалительное заболевание, при котором поражается кожа, ногти и суставы как у детей, так и у взрослых. Псориазом страдают около 2,0-3,5% населения Земли. При этом в некоторых регионах, в зависимости от особенностей изучаемой популяции, заболеваемость этим дерматозом достигает почти 9%. Дебют псориаза может состояться в любом возрасте. Почти в трети случаев это этот дерматоз начинается в детстве, при этом в последние годы отмечается тенденция к неуклонному увеличению заболеваемости среди детей. Вероятными причинами этого явления считают наследственную предрасположенность, возрастающее воздействие психоэмоционального стресса, инфекции, ожирение или избыточный вес. Среди других, триггерных факторов, вызывающих дебют и/или усугубляющих течение заболевания, выделяют травмирование или продолжительное раздражение кожи, а также использование некоторых лекарственных средств, таких как препараты лития, блока-

торы β-адренергических рецепторов и ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (TNF-α), например, у детей с болезнью Крона или ювенильным идиопатическим артритом. В настоящее время имеются весьма ограниченные эпидемиологические данные, касающиеся распространенности псориаза в детской и подростковой возрастных группах. Нами был проведен анализ заболеваемости псориазом в Чеченской Республике среди детей от 0 до 14 лет и подростков от 15 до 17 лет за период с 2014 по 2016 г.

Результаты проведенного анализа показали, что в 2014 г. было зарегистрировано 935 детей, больных псориазом в возрасте 0-14 лет (из них псориазический артрит был выявлен у 120 детей), и 39 случаев псориаза у подростков 15-17 лет (псориазический артрит – у 4 подростков). В 2015 г. отмечался дальнейший рост псориаза среди детей – 188 новых случаев в возрастной группе 0-14 лет (псориазического артрита – у 8 детей), и 38 новых случаев псориаза у подростков 15-17 лет (псориазического артрита – у 2 подростков), что составило 1123 детей с псориазом (128 детей с псориазическим артритом) и 77 подростков (6 подростков с псориазическим артритом). В 2016 году новые случаи псориаза были установлены у 157 детей в возрасте 0-14 лет (псориазический артрит выявлен у 7 детей), и у 32 подростков 15-17 лет (псориазический артрит – у 2 подростков), что составило 1280 болеющих псориазом детей (135 детей с псориазическим артритом) и 109 болеющих псориазом подростков (8 подростков с псориазическим артритом). При изучении показателей, характеризующих тяжесть течения псориаза, было обнаружено, что в 2014 г. инвалидность по поводу псориаза была установлена у 33 детей и подростков в возрасте до 18 лет, в 2015 г. этот показатель составил 42 человека, в 2016 г. – 45 детей и подростков. Частота госпитализации по поводу очередного обострения псориаза и неэффективности амбулаторного лечения в указанный период времени среди детей и подростков в среднем составляла от одной до трех.

Таким образом, в Чеченской Республике наблюдается рост заболеваемости псориазом среди детей и подростков. Учитывая, что в Чечне проживает генетически относительно однородная популяция, можно предположить, что наметившаяся во всем мире тенденция к росту заболеваемости псориазом среди детей и подростков, не зависит от генетических факторов, что требует дальнейшего всестороннего изучения данной проблемы.

## ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕМЕЙНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО-ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ

*Денисова Е.В., Качанова Н.В., Трофимова И.Б., Касатова Т.Б., Малярченко Е.Н., Хамаганова И.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

Доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли является редким аутосомно-доминантным наследственным везикуло-буллезным дерматозом, характеризующимся супрабазальным нарушением связи между клетками эпидермиса. В основе патогенеза лежат мутации

в локусе гена АТРС. Клиническая картина представлена буллезными элементами небольших размеров, располагающимися преимущественно в крупных складках, после вскрытия образующих извитые, глубокие трещины. Терапия заключается в назначении средних доз глюкокортикоидных препаратов, наружных антисептических средств, лечении сопутствующих заболеваний.

В стационаре филиала МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко» мы наблюдали 4 мужчин с доброкачественной семейной пузырчаткой Гужеро-Хейли-Хейли, верифицированной гистологически. Возраст пациентов составлял от 34 до 50 лет. У всех пациентов был установлен наследственный характер поражения, в семьях имелись пациенты с семейной пузырчаткой Гужеро-Хейли-Хейли. К началу нашего наблюдения всех пациентов беспокоили жжение, зуд.

Одним из универсальных методов лечения хронических дерматозов является плазмаферез. Всем больным был проведен курс плазмафереза, включавший 4 процедуры с интервалом в 2-3 дня с использованием аппарата ГЕМОС-ПФ 07. Отмечена хорошая переносимость процедур плазмафереза. Помимо плазмафереза, пациенты получали седативные препараты, наружно анилиновые красители, по показаниям внутрь доксициклин.

После проведения 2 сеансов плазмафереза прекратилось появление новых высыпаний, эпителлизировалась большая часть эрозий, исчезли жжение, зуд. Не было отмечено ни колебания артериального давления, ни частоты сердечных сокращений.

После проведения 4 процедур регресс высыпаний продолжался.

Таким образом, проведение процедур плазмафереза приводит к значительному улучшению состояния, не сопровождается нежелательными эффектами, побочными реакциями.

## ПАННИКУЛИТЫ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

*Егорова О.Н., Белов Б.С.*

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

Нередко в качестве одного из проявлений ревматических заболеваний (РЗ) выступают панникулиты (Пн), которые могут послужить причиной поздней диагностики и соответственно задержки адекватной терапии. В зависимости от этиологии и гистоморфологической картины принято выделять преимущественно септальный (СПн) и лобулярный панникулиты (ЛПн), как с признаками васкулита, так и без такового. На сегодняшний день отсутствуют исследования по оценке частоты встречаемости Пн при РЗ.

Цель: выявить клинические и лабораторные особенности Пн в современной ревматологической клинике.

Материалы и методы. В исследование включено 139 пациентов (22 мужчины и 117 женщин) в возрасте от 18 до 76 лет. На момент обращения в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой фигурировали следующие входные диагнозы: РЗ (43,16%), включая системную красную волчанку – СКВ (5,75%), ревматоидный артрит – РА (5,75%), системную склеродермию – ССД (5,75%), дерматомиозит – ДМ (5,03%), болезнь Бехчета – ББ (2,87%), анкилозирующий спондилоартрит (1,43%), острую ревматическую лихорадку (0,71%), эозинофильный фасциит (ЭФ) (0,71%), болезнь Шегрена (10,71%), идиопатический лобулярный Пн (ИЛП) (11,51%), узелковый полиартериит (2,87%), а также недифференцированный Пн (12,23%), УЭ (28,77%), гнойные заболевания ПЖК (6,47%), онкозаболевания (4,31%), атеро-



ма (5,03%). Средняя длительность заболевания составила 31 мес. [0,1;540]. У 104 (74,82%) пациентов зафиксирована длительность заболевания до 5 лет, причем у 69 (49,64%) из них до 1 года. В целом диагноз Пн на момент обращения установлен только у 29 больных (20,86%) ( $p < 0,031$ ), без детализации формы заболевания. В исследование не включали больных с туберкулезной инфекцией, гематологическими и онкологическими заболеваниями, беременными и кормящими грудью женщин. Исследование одобрено локальным Этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Для всех участников исследования получено информированное согласие. В соответствии с разработанным нами диагностическим алгоритмом, у всех больных, помимо общеклинического обследования, проведено определение титра  $\alpha$ -1 антитрипсина, трансаминаз, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, компьютерная томография органов грудной клетки и патоморфологические исследования биоптатов из области уплотнения.

**Результат.** На основании проведенного обследования СПн (узловатая эритема) был выявлен у 43 больных (30,93%) с диагнозом РЗ, а именно: СКВ (19%), РеА (16%), РА (12%), АФС (7%) Лайм-боррелиоз и СЗСТ (по 2% каждое). Клиническая картина СПн соответствовала проявлению узловатой эритемы (УЭ). У 18 пациентов (42%) диагностирована erythema nodosum-like, которая характеризовалась поверхностным мигрирующим тромбофлебитом при патоморфологическом исследовании уплотнения. ЛПн был подтвержден у 96 больных (69,06%), включая ИЛП (69,71%), СКВ (10%), ДМ (9%), РА (6%), ЭФ (2%), ССД и смешанное заболевание соединительной ткани (по 1%). Для этого типа Пн были характерны следующие формы: узловатая (46,87%), бляшечная (20,83%), инфильтративная (19,79%) и мезенхериальная (12,5%). Последняя форма была выявлена только при ИЛП. Эффективность предложенного алгоритма по диагностике Пн при РЗ составила 93,4%. Дополнительные обследования (иммуногистохимическое и др.) потребовались в 6,4% случаев.

**Заключение.** Представленные данные – это первый этап совершенствования диагностики Пн при РЗ. Необходима координация действий врачей различных специальностей, в том числе ревматологов и дерматологов, для определения объема дальнейшего обследования и назначения адекватного лечения.

## СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ВРОСШЕГО НОГТЯ

*Жуковский Р.О., Цыкин А.А.*

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

**Актуальность.** Вросший ноготь – хроническое, склонное к рецидивированию заболевание, при котором край ногтевой пластины врастает в боковой кожный валик. Вросший ноготь – одна из наиболее частых причин обращения за хирургической помощью, и в структуре амбулаторной хирургии составляет – 5-20%. Хирургические методики, заключающиеся в удалении ногтевой пластинки, вызывают все больше критики со стороны пациентов, в связи с высоким уровнем травматизации и большой частотой рецидивов.

**Цель.** Оценить эффективность консервативных методов лечения и малоинвазивной коррекции вросшего ногтя с использованием радиоволновой хирургии.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в 2017 г. находился 241 пациент с диагнозом вросший ноготь, в возрасте от 1 до 78 лет. Среди них мужчин – 103, женщин – 139. У 239 пациентов патологический процесс располагался на больших пальцах стоп, у 2 пациентов отмечалось множественные врастания. Из сопутствующих заболеваний для абсолютного большинства пациентов было характерно наличие ортопедических проблем. Наиболее часто встречалось поперечное и продольное плоскостопие со специфическими клиническими проявлениями на коже подошвенной поверхности стопы в виде очагов ограниченного гиперкератоза. Для возрастных пациентов было характерно наличие застойных явлений в нижних конечностях. Для небольшого числа пациентов, не имеющих признаков указанных патологических состояний, было характерно ношение модельной, зауженной обуви. Часть пациентов отмечала развитие патологического процесса после неудачного, слишком глубокого остригания ногтя. В зависимости от метода коррекции пациенты были разделены на 3 группы. В I группе проводилась медицинская инструментальная, во II – ортониксическая методика и в III – радиоволновая хирургия.

**Результаты исследования.** В I группе, состоящей из 95 пациентов, проводилась инструментальная медицинская обработка. Методика заключается в удалении врастающего угла ногтевой пластинки посредством режущего инструмента или с использованием вращающейся фрезы подологического аппарата. В ряде случаев проводилось тампонирование, позволяющее отделить ногтевую пластинку от бокового валика. Данная методика не обладает абсолютной эффективностью. У 23 пациентов за весь период наблюдения рецидивов вросшего ногтя не наблюдалось. 72 пациента, имеющие хронический характер врастания ногтя, отмечали возникновение рецидива и обращались за помощью повторно.

Во II группе, состоящей из 84 пациентов, для коррекции была применена ортониксическая методика – установка скобы Фрезера. Данная методика заключается в установке проволочной скобы на ноготь, удерживающей края ногтевой пластинки от врастания. Данная система способствует выпрямлению ногтевой пластинки при условии правильного подбора обуви, а также ортопедической коррекции сопутствующего плоскостопия. Отмечался стойкий положительный эффект у 75 пациентов. У 9 пациентов развился рецидив.

В III группе из 62 пациентов была выполнена малоинвазивная коррекция вросшего ногтя с использованием аппарата радиоволновой хирургии. Суть методики заключается в краевой резекции ногтевой пластины с разрушением части ростковой зоны, что приводит к сужению ногтевой пластинки и кардинально решает проблему врастания. Среди пациентов последней группы рецидивов вросшего ногтя отмечено не было.

**Выводы.** Краевая резекция с разрушением части ростковой зоны является эффективным методом лечения вросшего ногтя, позволяет решить проблему вросшего ногтя и исключить возможность рецидива. Инструментальная медицинская обработка и ортониксия не являются патогномичными методами лечения. Их следует относить к паллиативным методикам, требующим параллельной ортопедической помощи.

## ПАТОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Жуковский Р.О., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Актуальность проблемы.

Изучение характера и особенностей соматической, сопутствующей патологии у больных различными формами сифилиса представляет интерес с точки зрения возможного влияния на течение сифилитической инфекции и эффективность специфического лечения этих пациентов. В предыдущих работах нами были отмечены гендерные различия в характере соматической патологии больных различными формами сифилиса. В 2015-2018 гг. были взяты под наблюдение и обследованы 57 больных ранними, поздними формами сифилиса и пациентов с серорезистентностью после лечения по поводу ранних форм. Мужчин – 27, женщин – 30.

Целью настоящей работы было изучение наиболее часто встречающейся соматической патологии у женщин, больных сифилисом.

Материалы и методы. 30 обследованных женщин в возрасте от 20 до 75 лет были разделены на 4 группы. Наиболее многочисленной оказалась группа пациенток с серорезистентностью – 16 женщин в возрасте от 29 до 60 лет. Другую группу составили 6 женщин в возрасте от 36 до 75 лет, страдающих поздним скрытым сифилисом, третью – 4 женщины в возрасте от 51 до 65 лет с поздними формами сифилиса с симптомами (нейро- или кардиоваскулярным сифилисом). Наконец, к 4-й группе были отнесены 4 женщины 25-45 лет с ранними формами заболевания. Всем женщинам был поставлен ЭЛИ-тест для выявления уровня ауто-антител к 24 ауто-антигенам различных органов и систем организма, включая репродуктивную систему – ЭЛИ-висцеро-тест-24.

Результаты. Из 16 пациенток с серорезистентностью патология репродуктивной системы присутствовала у 11: у 5 – доброкачественные опухоли матки, у 1 – бесплодие, у 1 – эрозия шейки матки, у 1 – кандидоз влагалища, у 2 – поликистоз яичников, у 1 – рак молочной железы. У 2 женщин, не имевших патологии репродуктивной системы, подобная патология отмечалась в семейном анамнезе (у матери, сестры, бабушки). Исследование ЭЛИ-Висцеро-теста было проведено 13 больным, в том числе 8, имеющим репродуктивную патологию. Указаний на эту патологию на основании ЭЛИ-тестане получено ни в одном случае.

Из 6 пациенток с поздним скрытым сифилисом патология репродуктивной системы выявлена у 3: у 1 – рак молочной железы, у 1 – рак яичников, у 1 – кисты молочных желез и миома матки. У всех 6 пациенток выполнено исследование уровня аутоантител (Висцеро-тест-24), но лишь у 1 из них по тесту имелись указания на обсуждаемую патологию, что совпало с фактическим её наличием.

Из 4 больных с поздним кардиоваскулярным или нейросифилисом заболевания репродуктивной системы выявлены в 3 случаях: у 1 – миома матки, у 1 – поликистоз яичников, у 1 – рак молочной железы. Всем 4 пациенткам выполнено Висцеро-тест-24. Указаний на поражения репродуктивных органов не выявлено.

Из 4 больных ранними формами сифилиса у 3 отмечена патология репродуктивной системы: у 1 – кисты маточных труб, у 1 – бесплодие, у 1 – миома матки. Трём женщинам этой группы проведён Висцеро-тест-24. У одной из них тест показал наличие обсуждаемой патологии.

Выводы.

1. Заболевания репродуктивной системы у женщин, больных сифилисом, являются наиболее часто встречаемой сопутствующей патологией (2/3 случаев сопутствующей патологии).
2. Вышеназванные заболевания выявляются в равной мере при всех формах сифилиса (от ранних до поздних с симптомами).
3. ЭЛИ-Висцеро-тест на определение уровня ауто-антител к органам репродуктивной системы в подавляющем большинстве случаев не даёт указаний на возможное заболевание репродуктивных органов.

## АТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Негашева Е.С., Панкова А.Н., Алеева А.А., Попов И.В., Львов А.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Термин «мастоцитоз» объединяет заболевания, которые обусловлены аномальной пролиферацией и накоплением в одном или нескольких органах тучных клеток (ТК), высвобождающих биологически активные вещества, которые вызывают развитие реакции гиперчувствительности немедленного типа. Полагают, что у детей мастоцитоз является временным проявлением гиперреактивности тучных клеток, которое дебютирует в раннем возрасте, протекает в виде кожных форм и спонтанно регрессирует при достижении ребенком пубертатного возраста. Согласно статистическим данным 65% случаев мастоцитоза приходится на детское население, из них у 55% пациентов заболевание дебютирует в возрасте до 2-х лет, у 10% – между 2 и 15 годами. Выделяют кожную (КМЦ) и системную (СМЦ) формы мастоцитоза. КМЦ с наибольшей частотой встречается в детском возрасте, СМЦ – во взрослом.

Кожный мастоцитоз (по рекомендациям ВОЗ 2017 г.) подразделяется на три вида: пигментная крапивница, мастоцитоза кожи и диффузный кожный мастоцитоз. Особым клиническим вариантом является узловатый мастоцитоз, не выделенный в общую классификацию ВОЗ 2017 г., но иногда встречающийся и имеющий специфические отличия от других кожных форм. Тяжелой формой кожного мастоцитоза считается буллезный вариант, возникающий преимущественно у новорожденных детей. Часто буллезные высыпания выступают дебютом заболевания и предшествуют возникновению других патологических кожных элементов, за счет чего буллезная форма мастоцитоза не выделяется в отдельную категорию. Если КМЦ дебютирует в возрасте 10 лет и старше, то кожный процесс, как правило, персистирует всю жизнь и, более того, может прогрессировать и принять системный характер. СМЦ подразделяют (ВОЗ 2017 г.) на следующие формы: вялотекущий (индолентный); мастоцитоз, ассоциированный с гематологическим заболеванием (не из тучных клеток); агрессивный системный мастоцитоз; тучноклеточный лейкоз или лейкомия из тучных клеток; саркома тучных клеток; внекожная мастоцитоза. При СМЦ аномальная инфильтрация ТК обнаруживается не только в коже, но и в костном мозге, печени, селезенке, желудочно-кишечном тракте и других внутренних органах.

Диагноз мастоцитоза основан на данных клинической картины, гистологических и иммуногистохимических исследованиях биоптата, в которых определяются специфиче-

ческие маркеры заболевания. Для подтверждения СМЦ необходимо иметь, по крайней мере, большой и один малый критерий или три малых критерия. У детей необходимо исследовать уровень триптазы в сыворотке крови хотя бы однократно, в связи с тем, что, несмотря на возраст, вероятность развития системного мастоцитоза остается. Для диагностики более агрессивных форм СМ применяются дополнительные критерии для оценки тяжести состояния и агрессивности процесса.

Эффективные методы терапии на данный момент не разработаны, отсутствует лечение, которое могло бы обеспечить полный регресс тучноклеточных инфильтратов и накоплений. Кожный мастоцитоз у детей, не сопровождающийся системными симптомами, обычно не требует лечения, поскольку не осложняет жизнь пациентов и имеет тенденцию к спонтанному регрессу; в период обострения болезни, для снятия зуда применяются антигистаминные препараты. При тяжелых кожных формах помимо антигистаминных препаратов используют препараты на основе кромоглициевой кислоты, лейкотриены, местные глюкокортикостероиды, физиотерапию. При СМЦ также применяют симптоматическое лечение. В развитых странах для лечения агрессивного СМЦ начали применять ингибитор рецепторов тиразинкиназы, но в России это лекарство разрешено использовать только для лечения хронического миелолейкоза.

В консультативно-диагностическое отделение (КДО) филиала «Коломенский» к дерматологу самостоятельно обратились родители с ребенком Д., 6 мес., для уточнения диагноза. Предъявляли жалобы на высыпания на коже туловища и плеча. Со слов матери ребенок болен в течение 3 месяцев. В возрасте 3 месяцев родители впервые обнаружили высыпания на плече, после чего обратились в ФБУЗ ГНЦДК, где был выставлен диагноз «Мастоцитоз», назначено лечение – кетотифен (по ¼ таблетки 2р/день).

Status localis при первичном обращении в КДО филиала «Коломенский»: кожный процесс носит распространенный, хронический характер. Локализован на коже левой половины туловища и левом плече. Представлен единичными уртикарными плотнoэластичной консистенции размером 2-4 см с четкой границей со здоровой кожей. Симптом Унны (Дарье) резко положительный. Отмечается уртикарный дермографизм. В филиале «Коломенский» ребенок был консультирован д.м.н., профессором Львовым А.Н., выставлен диагноз: «Мастоцитоз. Механическая крапивница?». Назначено дообследование: определение уровня триптазы в крови, гистамина в моче, 5-ОИУК в суточной моче. Прием лекарственного препарата (ЛП) задитена (кетотифен) продолжить (в форме сиропа по 1,5 мл 2 р/день), присоединить фенкарол (хифенадин) 5 мг 1 р/день ежедневно, наружно крем метилпреднизолона ацепонат 1 р/день.

На второй день приема ЛП кетотифена (в форме сиропа), после перегрева отметили резкое покраснение кожи лица, назначен ЛП хлоропирамин (таб. супрастин) ¼ таблетки однократно, с положительным эффектом. Прием кетотифена был отменен самостоятельно. Явились в КДО филиала «Коломенский» на обследование. Состояние ребенка было удовлетворительное, высыпания на момент взятия крови регрессировали. После взятия крови из вены и наложения компрессионной повязки на месте контакта с бинтом через 2 часа отмечается появление пузырей с вялой покрышкой, прозрачным содержимым. Места появления пузырей тушированы раствором метиленового синего, полный регресс на 4 день после появления.

Результаты обследования: 1) клинический анализ крови: в пределах референсных значений; 2) уровень гистамина в моче в пределах референсных значений; 3) б/х анализ крови: АСТ 65,6 Ед/л (норма до 60 Ед/л), остальные показатели

в пределах референсных значений; 4) уровень триптазы в крови 67,2 мкг/л (норма <11 мкг/л); 5) Показатели 5-ОИУК в моче в пределах референсных значений. 6) УЗИ брюшной полости: выявлена гепатоспленомегалия. Пациент был направлен на консультацию в институт аллергологии и иммунологии, заключение врача аллерголога – иммунолога: «Нет оснований противоречить выставленному дерматовенерологами диагнозу «Мастоцитоз». Также консультирован главным внештатным специалистом аллергологом-иммунологом ДЗМ – д.м.н., профессором Пампурой А.Н., был выставлен диагноз: «Мастоцитоз». Назначен курс кетотифена (1/2 таб. 0,5 мг 2 р/день 3 месяца).

После повторного пятидневного приема кетотифена на теле, в естественных складках, отмечаются множественные пузыри с напряженной покрышкой, прозрачным содержимым и тенденцией к сгруппированности, множественные уртикарии на коже головы, туловища, субъективно: сильный зуд. Больной направлен на госпитализацию в суточный стационар филиала «Коломенский».

Результаты обследования в стационаре: эозинофилия пузырной жидкости 31%, акантолитические клетки не обнаружены, Anti-ВР180-NC16A-4X IgG отр, Anti-ВР230-CF IgG, Anti-Tissue Transglutaminase IgA-отр, IgE 2,7 МЕ/мл (норма 7-12). На основании анамнеза, жалоб, клинических и лабораторных данных выставлен диагноз – «Кожный мастоцитоз, буллезная форма, тяжелое течение» и определена дальнейшая тактика ведения пациента: Преднизолон 10 мг (2таб) 7 дней, с постепенной отменой по схеме. Отменить лекарственный препарат кетотифен. На фоне лечения в стационаре наблюдается полный регресс высыпаний. Выписан под наблюдение специалистов: аллерголога-иммунолога, дерматолога и педиатра.

Диагностика мастоцитоза в России сопряжена с определенными трудностями, в нашей стране не достаточно масштабных исследований и современной информации о данном заболевании, что осложняет его выявление. Изучение данной патологии является актуальной темой для настоящего времени, что подтверждается отсутствием терапии, приводящей к длительным ремиссиям или выздоровлению и при этом сохранением возможности перехода кожной формы мастоцитоза в системную, и, следовательно, повышением вероятности летального исхода.

## МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛОПЕЦИЙ

*Звездина И.В., Айвазова Т.В.*

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

Актуальность: алопеция – патологическое выпадение, проявляющаяся потерей более 100-150 волос в день. Причинами выпадения волос в современном мире могут выступать самые различные факторы: стрессы, гипо- и авитаминозы, несбалансированное питание, эндокринная патология, микро- и макроэлементозы, прием лекарственных препаратов и т.д. Такое многообразие этиологических факторов обуславливает значительную распространенность алопеций в общей популяции. Демографические исследования показали, что во всем мире 2,25-4,5 млн человек страдают данной патологией. Постоянный рост числа людей с избыточным выпадением волос становится все более актуальной проблемой дерматологии и эстетической медицины. При этом макропризнаки выпадения волос достаточно хо-



рошо изучены и широко описаны, а данные о характерных микроскопических изменениях фолликулов и стержней волос у пациентов с различными видами алопеций в литературе практически отсутствуют.

Цель исследования: изучение состояния волосяных луковиц у пациентов с поредением волос и выявление микромаркеров различных видов алопеций.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением в течение 7 лет находилось 2110 пациентов – 714 мужчин и 1396 женщин, в возрасте от 21 до 53 лет. Из которых на долю андрогенной алопеции приходилось 1169 человек – 55,4%, диффузной алопеции – 798 человек (37,8%), очаговой алопеции – 144 человека (6,8%). Длительность выпадения волос составляла от 1 месяца (преимущественно у пациентов с очаговой алопецией) до 3 лет (преимущественно у больных с андрогенной алопецией). Диагноз андрогенной алопеции у женщин был подтвержден результатами гормонального статуса. С целью изучения состояния волосяных фолликулов и определения микромаркеров алопеций использовали микроскоп с 60-кратным увеличением и возможностью фотофиксации поля зрения. Микроскопически исследовали у каждого пациента эпилированные с помощью пинцета волосы из разных зон волосистой части головы.

Результаты: в ходе обследования были выявлены следующие патологические изменения волосяных луковиц и стержней волос: миниатюризация – 76% (у 1604 пациентов), уменьшение диаметра луковицы относительно стержня – 26% (у 549 пациентов), аплазия луковицы – 3,2% (у 68 пациентов), деформация – 43% (у 907 пациентов), ложная гипертрофия – 35,6% (у 751 пациента), нормальный анаген – 1,5% (у 32 пациентов), телоген – 44% (у 928 пациентов), трихомалиция – 1,4% (у 30 пациентов), трихорексис – 22,1% (у 466 пациентов), пористость кутикулы – 33,2% (у 700 пациентов).

Выводы: таким образом было установлено, что миниатюризация и деформация анагеновой луковицы, повышенное количество волос в стадии телогена, а также уменьшение диаметра луковицы относительно стержня волоса являются не только самыми распространенными, но и универсальными микроскопическими признаками для всех видов выпадения волос. Аплазия луковицы, как крайняя степень дистрофии, и трихомалиция встречались преимущественно при очаговой алопеции в прогрессирующей стадии. Ложная гипертрофия луковицы, развивающаяся в результате гиперсекреции кожного сала, является следствием гиперандрогении и наиболее часто сопровождает андрогенную алопецию. Изменения стержней волос в виде трихорексиса и признаки дегидратации кутикулы наиболее характерны для диффузной алопеции. Нормальный анаген, как микроскопический признак здоровья волос, наблюдался у наших пациентов с алопециями, как и следовало ожидать, крайне редко.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКСКОРИРОВАННЫХ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТРАНСТВЕННО- МОДУЛИРОВАННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА**

*Игошина А.В., Львов А.Н.*

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

Введение. Акне – полиморфная группа заболеваний, включающая классические и атипичные формы, в том числе эксфолированные акне. В настоящее время нет общего мнени-

ния, являются ли эксфолированные акне самостоятельным дерматозом, либо должны расцениваться как осложненная форма акне, либо это расстройство можно считать классическим психодерматозом, в основе которого лежат первичные психические расстройства, ассоциированные с соматической (в данном случае кожной) патологией и маскируемые её проявления. Комплексная терапия состояния изучена мало, а персистирующие эксфолиации, равно как и постэруптивный симптомокомплекс, значительно утяжеляют общую клиническую картину, снижают качество жизни пациента и его социальную адаптацию.

Цель исследования: оценить возможности комплексной терапии ЭА с применением пространственно модулированным излучением эрбиевого лазера.

Материалы и методы исследования: обследовано 25 пациентов в возрасте от 18 до 38 лет. Из них женщин 84% (n=21), мужчин 16% (n=4). Средняя длительность заболевания 9 лет. Для оценки влияния выраженности акне на качества жизни пациентов, психосоматического статуса и их социальной адаптации применялась модернизированная психометрическая шкала APSEA и ДИКЖ. Оценку выраженности рубцов проводили по международной шкале Goodman.G.J., 2006г. Оценка проводилась до лечения, через 3 месяца, через 6 месяцев лечения. Пациентам проведена комбинированная терапия эксфолированных акне с применением пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера, не сопровождающегося термическим повреждением кожи для лечения вторичных изменений кожи, и с назначением системных ретиноидов по показаниям в индивидуальных схемах.

Результаты. До лечения среднее значение индекса APSEA составляло 113 баллов, среднее значение индекса ДИКЖ равно 15,2 балла (заболевание оказывает очень сильное влияние на жизнь пациента). Высокое значение среднего индекса свидетельствует, что ЭА негативным образом отражается на показателях качества жизни пациентов, психосоматического статуса и их социальной адаптации. В процессе лечения отмечена положительная динамика влияния комплексной терапии ЭА на качество жизни пациентов и их социальную адаптацию. Так, через 3 месяца отмечено снижение среднего значения индекса APSEA до 77 баллов, а ДИКЖ до 8,52 балла (заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента). Через 6 месяцев значение индекса APSEA равно 41 балл, а ДИКЖ равно 5,56 балла (заболевание оказывает незначительное влияние на жизнь пациента). При оценке выраженности рубцов в процессе терапии отмечена положительная динамика. До начала лечения индекс выраженности рубцов по международной шкале G.J. Goodman (2006) составлял 4 балла у 16% (n=4) пациентов, 3 балла у 44% (n=11), 2 балла у 28% (n=7), 1 балл у 12% (n=3). В процессе терапии через 3 месяца отмечено значительно снижение выраженности рубцов. Так, индекс выраженности рубцов равный 4 балла наблюдался всего в 4% (n=1), 3 балла снизился до 20% (n=5). Положительная динамика от терапии, уменьшение выраженности симптомов подтверждается незначительным увеличением количества пациентов с оценкой индекса 2 балла до 32% (n=8), и значительным увеличением количества пациентов с оценкой индекса 1 балл до 44% (n=11). У всех пациентов с акне наблюдалось клиническое улучшение состояния кожи. Воспалительные элементы, застойные поствоспалительные пятна регрессировали, новых эксфолиаций и высыпаний нет, атрофические рубцы регрессировали полностью или глубина их значительно уменьшилась, рельеф кожи стал ровнее, по результатам оценки психометрических шкал отмечено улучшение качества жизни и удовлетворенность внешним видом.

Выводы: эксфолированные акне негативно влияют на качество жизни пациента и его социальную адаптацию. Терапия ЭА должна быть направлена не только на лечение основного заболевания, но и на коррекцию формирующихся в результате аутодеструктивного поведения длительно незаживающих эксфолиаций, дисхромии, рубцов. Комплексная терапия ЭА оказывает положительное влияние на качество жизни пациента и его социальную адаптацию. Сочетание назначения системных ретиноидов по показаниям в индивидуальных схемах с лазерной технологией показало хорошую переносимость и положительную динамику. В период реабилитации кожи особенностей и отличий от реабилитации у пациентов, не принимающих препараты системных ретиноидов, не отмечено.

## ЛИМФАНГИОМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Исаева Д.Р., Сунятуллина Н.Р.*  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. На практике врачи-дерматовенерологи сталкиваются с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи. Лимфангиома – это доброкачественная опухоль, исходящая из лимфатических сосудов, не относится к наиболее распространенным новообразованиям кожи, в связи с чем могут возникнуть сложности в установлении диагноза. Этиопатогенез лимфангиом остается невыясненным. Современная классификация лимфангиом выделяет четыре формы: кавернозная, кистозная, кожная, лимфангиома внутренних органов. Кроме того, различают первичные и вторичные лимфангиомы. Первичные лимфангиомы являются пороком развития и, как правило, проявляются сразу или в первый месяц после рождения ребенка. Вторичные или приобретенные лимфангиомы являются следствием нарушений лимфообращения после обструкции ранее нормальных глубоких лимфатических узлов. Приобретенные лимфангиомы – это редкие клинические наблюдения, по данным литературы, возникают вследствие инфекционных заболеваний, лучевой терапии карциномы шейки матки, пахового аденита, полостных операций и вмешательства в области малого таза, болезни Крона, врожденной диспластической ангиопатии и лимфедемы. Мы представляем клинический случай множественных лимфангиом вульвы у пациентки 62 лет.

Цель: ознакомить врачей-дерматовенерологов с редкими вариантами новообразований кожи.

Клиническое наблюдение. Пациентка С., 62 лет, обратилась в филиал «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ с жалобами на новообразования на коже больших половых губ, сопровождающиеся чувством дискомфорта, периодически отмечала кровоточивость, мокнутие поверхности образований. Появление данных образований отметила 5 лет назад. Из анамнеза жизни: лимфостаз с 20-летнего возраста, неоднократно перенесенное рожистое воспаление, по поводу которого получает перманентную фармакологическую терапию (раствор Бициллин-3:1 раз в 28 дней). При физикальном обследовании на коже больших половых губ выявлено наличие множественных опухолевидных образований веррукозного типа, телесного цвета с геморрагическим компонентом, тестообразной консистенции, слегка болезненные при пальпации, на поверхности слабо выраженная лимфоррея, поверхность некоторых образований

была травмирована. По результатам лабораторного обследования: в сыворотке крови ИФА на сифилис иммуноглобулины М и G не обнаружены; антитела к ВИЧ, HCV, HBs Ag не обнаружены; ПЦР-диагностика ИППП: инфекции *S. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, *M. Genitalium* – не обнаружены; CMV, HSV I и II типы, ВПЧ высоко- и низкоонкогенных типов методом ПЦР не обнаружены. При дерматоскопии определялись: очаговое скопление бледных лакун, в некоторых лакунах отмечались геморрагические включения, которые формируют горизонтальные уровни. Результат патоморфологического исследования: ограниченная лимфангиома с тромбозом отдельных сосудистых полостей. На основании данных анамнеза, проведенного лабораторного обследования, дерматоскопии и гистологического исследования был поставлен диагноз «Лимфангиома вульвы». Проведена радиоволновая деструкция лимфангиом.

Вывод. Лимфангиомы вульвы встречаются довольно редко. Диагноз устанавливается на основании клинических и анамнестических данных, подтверждает диагноз гистопатологическое исследование. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с эпителиальными инклюзионными кистами, синингомами и другими опухолевидными образованиями вульвы, а из инфекционных образований с аногенитальными бородавками и контактиозным моллюском. Комплексное лечение проводится совместно с хирургом-флебологом. Данное наблюдение показало необходимость ранней диагностики новообразований кожи аногенитальной области, что позволяет проводить своевременную и эффективную терапию.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

*Исмаилова К.Р., Оноприенко Н.В.*  
Луганский государственный медицинский  
университет им. Святителя Луки, Луганск

Методами лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта в стоматологии являются противовоспалительные, антибактериальные, иммуномодулирующие препараты, которые необходимо применять внутрь. Все эти препараты требуют длительного, систематического приема, а так как слизистая оболочка полости рта (СОПР) постоянно омывается слюной, очень сложно добиться длительного и эффективного воздействия препарата на пораженные участки. Положительные результаты и минимум побочных эффектов на долгие годы сделали аутогемотерапию часто применяемыми вспомогательными методами лечения. Новым этапом в развитии регенеративной медицины стало создание и применение инъекционной формы тромбоцитарной аутоплазмы (ТА). Преимущество этого метода заключается в удобстве использования и возможностях применения в амбулаторных условиях. Так как в тромбоцитах содержатся факторы роста, которые активируют пролиферацию и миграцию мезенхимальных клеток, и стимулируют ангиогенез, – это является очень важным фактором в лечении заболеваний СОПР. Инъекционное введение ТА является эффективным, удобным и безопасным методом для врачей стоматологов. Метод инъекционного введения ТА дает положительные результаты и ускоряет регенерацию тканей пациентов, и не исключает назначения антибактериальной, противовоспалительной, антигистаминной и иммуномодулирующей терапии. Ис-

ходя из вышеуказанного, применение ТА в виде инъекций дает возможность стимулировать процессы регенерации в определенных участках и тканях. Этот метод свободно сочетается с любыми другими методиками лечения заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, что дает возможность широко применять его врачу стоматологу в своей повседневной практике.

## **ЭКСПЕРТНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПО ФАКТУ ЗАРАЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ И ПОЛОВЫМ ПУТЁМ**

*Каирова А.Н., Колкутин В.В.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал «Кутузовский», Москва*

Экспертное сопровождение предварительного следствия по уголовным делам данной направленности сущностно детерминировано спецификой медицинских задач, исторически зависимых от изменения содержания статей в уголовном законодательстве. При этом следует учитывать тот факт, что на сегодняшний день в отечественной судебно-медицинской практике отсутствует научно обоснованный и доказательный алгоритм решения экспертных задач в случае расследования уголовных дел, возбужденных по ст.ст. 121 и 122 УК РФ. Современные экспертные задачи при обследовании потерпевших и лиц, выступающих в качестве возможного источника венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции, должны быть четко структурированы, решаться в определенной последовательности, продиктованной содержанием клинических и лабораторных обследований и анализов, а также быть понятными и не иметь двусмысленного толкования на завершающем этапе расследования. Главным в процессе выработки правильной тактики решения экспертных задач при расследовании уголовных дел, возбужденных по ст.ст. 121 и 122 УК РФ, является установление минимально достаточного перечня вопросов, которые должна решить судебно-медицинская экспертиза в интересах следствия. Наша многолетняя практика показала, что данный перечень может выглядеть следующим образом: – точный диагноз (в соответствии с МКБ-10); – давность заражения; – верификация конкретного инфекционного агента; – механизм передачи инфекционного агента; – источник появления инфекционного агента, вызвавшего заражение; – медицинские признаки наличия (или отсутствия) причинной связи между заражением и фактом контакта больного и заразившим его человеком. Следует иметь в виду тот факт, что уголовное преследование по данным статьям УК РФ предполагает лишь сам факт заражения, а в случае с ВИЧ-инфекцией – не только заражение, но и, так называемое, «поставление в опасность заражения». По действующему уголовному законодательству Российской Федерации такие последствия охватываются составом преступлений, предусмотренных ст.ст. 121, 122 УК РФ, и дополнительной квалификации не требуют. Следовательно, мера наказания за совершение данных преступлений не предполагает оценку последствий самого заражения, а значит, законодатель фактически «освобождает» судебно-медицинскую экспертизу от необходимости решать вопрос о степени тяжести вреда здоровью, который вызывают указанные выше биологи-

ческие агенты. В силу изложенного, судебно-медицинские экспертизы, обеспечивающие объективное расследование преступлений, возбужденных по ст.ст. 121 и 122 УК РФ, имеют свои особенности: 1. Первично-комиссионный характер экспертизы. 2. Обязательное очное обследование как потерпевшего так и подозреваемого. 3. Выполнение минимально обязательного перечня клинических и лабораторных исследований. 4. Наличие этапа сравнительного исследования данных, полученных в результате судебно-медицинского (включая лабораторные показатели) обследования. 5. Повторное проведение ряда лабораторных анализов в случае отрицательного результата; – формулировка выводов только в вероятной форме. 5. Экспертные выводы, о заражении пострадавшего от конкретного источника должны отвечать следующим принципам: а) принцип квалифицированности; б) принцип определенности – недопустимы выводы, позволяющие различное их толкование; в) принцип доступности. 6. Выводы о заражении пострадавшего от конкретного лица должны быть сформулированы только в вероятной форме, так как современные возможности диагностики указанных выше заболеваний не дают доказательного прямого ответа на этот вопрос. Для полноценного выполнения требований законодательства в отношении лиц, обвиняемых по ст.121 УК РФ, необходимо создание и нормативно-правовое закрепление исчерпывающего перечня нозологических форм, включённых в понятие «венерические заболевания». Указанную проблему необходимо решать путём концептуального интегрирования специальных медицинских и правовых знаний.

## **ЕОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Каирова А.Н., Берсенева Ж.Э., Ефрим О.И.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал «Кутузовский», Москва*

Еозинофильная гранулёма (синоним болезнь Таратынова) – редкое заболевание, характеризующееся разрастанием ретикулогранулематозной ткани, богатой эозинофильными лейкоцитами.

Еозинофильная гранулёма представляет неоднородную группу, в которую в настоящее время включают:

- Еозинофильную гранулёму лица
- Еозинофильную гранулёму кожи других локализаций
- Еозинофильную гранулёму кожи как проявление эозинофильной гранулёмы кости

Еозинофильную гранулёму впервые описал Н.И. Таратынов в 1913 году.

Дифференциальный диагноз проводят с лимфоцитарной инфильтрацией Йеснера-Канофа, красной волчанкой, саркоидозом, сифилитическими гуммами, саркомой Капоши, лимфомой кожи.

Мы наблюдали клинический случай эозинофильной гранулёмы. На приём в филиал «Кутузовский» МНПЦДК ДЗМ обратился пациент П., 52 лет, с жалобами на высыпания на коже лица, спины, верхних конечностей, которые появились один год назад. Начало заболевания ни с чем не связывает. Из анамнеза выяснено, что в начале заболевания высыпания носили ограниченный характер и локализовались на коже правой надбровной области и правой щеки. Субъективные ощущения отсутствовали. К маю 2013 г. процесс начал принимать распространенный характер.



При осмотре: кожный процесс носит распространенный характер и локализуется на коже правой надбровной области, правой щеки, подбородка слева, верхней трети спины, левого предплечья, околоногтевого валика I пальца правой кисти, правой голени. Высыпания представлены ограниченными инфильтратами с четкими границами краснокоричневого цвета. Поверхность гладкая с расширенными устьями волосяных фолликулов, мелкими телеангиоэктазиями. Диаметр очагов от 1,5 до 3 см. кожа околоногтевого валика I пальца правой кисти резко инфильтрирована; застойно гиперемирована, с четкими границами, поверхность неровная, имеются папулезные высыпания. При пальпации все очаги безболезненные. Слизистые свободны от высыпаний. Периферические лимфоузлы не увеличены. Волосистая часть головы свободна от высыпаний. При пальпации припухлостей, отека, болезненности костей нижней и верхней челюстей, верхних и нижних конечностей не отмечается.

Учитывая длительное течение заболевания, клиническую картину поставлен предварительный диагноз: Саркоидоз? Кожные метастазы? Пациент был направлен на обследование к онкологу, терапевту, ревматологу, эндокринологу, лор-врачу, гастроэнтерологу.

При обследовании: глюкоза крови – 6,9 ммоль/л. РМП отрицательная. Антитела к ВИЧ, HBS-Ag, HCV не обнаружены. В клиническом анализе крови: эритроциты –  $5,42 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 169 г/л; тромбоциты –  $168 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $8,4 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 58%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 32%, моноциты – 4%, СОЭ – 7 мм/ч.

– В общем анализе мочи патологические изменения не выявлены.

– В биохимическом анализе крови глюкоза 6,9 ммоль/л, мочевиная кислота 439,85 мкмоль/л, холестерин 7,3 ммоль/л, СРБ 8,6 г/л, остальные показатели в пределах возрастной нормы.

– Рентгенография органов грудной клетки: патологических изменений не выявлено.

– Гормоны щитовидной железы в норме.

– УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического панкреатита.

Заключение онколога онкологического отделения ГП №8: при скарификации с поверхности одного из бляшковидных образований лица онкопатологии не найдено.

Учитывая повышенное содержание глюкозы крови до 6,9 ммоль/л, признаки хронического панкреатита пациенту рекомендована консультация эндокринолога и гастроэнтеролога.

08.11.2013 в патологоанатомическом отделении ГУ МОНИКИ произведено исследование биоптата кожи правой скуловой области и спины.

Результаты исследования. В двух биоптатах кожи в дерме крупноочаговые с четкими границами периваскулярные полиморфноклеточные инфильтраты с большим количеством эозинофилов и нейтрофилов, фиброз, отложения гемосидерина.

Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют эозинофильной гранулеме лица (локальной форме лица лейкоцитокластического васкулита). Данных за саркоидоз, лимфому кожи в пределах исследованного материала не обнаружено.

На основании клинической картины, результатов патологического исследования 12.11.2013 профессором Н.Н. Потекаевым был поставлен диагноз: «Эозинофильная гранулема» и рекомендовано лечение мазью Дермовейт 2 раза в день в течение одного месяца. На фоне лечения в очагах кожи лица, спины, левого предплечья инфильтра-

ция уменьшилась; папулы в очагах лба, правой щеки, околоногтевого валика I пальца правой кисти уплостились, стойкая гиперемия в очагах уменьшилась, но сохраняется стойкая гиперпигментация, телеангиоэктазии выражены меньше. Свежих высыпаний нет. В декабре 2013 пациент консультирован повторно и рекомендована наружная терапия мазью Кутивейт. В условиях дневного стационара филиала «Центральный» проведено лечение: аевит 1 к 2 раза в день 20 дней, настойка пустырника 20 кап. 3 раза в день 20 дней; физиолечение: ультрафонофорез с гидрокортизоном №10, ИК НЛИ 1500Гц на область высыпаний с такролимусом №10. В результате лечения элементы уплостились до уровня здоровой кожи, наблюдается уменьшение интенсивности окраски элементов.

– Таким образом, на фоне монотерапии кортикостероидными мазями отмечается положительная динамика патологического процесса на коже.

– Учитывая возможность сочетания поражения эозинофильной гранулемой кожи и костей, повышенную мочевую кислоту в биохимическом анализе крови, необходимо регулярное обследование костной системы больного.

– Таким образом, диагностика редко встречающегося заболевания Эозинофильная гранулема затруднена, но она основывается на результатах клинического и гистологического обследования.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕДЖЕТОИДНОЙ ЭПИТЕЛИОМЫ ЛИТТЛА. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

*Карвацкая К.Ф.*

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Базальноклеточный рак кожи – это злокачественная эпителиальная опухоль с местнодеструктивным ростом и редким метастазированием. На коже головы он локализуется в 98,3% случаев. Педжетоидная эпителиома Литтла – клиническая разновидность поверхностной формы БКРК. Пациент К., 1948 г.р., обратился с жалобами на рост образования в области лба на границе с волосистой частью головы, появление эрозивных поверхностей, склонных к регрессу. Анамнез жизни: два года назад на рабочем месте в обозначенную область попала металлическая стружка. Полного заживления не произошло. Наследственность не отягощена. Объективно: ассиметричное кожное образование, размером 8 см x 2 см, фиолетового и темно-коричневого цвета. По центру корочки с мелкоэрозивными поверхностями, по центру очаг фиолетового цвета. По периферии очаг темно-коричневый с включениями сальнотемной ткани, основание незначительно приподнято над уровнем кожи. Дерматоскопически: образование немеланотарное, мелкоэрозивные поверхности и очаги рубцовой ткани в центре, древовидные сосуды, множественные телеангиоэктазии, периферически расположенные сальные железы. Клинический диагноз: педжетоидная эпителиома Литтла. Гистологически: базальноклеточный рак кожи, поверхностный рост, мультицентрический тип. 1-ой линией терапии подобных образований является хирургическая экцизия, что в конкретном клиническом случае в связи с локализацией образования и большими размерами не представлялось возможным без образования значительного кожного дефекта. Такое иссечение проводится с закрытием кожным лоскутом и значительным эстетическим недостатком. Пациенту был проведен курс внутриочаговой цитокинолечения. Препарат интерферона альфа-2b

в разовой дозировке 1,5 млн ЕД вводился внутривенно через день №18 до полной клинической излеченности. Суммарная доза на курс составила 27 млн ЕД. Клинически: полный регресс очага, остаточная гиперпигментация с частичным замещением рубцовой и сальнотканевой ткани. Дерматоскопически: отсутствие телеангиоэктазий, атипичных сосудов и эрозий, поствоспалительная гиперпигментация. Цитология: атипичных клеток не выявлено. Пациенту рекомендован дерматоскопический контроль 1 раз в 6 месяцев. При контрольном осмотре через 6, 12 и 18 мес. – стойкая ремиссия.

Выводы: в связи с большими размерами и локализацией педжетоидной эпителиомы Литтла методом терапии выбрана методика внутривенной интерферонотерапии базальноклеточного рака кожи. С учетом ближайших и отдаленных результатов метод является наиболее эффективным и малотравматичным.

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СТОЙКОЙ ЭРИТЕМЫ НА КОЖЕ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ В-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ И НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

*Карпова А.В., Баткаев Э.А., Огурцов П.П.  
Российский университет дружбы народов, Москва*

**Введение.** Наблюдения показали, что, нередко, сосудистые изменения на коже лица у больных гипертонической болезнью характеризуются признаками розацеа.

**Цель исследования.** Оценить значение гипотензивной терапии β-адреноблокаторами и непрямыми антикоагулянтами в формировании стойкой эритемы кожи лица розацеа.

**Материалы и методы.** Проведена сравнительная динамика сосудистых изменений на коже лица методом измерения акустической проводимости кожи у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией на фоне гипотензивной терапии, включающей β-адреноблокаторы + непрямые антикоагулянты в течение 1 года и 1-5 лет с пациентами с аналогичным диагнозом, принимающими тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж) – не обладающих β-адреноблокаторами эффектом.

Под наблюдением находились 86 пациентов с признаками розацеа на фоне постинфарктного кардиосклероза и артериальной гипертензии, которые были разделены на четыре группы исследуемые (n=47) и контрольные (n=39).

1 группа – 18 больных с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией сроком до 1 год, принимали терапию β-адреноблокаторы + непрямыми антикоагулянтами, диагноз эритематозная стадия розацеа был подтвержден до назначения сосудистой терапии;

1к группа (контрольная) – 13 человек с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией сроком до 1 год, принимающих тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж) + непрямыми антикоагулянтами, диагноз розацеа был подтвержден до назначения сосудистой терапии;

2 группа – 12 человек с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимали терапию β-адреноблокаторы + непрямыми антикоагулянтами в течение 1 года, жалоб на изменения кожи до назначения сосудистой терапии не было;

2к группа – 4 человека с визуально здоровой кожей лица, с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимающих тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж)+непрямыми антикоагулянтами в течение 1 года;

3 группа – 38 человек, с диагнозом с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимали терапию β-адреноблокаторы + непрямыми антикоагулянтами продолжительностью 1-5 лет. Диагноз розацеа эритематозная стадия был подтвержден до назначения сосудистой терапии;

3к группа – 15 человек, с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимающих тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж)+непрямыми антикоагулянтами продолжительностью 1-5 лет, диагноз розацеа был подтвержден до назначения гипотензивной терапии, эритематозная стадия;

4 группа – 21 человек, с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимали терапию β-адреноблокаторы + непрямыми антикоагулянтами, продолжительностью 1-5 лет, жалоб на изменения кожи в виде появления покраснения, чувства приливов и жжения до назначения гипотензивной терапии не предъявляли;

4к группа – 7 человек со здоровой кожей лица, постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией, принимающих тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж) в течение 1-5 лет.

**Дизайн исследования** включал измерение и сравнение акустической проводимости кожи у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией на фоне гипотензивной терапии, включающей β-адреноблокаторы + непрямыми антикоагулянтами в течение 1 года и 1-5 лет с пациентами с аналогичным диагнозом, принимающими тройную фиксированную комбинацию препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж)+непрямыми антикоагулянтами в течение 1 года и 1-5 лет.

Для целей оценки изменения механических параметров кожи на фоне терапии использовался акустический медицинский диагностический прибор АДП. Данный прибор позволяет регистрировать изменения механических характеристик кожи, в том числе акустическую проводимость. По данным литературы и референтными значениями нормальными показателями для кожи области щек у 40-60-летних женщин и мужчин составляют  $V_y = 5,5$  м/с,  $V_x = 6$  м/с.

Анатомическая точность измерений в одинаковых точках достигалась с использованием фотографий наблюдаемых пациентов на разных этапах терапии.

Всем пациентам выполнялось измерение акустической проводимости кожи до начала терапии, через 1 год после начала терапии и через 6 месяцев после начала терапии фиксированной комбинации препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж).

**Результаты.** У пациентов 1 группы установлено повышение акустической проводимости кожи на 18% относительно показателей кожи на данном участке у здоровых людей. Визуально у всех пациентов диагностирована эритематозная стадия розацеа. Совместно с лечащим врачом – кардиологом 14 пациентов данной группы перевели на терапию комбинированным препаратом эксфорж. При повторном измерении акустической проводимости кожи через 6 мес. у 10 пациентов из 14, принимающих эксфорж, установлено снижение акустической проводимости до 8%, а визуально – регресс сосудистых изменений кожи лица. У остальных 4 человек снижение проводимости до 14% на фоне

терапии эксфоржем без регресса клинической симптоматики. В то же время у пациентов 1 к (контрольная) группы на фоне проводимой гипотензивной терапии установлено повышение проводимости кожи на 3%. Визуально наблюдается регресс симптомов стойкой эритемы.

У пациентов 2 группы на фоне проводимой терапии диагностировано повышение акустической проводимости до 18%, появление признаков стойкой эритемы, ощущение приливов к лицу и чувства жжения при смене температуры и погрешностей в диете у 9 наблюдаемых, у остальных 3 – повышение акустической проводимости до 7% без клинической симптоматики эритематозной стадии розацеа. Совместно с лечащим врачом-кардиологом 10 пациентов данной группы перевели на терапию фиксированной комбинацией препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж). На фоне терапии эксфоржем в течение 6 месяцев у 8 пациентов наблюдался регресс клинической симптоматики в виде уменьшения проявлений стойкой эритемы ощущения приливов при смене температуры и погрешностях в диете, понижение акустической проводимости до 7%. У остальных 2 пациентов, торпидных к терапии эксфоржем, проводимость сохранялась с превышением значений до 10%, а также проявлениями стойкой эритемы на коже лица. У пациентов 2к (контрольная) группы диагностировано увеличение акустической акустической проводимости кожи на 3% на фоне отсутствия признаков стойкой эритемы.

У пациентов 3 группы диагностировано повышение акустической проводимости кожи на 10%. У всех пациентов диагностирована эритематозная стадия розацеа. Совместно с лечащим врачом-кардиологом 20 человек перевели на терапию фиксированной комбинации препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж).

У 13 пациентов на фоне предложенной терапии через 6 мес. наблюдался регресс клинических проявлений эритематозной стадии розацеа и снижение проводимости до 3%, у остальных 7 человек снижение проводимости до 7% на фоне терапии эксфоржем без регресса клинической симптоматики. У пациентов 3к группы диагностировано повышение акустической проводимости кожи на 9%.

У пациентов 4 группы на фоне проводимой гипотензивной терапии диагностировано повышение акустической проводимости кожи до 9-11%, наблюдалось появление признаков стойкой эритемы у 8 пациентов. У остальных 13 повышение акустической проводимости кожи – до 5%, не сопровождающихся клиническими признаками стойкой эритемы. Совместно с лечащим врачом-кардиологом 8 пациентов данной группы перевели на терапию фиксированной комбинацией препаратов амлодипин/валсартан/гидрохлоротиазид (эксфорж) + непрямым антикоагулянт. На фоне предложенной терапии у 4 человек в течение 6 месяцев наблюдался регресс клинических проявлений стойкой эритемы, у 3 пациентов – снижение акустической проводимости кожи до 2%, у торпидного к терапии 1 пациента проводимость сохранялась до 7%. У пациентов 4к группы наблюдалось повышение акустической проводимости кожи на 3%.

Таким образом, у пациентов, принимающих в составе комплексной гипотензивной терапии непрямыми антикоагулянтами сроком 1-5 лет, диагностирована клиническая эритематозная стадия розацеа. Инструментально отмечаются незначительные изменения акустической проводимости кожи, что связано с улучшением реологических свойств кожи за счет непосредственного действия непрямыми антикоагулянтами. Длительная гипотензивная терапия при этом приводит к расширению и стазу периферических сосудов, в том числе и кожи лица, но не сопровождается застойны-

ми явлениями. Таким образом, акустическая проводимость кожи наиболее приближена к норме (увеличение всего на 10%).

Пациенты, сочетающие гипотензивную терапию и непрямыми антикоагулянтами менее 1 года, имеют повышенную акустическую проводимость, что связано с эктазией сосудов (до 18%). Это объясняется непродолжительной длительностью терапии антикоагулянтами.

Выводы. 1. Установлена связь гипотензивной терапии β-адреноблокаторами и непрямыми антикоагулянтами в формировании розацеа.

2. Выявление изменений физиометрических параметров кожи у пациентов, получающих в составе комплексной гипотензивной терапии β-адреноблокаторы и непрямыми антикоагулянтами позволяют обеспечить раннюю диагностику формирования стойкой эритемы и своевременно диагностировать дебют розацеа или предрасположенности к нему.

3. Своевременный переход на комбинированный гипотензивный препарат – эксфорж позволит существенно снизить риск формирования стойкой эритемы и розацеа у пациентов с предрасположенностью к развитию данного дерматоза.

## РОЛЬ КОМПЛЕКСА РЕДКИХ АЛЛЕЛЕЙ ГЕНОВ АНДРОГЕННОЙ СИСТЕМЫ КОЖИ В РАЗВИТИИ ПОЗДНИХ ФОРМ АКНЕ

*Карымов О.Н., Петунина В.В.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

Угревая болезнь на сегодняшний день остается самым распространенным заболеванием кожи, которым страдает болеет 85% населения. По общемировым оценкам затраты на его лечение составляют 12,6% от суммарных затрат на лечение всех заболеваний кожи. Наиболее проблемная с точки зрения социальной адаптации является поздняя форма угревой болезни. Она встречается примерно у 16% женщин и 6% мужчин и, как правило, плохо поддается терапии. Не вызывает сомнений, что существенную роль в возникновении поздних форм акне играет генетически обусловленная предрасположенность.

Классические, на сегодняшний день, выделяют четыре звена патогнеза, однако ключевым пусковым механизмом чаще всего, является избыточная андрогенная активность, приводящая к суперпродукции кожного сала и пролиферации кератиноцитов в области сальных желез. Основную роль в регуляции андрогенной активности в коже играют такие белки как кодируемая геном SRD5A1 5α-редуктаза-1, превращающая тестостерон в более функционально активную форму дигидротестостерон, рецептор андрогенов, являющийся первичным звеном в реализации их физиологических эффектов, активируемый этим рецептором регуляторный белок SREBF1, регулирующий экспрессию генов липидогенеза, коактиваторный белок с инсулиноподобной активностью соматомедин (IGF1), являющийся синергистом рецептора андрогенов и, наконец, корепрессор рецептора андрогенов белок FoxO1. Структурно-функциональные особенности соответствующих генов могут играть роль генетических факторов предрасположенности к поздним формам акне. Поэтому мы исследовали с помощью метода аллель-специфической ПЦП наличие редких аллелей этих генов у пациентов с поздними формами акне. У подавляющего числа пациентов обнаружены редкие аллели хотя бы в одном из исследованных генов, а у боль-



шинства пациентов их было несколько (от 2 до 5). Обычно редкие аллели встречаются в форме гетерозиготы, то есть унаследованы только от одного из родителей, поскольку наличие одного и того же редкого аллеля сразу у обоих родителей – весьма маловероятное совпадение. Среди пациентов гомозиготные формы редких аллелей все же встречаются, хотя и заметно реже гетерозиготных. Это свидетельствует о том, что в целом редкие аллели генов андрогенной системы для пациентов с поздними формами акне гораздо более обычны, чем для остальных людей. Наибольшее число таких аллелей были обнаружены в гене рецептора андрогенов (AR). Они имеются более чем у половины исследованных нами пациентов, причем у многих в виде комбинаций. Вторым по степени изменчивости оказался ген IGF1, а ген FoxO1 заметно уступает им. Для генов SREBF1 и SRD5A1 мы обнаружили единичные аллели, коррелирующие с поздними формами акне. Для каждого отдельного гена довольно значительная доля пациентов не имеет ни одного редкого аллеля. Если же рассматривать все гены как единую совокупность, хотя бы один редкий аллель имеется у подавляющего большинства (87% пациентов). Очевидно, аномальное функционирование любого из этих компонентов может приводить к избыточной андрогенной активности, определяющей возникновение поздних форм акне.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА.

*Касихина Е.И., Чистякова Т.В.*

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

Псориаз у детей отличается от псориаза у взрослых большим разнообразием клинических проявлений и, тем самым, усложняет процесс постановки окончательного диагноза. Целью данной работы явилось определение клинических особенностей псориаза у детей в возрасте от 2 до 17 лет. Материал и методы. Нами проведен катamnестический анализ амбулаторных карт 45 детей (28 мальчиков и 17 девочек), получавших консультативную помощь и наблюдавшихся в консультативно-поликлиническом отделении ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2014-2017 гг. В результате анализа нами было выделено несколько клинических форм, характерных для детского возраста. Классический псориаз представляет собой резко разграниченные, темно-красные бляшки с серебристыми чешуйками. Проявления у детей могут быть нетипичными: псориазные опрелости, пятнистый тип, острый каплевидный, что затрудняет диагностику в таких случаях. Помочь в идентификации могут определение феномена Auspitz, при котором определяется точечное кровотечение после удаления чешуек; характерные для псориаза изменения ногтевых пластинок, синдром «масляных пятен», онихолизис, подногтевой гиперкератоз и симптом наперстка (наиболее частая находка), которые чаще наблюдаются у подростков (у каждого 5) и являются ценными подсказками в установлении диагноза. Вовлечение лица и складок более распространены у детей, чем у взрослых, и в младенчестве распространены псориазные бляшки в областях, контактирующих с пеленками. Бляшки у детей меньше, тоньше, менее шелушатся, чем у взрослых. Наслоения чешуек при псориазе обычно наблюдаются на коже головы. Высыпания на голове могут приводить к временной потере волос и алопеции. Псориазные опрелости являются следующим наиболее рас-

пространственным вариантом с высокой распространенностью у детей в возрасте до 2 лет. Псориазные опрелости представлены ярко-красными, с четкими краями, стекловидной поверхностью, очагами. В отличие от пеленочного дерматита они плохо поддаются обычному лечению последнего. У 7 (15,5%) детей в возрасте от 5 до 13 лет был диагностирован пятнистый тип псориаза. Пятнистый тип псориаза представляет собой кольцевидные, локализованные, красные бляшки с гиперкератозом, обычно расположенные на туловище, животе и спине. Стрептококковый фарингит и перианальный дерматит предшествовали резким обострениям каплевидного псориаза у 10 (22,2%) детей. Острый каплевидный псориаз, которому может предшествовать инфекция верхних дыхательных путей, может разрешиться самостоятельно через 3-4 месяца. Однако у значительной части пациентов в конечном итоге заболевание приобретает хроническое течение. Наблюдение за пациентами показало, что риск развития тяжелого заболевания выше, если псориаз дебютировал как каплевидный псориаз с сохранением высыпаний на протяжении более чем 4 месяца.

Выводы. Псориаз является пожизненным заболеванием, которое часто начинается в детстве. Для того чтобы правильно лечить детей и подростков, важно учитывать особенности заболевания в данном возрасте. Дети, больные псориазом, и их родители должны быть осведомлены о характере течения заболевания, роли экзогенных и эндогенных факторов, ответственных за повышение частоты обострений заболевания, а также получать информационную поддержку и своевременные консультации, помогающие справиться с высыпаниями.

## ИНТЕРКУРРЕНТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НЕ ГЕНИТАЛИЯХ

*Кашеваров Д.Ф., Маляренко Е.Н., Новосельцев М.В.*

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

Очаговая склеродермия нередко сопровождается сопутствующей патологией. Ранее было показано, что может наблюдаться взаимное усиление аутоиммунных процессов в случаях сочетания склеродермии и эндокринных нарушений. Другие сопутствующие заболевания могут также повлиять на течение патологического процесса.

Целью нашего исследования было изучение интеркуррентной патологии при очаговой склеродермии с локализацией на гениталиях.

С января 2015 по январь 2018 г. под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с очаговой склеродермией с локализацией на гениталиях, в том числе 12 мужчин и 24 женщины в возрасте от 33 до 68 лет. Давность заболевания составляла от 1 месяца до 16 лет. 29 пациентов ранее получили терапию с применением внутримышечных инъекций пенициллина, пентоксифиллина внутрь, актовегина внутримышечно и на очаги поражения с временным эффектом.

При сборе анамнеза, клиническом осмотре, на консультациях смежных специалистов были установлены следующие сопутствующие заболевания:

- сахарный диабет второго типа у 9 пациентов (25%);
- гипертиреоз у 8 пациентов (22%);

- гипотиреоз у 4 пациентов (11%);
- артериальная гипертензия у 7 пациентов (19%);
- хронический холецистит у 6 пациентов (17%);
- варикозное расширение вен у 3 пациентов (8%);
- эрозия шейки матки у 1 пациентки (3%).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о значительном распространении эндокринной патологии у пациентов с локализацией очаговой склеродермии на гениталиях. Для окончательных выводов требуется увеличить общее число наблюдений.

## АНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИШАЙ У ДЕВОЧЕК: ОПЫТ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

*Квливидзе О., Галдава Г., Китуашвили Т.  
Национальный научно-исследовательский центр кожных и венерических болезней, Тбилисский государственный университет им. Ивана Джавахишвили, Тбилиси*

**Введение.** Склерозирующий (склероатрофический) лишай – относительно редко встречающееся первичное воспалительное заболевание поверхностной дермы или слизистых оболочек, за которым следует появление беловатой, цвета слоновой кости, рубчатой атрофии. Наиболее часто встречается в области гениталий, реже в экстрагенитальных областях, преимущественно у женщин. Имеет два пика заболеваемости – до половой зрелости и после менопаузы. Постановку диагноза облегчает характерная клиническая картина. У женщин чаще всего в процесс вовлечены вульва и перинеальная область в виде поражения в форме так называемой восьмерки. При аногенитальном склерозирующем лишае на соответствующих участках часто появляется пурпурная сыпь (экхимозы), что помогает в определении клинического диагноза, хотя, в то же время, такие геморрагические высыпания вкуче с эрозией могут быть, особенно у девочек, ошибочно диагностированы и как результат сексуального насилия.

**Цель исследования.** Анализ случаев склерозирующего лишая девочек с целью выявления фактов врачебных ошибок при постановке первичного диагноза и разработке рекомендации для оптимизации диагностического алгоритма исследования таких пациентов.

**Материал и методы исследования.** Медицинские карты 11 девочек, проходящих лечение на базе нашей клиники в 2015-2017 гг. с диагнозом склерозирующий (склероатрофический) лишай.

**Результаты.** Анализ данных карт, а также данные, собранные при непосредственном общении как с пациентами, так и с их родителями, показал, что из рассмотренных нами 11 пациентов у 4 (36%) данная патология однозначно трактовалась врачом-гинекологом как результат сексуального насилия, у 2 (18%) пациентов факт сексуального насилия врачом допускался. При этом в процессе установления диагноза, а также выдачи последующих рекомендаций, консультация врача-дерматолога даже не предполагалась. Таким образом, более половины исследуемых нами пациентов изначально получали неадекватное, и соответственно, неэффективное лечение, при этом неправильно поставленный диагноз явился причиной ряда психосоциальных проблем как у самого пациента, так и у членов его семьи.

**Выводы и рекомендации.** Исходя из вышеизложенного, с целью превенции врачебной ошибки в случаях, клинически схожих с описываемой нами патологией, следует бес-

печить повышение уровня информированности врачей-гинекологов страны в отношении ряда кожных заболеваний, и в частности, склерозирующего лишая у девочек. Более того, было бы полезно создать национальный протокол диагностики пациентов с подозрением на сексуальное насилие, с включением в него обязательной консультации дерматолога.

## АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ТЕСТАМИ СКРИНИНГА НА ВПЧ

*Ким Д.Г., Халдин А.А., Гомберг М.А.,  
Сунятуллина Н.Р., Скворцова А.И.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал «Бабушкинский», Москва*

**Введение.** Аногенитальная папилломавирусная инфекция – одна из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем. По оценкам специалистов, вирусом папилломы человека (ВПЧ) инфицированы приблизительно 630 млн человек во всем мире. Наиболее частое проявление ВПЧ-инфекции – аногенитальные бородавки – регистрируется в РФ как ИППП. Особая значимость проблемы ВПЧ-инфекции обусловлена её высокой контагиозностью, достигающей 60% даже при однократном незащищенном половом контакте, а также выраженным онкогенным потенциалом определенных типов ВПЧ. Практически все цервикальные карциномы вызываются типами ВПЧ высокого риска, кроме того, большая часть анальных карцином (85%), карцином вульвы и полового члена (50%), орофарингеальных карцином (20%) также ассоциируются с ВПЧ высокого риска. ВПЧ уверенно удерживает второе место среди вирусов после ВИЧ по опасности прогноза и финансовым затратам на лечение. В большинстве случаев папилломавирусная инфекция протекает в латентной или субклинической формах. При этом отсутствие видимых клинических проявлений заболевания не исключает возможности передачи инфекции при сексуальных контактах. Лучшим способом предупреждения инфицирования ВПЧ является первичная профилактика – вакцинация. Еще одним методом профилактики возможных неблагоприятных последствий инфицирования является ДНК скрининг населения на ВПЧ. Единого подхода в тактике ведения пациентов с латентными и субклиническими формами ВПЧ-инфекции не существует. В большинстве случаев в течение нескольких лет ВПЧ может исчезать самостоятельно. Очевидно, что элиминация вирусов в большой степени зависит от состояния иммунной системы хозяина, где одну из ключевых ролей играет система интерферона.

**Цель.** Оценить эффективность элиминации ВПЧ при использовании рекомбинантного интерферона альфа-2b у пациентов с положительными тестами на ВПЧ и отсутствием клинических проявлений инфекции.

**Материалы и методы.** В исследование вошли образцы соскобного материала из уретры у мужчин и цервикального канала женщин, обратившихся на прием в Центр вирусной патологии кожи и слизистых оболочек ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Бабушкинский». Из полученного материала выделяли ДНК для последующего ПЦР-исследования в реальном времени на наличие ВПЧ 6, 11, 31, 33, 51, 52, 56, 16, 18 типов. Всех участников исследования и, по возможности, их половых партнеров тщательно осматривали с целью выявления клинических признаков инфекции ВПЧ. Женщинам

дополнительно проводили кольпоскопию и цитологическое исследование шейки матки. Пациентам с выявленными положительными результатами обследования на ВПЧ и отсутствием манифестных форм инфекции проводили 3 курса терапии ректальными свечами с рекомбинантным интерфероном альфа-2b в комбинации с антиоксидантами по 3 млн ЕД по следующей схеме для каждого курса: один раз в день в течение 10 дней с интервалами между курсами 10 дней. Повторное тестирование на ВПЧ проводили через 1 месяц после окончания последнего курса.

Результаты. В исследование включены 98 пациентов – 67 мужчин и 31 женщина. Средний возраст пациентов составил  $27,1 \pm 5,4$  лет, наиболее часто обнаруживали ВПЧ 16 типа – в 47,0% случаев. Кроме того, были выявлены ВПЧ 6 – в 40,9%, ВПЧ 18 – 16,7%, ВПЧ 11 – 8,3%, ВПЧ 51 и ВПЧ 52 – по 6,1%. В 56,8% случаев обнаружения вируса выявляли только один тип, в остальных 43,2% – одновременно два типа и более. Наиболее часто встречающиеся сочетания: ВПЧ 16 и ВПЧ 18 – у 9,8%, ВПЧ 6 и ВПЧ 16 – 3,8%, ВПЧ 6 и ВПЧ 11 – 3,0%. Положительные результаты обследования на ВПЧ при повторном тестировании после лечения были получены всего у 3 (4,5%) мужчин и 1 (3,2%) женщины. Пациенты с положительными результатами контрольных тестов подлежали повторному курсовому лечению рекомбинантным интерфероном альфа 2b и динамическому клинико-лабораторному наблюдению.

Вывод. Примененный алгоритм ведения пациентов с положительными тестами скрининга на ВПЧ и отсутствием клинических проявлений инфекции показал обнадеживающие результаты, поскольку у большинства обследованных ВПЧ после проведенной терапии исчезал в необычно короткие сроки. Для более глубокой оценки эффективности предлагаемого алгоритма необходимо проведение дальнейших исследований в данном направлении с привлечением большей когорты пациентов и формированием группы контроля.

## **НАРУШЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ ЖЕНЩИН, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА И БАЛАНОПОСТИТА У МУЖЧИН**

*Ким Д.Г., Тюленев Ю.А., Хайруллина Г.А., Головешкина Е.Н., Гомберг М.А., Гуцин А.Е. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Научно-консультативный клинко-диагностический центр ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва*

Введение. Уретрит и баланопостит – одни из наиболее распространенных воспалительных клинических синдромов у мужчин. Среди инфекционных этиологических факторов развития синдромов обычно рассматривают возбудителей ИППП – *N.gonorrhoeae*, *S.trachomatis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis*, HSV1,2, а также аэробные микроорганизмы, и грибы рода *Candida*. Однако в практической работе установить этиологический фактор развития синдромов удается далеко не всегда. Между тем, очевидно, что именно определение причины воспаления позволяет выбрать адекватную этиотропную терапию. Принято считать, что наличие у женщины бактериального вагиноза (БВ) малозначимо для мужчин – их половых партнеров и не требует назначения им лечения. В данной работе мы оценили возможность влияния микроорганизмов, ассоциированных с

БВ, на развитие негонококкового уретрита и баланопостита у мужчин.

Цель. Изучить роль нарушения вагинальной микробиоты женщин в развитии негонококкового уретрита и баланопостита у мужчин.

Материалы и методы. В исследование вошли образцы соскобного материала из уретры и головки полового члена 170 гетеросексуальных мужчин и из влагалища 176 их половых партнерш женщин. Все образцы были исследованы на наличие ДНК бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом с помощью набора реагентов для ПЦР, разработанный ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора «АмплиСенс® Флороценоз / Бактериальный вагиноз-FL». ДНК из проб биоматериала выделялась при помощи набора АмплиСенс «ДНК-сорб АМ» (Производство ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). В основе метода – улавливание тотальной ДНК при помощи сорбции на поверхности мелкодисперсных частиц. Оценку лабораторных признаков уретрита проводили на основании микроскопии по Граму. Все пациенты мужчины были разделены на 4 группы: норма (n=54), пациенты с уретритом (n=48), пациенты с баланопоститом (n=26), смешанная группа – пациенты с уретритом и баланопоститом одновременно (n=42).

Результаты. На основании определения соотношений концентраций ДНК микроорганизмов вагинального биотопа женщин – половых партнерш мужчин исследуемых групп было установлено, что нарушение баланса микрофлоры – бактериальный вагиноз или промежуточное состояние микрофлоры (ПС) было выявлено лишь у 9 (16,6%) женщин – половых партнерш мужчин в контрольной группе (у всех 9 женщин диагностирован БВ), в то время как такая патология среди женщин в исследуемых группах была заметно выше. Так, БВ или ПС выявили среди 13 (27%) женщин – половых партнерш мужчин в группе с уретритом, (БВ или ПС у 10 (20,8%), и 3 (6,2%) женщин, соответственно), у 46,1% женщин – половых партнерш мужчин в группе с баланопоститом (БВ или ПС у 10 (38,4%), и 2 (7,7%) женщин, соответственно), а в смешанной группе у 54,2% женщин – половых партнерш мужчин (БВ или ПС у – 23 (48%), и 3 (6,2%) женщин, соответственно).

Выводы. Среди женщин – половых партнерш мужчин с баланопоститом и/или уретритом нарушения баланса вагинальной микрофлоры (БВ и ПС) встречается в 2-3 раза чаще, чем в контроле. В нашем исследовании удалось проследить корреляционную зависимость между нарушением вагинальной микробиоты женщин и наличием воспаления в урогенитальном биотопе у мужчин. Полученные данные являются аргументом в подтверждение гипотезы о возможности передачи БВ-ассоциированных микроорганизмов при половых контактах и их возможностью вызывать уретриты и баланопоститы у мужчин.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ M.GENITALIUM – ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ШТАММАМИ ВОЗБУДИТЕЛЯ, ИМЕЮЩИМИ МУТАЦИИ К МАКРОЛИДАМ И ФТОРХИНОЛОНАМ**

*Кисина В.И., Романова И.В., Гуцин А.Е., Жукова О.В. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Введение. Одной из современных научных проблем является стремительное развитие антибиотикорезистентности



*M. genitalium*. Научными исследованиями установлено, что неудачи лечения *M. genitalium*-инфекции обусловлены инфицированием мутантными штаммами и формированием мутаций, определяющих резистентность к антибиотикам, в процессе лечения. Исследования по оценке характера клинического течения *M. genitalium*-инфекции в зависимости от спектра выявленных мутаций, определяющих резистентность возбудителя к антибиотикам, представляют научный и практический интерес.

Цель. Охарактеризовать клинические особенности *M. genitalium*-инфекции, обусловленной мутантными штаммами возбудителя.

Задачи исследования: 1. Установить распространенность штаммов *M. genitalium*, содержащих мутации и изучить тип мутаций, определяющих развитие устойчивости к антибиотикам в Московском регионе. 2. Охарактеризовать клиническое течение *M. genitalium*-инфекции у пациентов с мутантными изолятами возбудителя к макролидам и фторхинолонам.

Материалы и методы. Проведено исследование 401 штамма *M. genitalium*, полученных от пациентов, обратившихся за медицинской помощью в МНПЦДК ДЗМ в период 2015-2016 гг. Из 401 пациента мужчин было 336 (83,8%), женщин – 65 (16,2%). От каждого пациента была получена анкета с анамнестическими данными, проведено физикальное обследование, а также был получен биологический материал для проведения лабораторного исследования. Применялся метод ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенирование домена V23S rRNA *M. genitalium*, пиросеквенирование *M. genitalium* к антибактериальным препаратам, определение генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью *M. genitalium* к антибактериальным препаратам.

Результаты. Из 401 исследованного образца *M. genitalium* мутации к макролидам были обнаружены в 25 образцах (6,2%), к фторхинолонам в 23 образцах (5,7%). В 2 изолятах (0,5%) содержались мутации к обоим группам антибактериальных препаратов (данные пациенты не подвергались анализу). В первой группе возраст пациентов варьировался от 19 до 43 лет. Из 20 пациентов с мутантными штаммами *M. genitalium* мужчин было 19 (76%), женщин – 6 (24%). Большинство обратившихся в клинику – 18 из 25 (72%) имели субъективные симптомы заболевания, из них 16 мужчин (89%) и 2 женщины (11%). Субъективные симптомы у мужчин были представлены уретральными выделениями и дизурией. Женщины предъявляли жалобы на слизистые вагинальные выделения, резь, жжение при мочеиспускании. При физикальном обследовании клинические проявления заболевания имелись у 14 из 25 (56%) пациентов. Из них у 11 мужчин (78,5%) отмечалась гиперемия/отечность области наружного отверстия уретры со скудными/умеренными слизистыми/слизисто-гнойными уретральными выделениями. У 3 женщин (21,5%) при обследовании определялась гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, умеренный/обильный влагалищный секрет молочного цвета и мутные выделения из цервикального канала. У остальных 8 (72,7%) мужчин и 3 (27,2%) женщин отмечалось асимптомное течение *M. genitalium*-инфекции. У данных пациентов имеется устойчивость к антибактериальным препаратам из группы макролидов, связанная с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S rRNA в позициях A2058, A2059 и A2062. В качестве препаратов первой линии для лечения *M. genitalium*-инфекции 16 из 25 (64%) больных назначался джозамицин 500 мг x 3p/d – 10 дней; доксицилин 100 мг x 2p/d – 10 дней получили 9 из 25 (36%). Во второй группе пациентов, имеющих мутации резистентности к фторхинолонам 19 мужчин (82,6%) и 4 женщины (17,4%). Возраст пациентов колебался от 21 до

53 лет. Большинство обратившихся на прием – 16 из 23 (69,6%) предъявляли субъективные жалобы на выделения из мочеполовых путей и/или дизурию; 7 из 23 (30,4%) обратились для профилактического медицинского осмотра. Клинические проявления заболевания имели место у 16 из 23 (69,6%) больных. У 7 из 23 (30,4%) наблюдалось асимптомное течение *M. genitalium*-инфекции. При лечении в качестве препаратов первой линии применяли доксицилин 100 мг x 2p/d – 10 дней у 11 из 23 (48%) пациентов; джозамицин 500 мг x 3p/d – 10 дней у 10 из 23 (43,5%) и азитромицин 250 мг x 2p/d – 10 дней получили 2 из 23 (8,5%) больных.

Выводы. Мутации к макролидам обнаружены в 6,2%, к фторхинолонам – в 5,7% образцах. По результатам исследования не установлены различия в клинических проявлениях *M. genitalium*-инфекции, обусловленной штаммами возбудителя, имеющими мутации к макролидам или фторхинолонам.

## О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ВРАЧА И РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Ключникова Д.Е., Кандалова О.В.

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

Введение. Липидная мантия необходима коже для предотвращения потери влаги, поддержания эластичности, для создания антимикробного барьера. Однако чрезмерная активность сальных желез у новорожденных, контаминация кожи липофильными грибами *Malassezia restricta* и *Malassezia globosa*, изменение состава кожного сала могут вызвать себорейный дерматит. Младенческий себорейный дерматит наиболее распространен в первые месяцы жизни детей. Он проявляется шелушением в области волосистой части головы, за что его часто называют «колыбельный чепец», шелушением за ушами, в складках шеи, в подмышечных впадинах в области паха. Установить истинную распространенность младенческого себорейного дерматита не представляется возможным в связи с низкой обращаемостью родителей с данной патологией, а также в связи с гипердиагностикой атопического дерматита у детей больных себорейным дерматитом. Одной из причин редкого обращения к врачу является хорошее самочувствие ребенка, который не страдает от мучительного зуда, как при атопическом дерматите. Дерматолог и педиатр должны уметь дифференцировать данное состояние от атопического дерматита, пиодермии, кандидоза, псориаза, грибковой инфекции, а также от простого и аллергического контактного дерматита.

Задачи исследования. Продемонстрировать необходимость информированности родителей о правильном уходе и необходимости сотрудничества между дерматологом и родителями детей, страдающих себорейным дерматитом, что являются залогом успешного достижения ремиссии в кратчайшие сроки.

Материалы и методы. К нам обратилась 18 родителей с жалобами на возникновение у детей сквамозных высыпаний. Возраст пациентов был от 2 недель до 10 месяцев. От 2 недель до 1 месяца 3 ребенка, от 1 месяца до полу года 8 детей, от полу года до 10 месяцев 7 детей. У 12 (66,6%) детей локализация процесса ограничивалась областью волосистой части головы и за ушными раковинами, у 6 (33,3%) пациентов помимо высыпаний на волосистой части головы,

лице, за ушными раковинами, наблюдались высыпания в области подмышечных впадин, задней поверхности шеи и в зоне подгузника. Всем родителям были выданы памятки-бланки с алгоритмом ухода за детьми и лечения младенческого себорейного дерматита. Пациенты, у которых высыпания ограничивались волосистой частью головы, каждый день принимали ванны с предварительным (минимум за час) нанесением (оливкового, персикового или миндального) масла на зону шелушения. С последующей обработкой кожи головы мягкой щеткой и мытьем головы шампунем. После водных процедур на кожу наносили гипоаллергенное увлажняющее средство, особенно в зоне шелушения. У детей с высыпаниями, расположенными в заушной области, области крупных складок и зоне памперса, помимо этих процедур, мы рекомендовали назначение системной и местной терапии, представленной каплями Диметиндена малеата, использованием местных противогрибковых препаратов (натмицин крем) 2 раза в день и топических глюкокортикоидов разрешенных для данной возрастной группы (мазь гидрокортизона 1% 2 раза в сутки для детей до 4 месяцев, крем метилпреднизолон ацепонат 1 раз в сутки детям старше 4 месяцев) в течение 2 недель. После проведенного лечения гигиенические процедуры рекомендовано было проводить еще в течение нескольких месяцев.

Результаты. Через 3 недели терапии у всех 18 детей наблюдалось существенное улучшение состояния кожи, из них полная ремиссия наблюдалась у 15 (83,3%) детей, а у 3 (16,7%) сохранялось незначительное шелушение в области волосистой части головы, а у 1 (5,5%) ребенка эритематозные высыпания в области паховых складок.

Выводы. Несмотря на то, что себорейный дерматит является доброкачественным саморазрешающимся заболеванием, которое часто, практически полностью, регрессирует у детей до годовалого возраста, нами было отмечено значительное улучшение состояния кожи детей при правильном уходе за ребенком в течение короткого времени; а сотрудничество врача с родителями пациентов повышает эффективность и правильность выполнения назначений и манипуляций.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А.*

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

Целью работы явилась оценка распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ) у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. Работа проводилась на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО АГМУ г. Барнаула. Критерии включения в основную группу исследования женщины и мужчины с клиническими проявлениями псориаза в возрасте от 18 лет. Критерии включения в группу сравнения: женщины и мужчины, не страдающие кожными заболеваниями, в возрасте от 18 лет. Критерий исключения: мужчины и женщины моложе 18 лет. В ходе работы учитывались данные анамнеза заболевания и жизни, использовался осциллометрический метод измерения артериального давления. Статистический анализ данных осуществляли с помощью компьютерной программы Statistica 10.0. Значения непрерывных величин представлены в виде, где М – выборочное среднее и

m – стандартная ошибка среднего. Значения качественных признаков представлены в виде наблюдаемых частот и процентов. Для сравнения качественных признаков использовали непараметрический критерий  $\chi^2$ .

Результаты. В исследовании принимали участие 202 больных псориазом, средний возраст которых составил  $44,5 \pm 15,4$  лет. Средний стаж болезни у пациентов составил  $13,9 \pm 12,7$  лет. Группу сравнения составили 55 человек, не страдающих псориазом, средний возраст которых составил  $43,5 \pm 14,1$  лет. В ходе изучения анамнеза у 102 (50,5%) пациентов, страдающих псориазом, были выявлены различные сердечно-сосудистые заболевания. Так, у 101 (50%) исследуемых отмечалась артериальная гипертензия (АГ), у 30 (14,8%) пациентов отмечалась ишемическая болезнь сердца (ИБС), из них у 22 (73,3%) стабильная стенокардия и у 8 (26,7%) постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), хроническая сердечная недостаточность отмечалась (ХСН) у 4 (1,9%) больных, атеросклероз отмечался у 6 (2,9%) больных. Необходимо отметить, что у 81 (79,4%) пациентов из 102, страдающих ССЗ, стаж болезни псориазом больше, чем стаж ССЗ. В группе сравнения у 18 (32,7%) регистрировались ССЗ. Так, у 17 (30,9%) отмечалась АГ, у 4 (7,2%) стабильная стенокардия, атеросклероз у 1 (1,8%) человека. Необходимо отметить, что у части исследуемых обеих групп наблюдалось сочетание нескольких ССЗ. У 27 (13,4%) больных псориазом отмечалось сочетание АГ и ИБС, в то время как в группе сравнения у 4 (7,3%).

Выводы. Таким образом, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы отмечались в обеих исследуемых группах. В основной группе наличие АГ регистрировалось чаще на 19,1%, что достоверно различно ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения. ИБС и ХСН у больных псориазом отмечались чаще на 7,6% и 1,9% соответственно, чем в группе сравнения. Сочетание АГ и ИБС у пациентов с псориазом наблюдалось чаще, чем в группе сравнения на 6,1%. Учитывая данные исследования, больные псориазом нуждаются не только в наблюдении дерматологом, но и кардиологом. Принимая во внимание факт появления псориаза у большинства больных раньше, чем патологии ССС, данные пациенты требуют проведения своевременных профилактических мероприятий по предупреждению развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОГЕЛЯ АЛЛОМЕДИН И МАЗИ АЦИКЛОВИР В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

*Корнишева В.Г., Черныш С.И., Вашкевич А.А.*

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

Среди всех вирусных поражений кожи и слизистых герпетическая инфекция наиболее часто встречается в практике дерматовенеролога. К развитию распространенных форм вирусной инфекции предрасполагает наличие иммунодефицитных состояний. В настоящее время для лечения герпетической инфекции кожи и слизистых оболочек с успехом применяется гидрогель российской фирмы «Аллофарм» – Алломедин. Действующим веществом его является синтетический пептид аллостатин, разработанный с использованием методов

протеомики на основе структуры противовирусного пептида насекомых аллоферона-1и полипептид-связывающего участка CDR3 региона иммуноглобулинов человека. Аллостатин сохраняет все основные параметры биологической активности аллоферона-1 и в то же время обладает рядом свойств, которые делают его наружное применение перспективным в отношении вирусных инфекций кожи. Действие аллостатина направлено на усиление распознавания вирусов и инфицированных ими клеток естественными киллерами и Т-лимфоцитами. Все компоненты гидрогеля Алломедин разрешены к использованию в составе косметических и фармацевтических средств для наружного применения и известны своей безопасностью и не токсичностью.

Цель исследования. Сравнение клинической эффективности применения гидрогеля Алломедин с мазью Ацикловир в терапии герпетической инфекции.

Материалы и методы. Лечение гелем Алломедин проведено 34 больным (мужчин – 7, женщин – 27) в возрасте от 18 до 67 лет. У 18 больных герпетические высыпания локализовались в области губ, у 12 пациентов – в области слизистой носа с переходом на кожу лица, у 2 больных – в области лба и у 2 – на коже щеки и подбородка. Для сравнения эффективности геля Алломедина была взята вторая группа в количестве 8 (мужчин – 2, женщин – 6) больных, которым была назначена мазь Ацикловир. Возраст пациентов – от 25 до 59 лет. Герпетические высыпания локализовались у 4 больных – в области губ, у 2 пациентов – в области крыльев носа, у 1 больной – на коже щеки и у 1 пациентки – на коже туловища. Препараты применяли наружно на очаги поражения, в зависимости от остроты поражения, от 2 до 4 раз в сутки. Оценка эффективности лечения проводилась по срокам разрешения очагов поражения.

Полученные результаты. Курс лечения у больных 1 группы, получавших Алломедин, составил 3,7 дня. У больных 2 группы, получавших мазь Ацикловир, длительность лечения была у 7 пациентов – 7 дней. Одна больная прекратила лечение после двух дней применения мази из-за малой эффективности средства. При первых проявлениях герпетической инфекции применение гидрогеля Алломедин давало наилучшие результаты: жжение и болезненность исчезали через несколько часов, обрывалось развитие герпетических высыпаний. В период реконвалесценции препарат способствовал эпителизации в очагах поражения.

Выводы. Таким образом, длительность лечения у больных 1 группы (3,7 дня) была в два раза короче, чем у больных 2 группы (7 дней). Гидрогель Алломедин обладает более чем в 2 раза выраженным противовирусным и противовоспалительным действием, чем мазь Ацикловир. Гидрогель Алломедин нетоксичен, не обладает аллергизирующим свойством, быстро всасывается в кожу и может быть рекомендован для наружного лечения вирусных поражений кожи и слизистых оболочек.

## ГЕНОТИПИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Королева Т.В., Круглова Л.С., Мурашкин Н.Н.  
Поликлиника №4 Управления делами Президента  
РФ, Центральная государственная медицинская  
академия Управления делами Президента РФ,  
Москва*

Атопический дерматит – хроническое воспалительное заболевание, вызванное сложным взаимодействием гене-

тических, иммунных и экологических факторов. Актуальность вопросов, связанных с вторичной профилактикой обострений дерматоза, сохраняется. Анализ генно-средовых взаимодействий позволяет получить оценки популяционного риска для формирования генотип-специфической профилактики атопического дерматита у детей. Известно, что основными факторами формирования воспаления, как в острой так и в хронической стадиях, являются цитокины, связанные с клетками Th2 (например IL-4 и IL-13) и клетками Th1, продуцирующими IFN и IL-12. В воспалительном ответе так же участвуют клетки Лангерганса и тучные клетки через экспрессию высоко-аффинного IgE-рецептора (Fc 3RI), когда передается сигнал на эти самые клетки, что, в свою очередь, приводит к высвобождению гистамина, цитокинов и прочих медиаторов.

Цель исследования. Оценить корреляцию уровня экспрессии генов при атопическом дерматите у детей в зависимости от степени тяжести течения дерматоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 64 пациента (28 мальчиков и 36 девочек) с атопическим дерматитом в возрасте от 4 до 15 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени тяжести с учетом индекса SCORAD: легкая (SCORAD<10), средняя (11<SCORAD<20), тяжелая (SCORAD>21). Для проведения исследования всем пациентам проведен соскоб со слизистой оболочки щеки стерильными ватными палочками. Генотипирование проводили методом типирования однонуклеотидных замен в режиме реального времени с использованием конкурирующих TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК.

Результаты. Проведение генотипирования позволило нам отметить следующую корреляцию экспрессии генов в зависимости от степени тяжести: при легкой степени тяжести отмечалась умеренная степень экспрессии ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13, TNFα был в норме у всех детей; при средней степени – ИЛ-4, ИЛ-13, TNFα в пределах нормы, отмечалась умеренная степень выраженности экспрессии ИЛ-10, но угнетение экспрессии ИЛ-18; при тяжелой степени была отмечена выраженная экспрессия ИЛ-4, ИЛ-13 и TNFα, умеренная степень экспрессии ИЛ-10 и угнетение экспрессии ИЛ-18.

Выводы. Генотипирование у детей, страдающих атопическим дерматитом, позволяет спрогнозировать тяжесть течения заболевания, понимать возможности вторичной профилактики и подбора соответствующей терапии.

## К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СОРБЕНТА НА ОСНОВЕ СВЕРХВЫСОКОДИСПЕРСНОГО ДИОКСИДА КРЕМНИЯ

*Короткий Н.Г., Тихомиров Т.А., Таганов А.В.,  
Короткий В.Н., Тихомиров А.А.  
Российский национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
Москва*

Принимая во внимание данные Всемирной организации здравоохранения, нельзя не отметить, что за последние десятилетия значение заболеваний аллергического профиля в общемировой популяции многократно увеличилось. Частота встречаемости аллергических заболеваний неизбежно прогрессирует, достигая 25% среди взросло-



го и 40-50% среди детского населения соответственно. Лидирующую позицию по распространенности занимает atopический дерматит. Для atopического дерматита характерна манифестация в раннем детском возрасте, хроническое рецидивирующее течение и частые обострения. На данный момент среди разработанных подходов к лечению atopического дерматита наиболее эффективным является комплексная терапия. Одним из компонентов комплексной терапии является метод энтеросорбции, выполняющий противовоспалительную, дезинтоксикационную и противоаллергическую функции. Энтеросорбенты связывают и выводят из организма различные экзогенные вещества, микроорганизмы и их токсины, эндогенные промежуточные и конечные продукты обмена. На сегодняшний день одним из наиболее эффективных сорбентов является диоксид кремния. Актуальность применения диоксида кремния подтверждается анализом данных Pubmed (база данных медицинских и биологических публикаций, созданная Национальным центром биотехнологической информации <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), согласно которому в последние годы отмечается неуклонное увеличение количества публикаций на эту тему (1974-1984 – 19 публикаций; 1985-1995 – 39 публикаций; 1996-2006 – 56 публикаций; 2007-2017 – 156 публикаций).

Целью исследования было определение эффективности сверхвысокодисперсного диоксида кремния AEROPERL® 300 PHARMA в комплексной терапии atopического дерматита.

Материалы и методы: объектом клинического исследования стали амбулаторные пациенты, более 1 года страдающие atopическим дерматитом, формой: эритематозно-сквамозной с лихенификацией. Больные были разделены на группу контроля и группу наблюдения, которая дополнительно к системной (десенсибилизирующая, антигистаминная, ферментная терапия) и наружной терапии (0,1% гидрокортизоновая мазь) получала препарат сверхвысокодисперсного диоксида кремния AEROPERL® 300 PHARMA 3 раза в день в течение 7 дней. Клиническое состояние пациентов до, во время, и после лечения оценивалось с помощью Scoring atopic dermatitis, международному стандартизованному индексу (SCORAD), оценка уровня качества жизни пациентов проводилась с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты: в исследовании приняло участие 60 больных в возрасте от 18 до 65 лет с atopическим дерматитом, эритематозно-сквамозной с лихенификацией клинико-морфологической формой, легкой и средней степени тяжести в период обострения заболевания. При первичном осмотре исследуемых средние значения индекса SCORAD в группе наблюдения составляло 35, в группе контроля 33 соответственно. В ходе исследования были получены данные об эффективности обоих методов комплексной терапии, однако: в группе наблюдения отмечалось снижение индекса SCORAD до 15 (в 2,3 раза от первичного среднего значения), тогда как в группе контроля до 22 (в 1,5 раза от исходного значения). Субъективное состояние пациентов из группы наблюдения по среднему значению ДИКЖ от начала исследования улучшилось в 4,25 раза (с 17 до 4), по сравнению с группой контроля, в которой это значение улучшилось в 2,1 раза (с 15 до 7) от исходного уровня соответственно. Комплексная терапия в сочетании с препаратом сверхвысокодисперсного диоксида кремния AEROPERL® 300 PHARMA, способствовала более быстрому регрессу клинических проявлений atopического дерматита, и повышению уровня качества жизни у пациентов, страдающих atopическим дерматитом.

Выводы. Использование сорбента на основе сверхвысокодисперсного диоксида кремния в комплексной терапии АД

у взрослых позволило добиться улучшения результатов комплексной терапии, и ускорить разрешение клинических симптомов atopического дерматита.

## ТОКСИЧЕСКАЯ МЕЛАНОДЕРМИЯ

*Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Мельниченко О.О.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Токсическая меланодермия (син.: меланоз Рилия) – фототоксическая реакция кожи, развивающаяся вследствие интоксикации фотосенсибилизирующими веществами. Встречается у военных, рабочих нефтяной и каменноугольной промышленности, прядильщиков; при терапии фотосенсибилизирующими лекарственными средствами, при использовании в пищу недоброкачественных продуктов, применении недоброкачественных средств декоративной косметики и парфюмерии. Повышенная чувствительность к инсоляции может развиваться при длительном контакте с бензолом, толуолом, автотол, дёгтем, машинным маслом, минеральными маслами. Из лекарственных средств повышение чувствительности к солнечному свету могут вызвать амиодарон, тетрациклины, пероральные контрацептивы (эстрогены в сочетании с прогестероном), фенотиазины (хлорпромазин) и ряд других препаратов. В настоящее время заболевание встречается довольно редко, преимущественно у женщин 30-50 лет. В патогенезе дерматоза имеют значение пребывание на солнце, стресс, эндокринопатии, авитаминозы, заболевания желудочно-кишечного тракта. Клиническая картина: меланоз Рилия развивается после инсоляции и начинается с появления на открытых участках кожного покрова зудящей эритемы, постепенно сменяющейся гиперпигментацией, которая распространяется на кожу туловища и конечностей. Если поначалу пигментация носит пятнистый характер, то в дальнейшем пятна сливаются с образованием сетевидного рисунка, появляются шелушение и фолликулярный гиперкератоз, участки депигментации и телеангиэктазии. При длительном течении заболевания развивается слабовыраженная атрофия. Выделяют эритематозную, пигментную, гиперкератотическую и койлодермическую стадии заболевания. Высыпания на коже сопровождаются выраженным жжением, зудом, могут наблюдаться головная боль, снижение аппетита, общая слабость. В лечении меланоза Рилия решающую роль играют исключение воздействия этиологического фактора и инсоляции. Назначают энтеросорбенты, антигистаминные препараты, витамины С, Е, В6, В12, плазмаферез; в тяжёлых случаях – малые дозы кортикостероидов и хингаминовые препараты. Наружно применяют кортикостероидные кремы и мази, фотозащитные средства. Разрешение высыпаний происходит в течение нескольких месяцев и даже лет.

В отделение платных медицинских услуг филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» обратилась иногородняя пациентка Э., возраста 30 лет, с жалобами на высыпания на коже лица, груди, живота, спины. Из анамнеза: больна в течение года, развитие заболевания связывает с приёмом капсул «для набора веса» китайского (?) происхождения. Пациентка предоставила фотографии биологически активной добавки – завод-производитель не указан, аннотация отсутствует; препарат заказывала «по интернету» – посоветовали знакомые. Капсулы принимала в течение 7 дней, после чего отметила появление высыпаний на коже лица. В дальнейшем высыпания распространились на кожу туловища. Неоднократно обращалась к дерматологам, около 4-5 ме-

сяцев назад, со слов больной, был диагностирован отрубевидный лишай, прошла полноценный курс терапии топическими антимикотиками, однако эффекта на фоне лечения не наблюдалось. При осмотре в филиале на момент обращения отмечались выраженные пятна гиперпигментации в периорбитальной области, на коже груди, живота, спины. На коже живота и спины участки гиперпигментации чередовались с гипопигментированными пятнами, отмечалась слабовыраженная поверхностная атрофия. При дополнительном обследовании (клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, гормоны щитовидной железы, кортизол, половые гормоны, УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза, МРТ головного мозга) патологии не выявлено. С учётом данных анамнеза, дополнительного обследования и клинической картины нами была заподозрена токсическая меланодермия. Диагноз подтверждён гистологически: в биоптатах кожи в верхних отделах дермы слабовыраженные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, скопления меланофагов. Было рекомендовано исключение приёма сомнительных БАДов, инсоляции, назначено лечение: энтеросорбенты, витамины группы В, топические кортикостероиды, фото-защитные препараты. После подтверждения диагноза и назначения лечения пациентка вернулась в свой город.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ НОВООБРАЗОВАНИЯ И МЕЛАНИНОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

*Кочетков М.А.*

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

С развитием технологий расширяется арсенал средств неинвазивной диагностики кожных заболеваний. Уже сегодня в Центре неинвазивной диагностики пациенты имеют возможность всего за один визит к специалисту пройти клинико-инструментальное обследование с применением различных методов: от визуального осмотра и функциональных методов вплоть до ультразвукового исследования и сканирования кожи. При обследовании обеспечены высокая диагностическая точность результатов, выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях, объективный диагноз на основе комплексного обследования, который не требует от пациента больших временных затрат. Здесь используется персонализированный подход, на основании которого составляется оптимальная маршрутизация пациентов, в которую, при необходимости, включаются обследование у онколога, гематолога, эндокринолога и других узкопрофильных специалистов. При этом исследования осуществляются через короткие промежутки времени. Все данные по каждому пациенту аккумулируются в единую базу. На основании полученных показателей ставится диагноз, вырабатываются рекомендации и пациенту выдается заключение. Это особенно важно при выявлении онкологических заболеваний кожи на ранних стадиях развития. Неинвазивное обследование кожи имеет неоспоримые преимущества: • не занимает большого количества времени; • подготовительный период не требуется; • отсутствуют противопоказания; • отсутствие болезненных ощущений; • отсутствие риска инфицирования пациента; • исключены осложнения; • не нарушается целост-

ность кожных покровов; • диагностика меланомы на ранних стадиях с высокой точностью; • обследование кожных образований любых размеров; • возможность наблюдения за развитием новообразований в динамике; • возможность сопоставить параметры полученных данных с банком изображений; Несмотря на то, что возможности оптических методов исследования все-таки ограничены небольшой глубиной проникновения в толщу дермы, тем не менее, они дают наибольшее разрешение. Зональное фотокартирование кожи – современная технология исследования кожных покровов. Отлично зарекомендовал себя фотограмметрический метод, заложенный в аппаратно-программные комплексы неинвазивной диагностики. Все данные, полученные в ходе исследований, аккумулируются в единую, постоянно пополняющуюся базу данных. Дерматоскопия и видеодерматоскопия – наиболее доступные и надежные методы оптической диагностики. С помощью видеодерматоскопов процедура фотокартирования кожи становится рутинной. Высокочастотное УЗИ кожи – еще один современный неинвазивный клинико-инструментальный метод диагностики. При помощи специально разработанных датчиков можно оценить структурные изменения, характер и глубину патологического процесса в эпидермисе, дерме, подкожной клетчатке вплоть до мышечных фасций. Глубина сканирования кожи определяется частотой датчика. Возможности и преимущества комплексного клинико-инструментального обследования кожных покровов. Комплексное клинико-инструментальное обследование кожи позволяет: 1. Вести наблюдение за развитием невусов в динамике, чтобы исключить вероятность злокачественного перерождения. 2. Выявлять новообразования кожи, представляющие опасность, определять глубину их распространения и характер роста. 3. Уточнять площадь инвазии и объем вмешательства в пределах здоровых тканей при планировании оперативного лечения. 4. Подбирать наиболее эффективные методы для удаления различных новообразований: крио-технологии, лазерное воздействие, хирургическое вмешательство и др. 5. Наблюдать за состоянием кожи в динамике, проводить измерения толщины отдельных слоев и изучать структуру эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки в норме и при хроно- и фотостарении; 6. Выполнять мониторинг эффективности лечения в терапевтической косметологии (наружная терапия, аппаратная косметология, фармакотерапия), а также эффективности лечения хронических дерматозов и коллагенозов. Пройдя обследование в уникальном на сегодняшний день Центре неинвазивной диагностики МНПЦДК ДЗМ, пациент получает комплексное заключение специалиста, в котором отражаются все основные анатомо-физиологические и функциональные параметры кожи. Выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях является приоритетом в повседневной работе врача-дерматовенеролога, о котором необходимо помнить при выполнении обычного объема обследований, наблюдения и лечения кожных образований и заболеваний.

## ЛЕКТИНЫ ПРОБИОТИКОВ НА СТРАЖЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-СЛИЗЕВЫХ БАРЬЕРОВ

*Лахтин М.В., Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Алешкин В.А.*

*Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва*

Влияние лектинов пробиотиков (ЛП). 1. Перестраивают микробиоценозы в направлении здорового статуса, влияют на их чувство кворума (QS) и целостность как коммуни-

кативных тел (КТ), соотношение видов кандид, нарушают коммуникации грибов. 2. Рост кандидат группы I (эпидемиологически наиболее значимой: *C.albicans* и *C.tropicalis*) ингибируется в присутствии свободных и сорбированных ЛП (кислых и щелочных Л лактобацилл и бифидобактерий: кЛЛ, щЛЛ, кЛБ, щЛБ), преимущественно как аЛБ > кЛЛ, а в случае группы III (*C.krusei*) – как аЛЛ > аЛБ. При пролонгации действия ЛП массивы ДПГ подвергаются штамм-зависимому лизису. Кандиды группы II (*C.glabrata*) утрачивают эффективность вирулентных факторов в присутствии кЛП. 3. Против массивов группы I реализуется мультисинергизм сочетанного действия ЛП: аЛЛ и щЛБ, аЛЛ и аЛБ, щЛБ и лектины лекарственных растений; кЛЛ/ кЛБ и Нистатин; аЛБ и Амфотерицин, Итраконазол или Кетоконазол. ЛП супрессируют рост и биопленкообразование антимикотикорезистентных ДПГ, предотвращают расширение прежних и образование новых грибковых ниш патогенов (*C.albicans*). 4. ЛП синергичны против грибково-бактериальных инфекций (против *C.albicans* [аЛБ > аЛЛ] и против *S.aureus* [аЛЛ > аЛБ]). 5. Первые 1-3 суток роста кандидат в присутствии ЛП (ЛБ > ЛЛ) сопровождаются биоритмическими колебаниями диссонанса кандидат группы I (*C.tropicalis*) и группы III (*C.krusei*). Мозаики ЛП прогнозируемо воздействуют на антибиотикорезистентные патогены. 6. Мозаики локализованных ЛП в различной степени и с использованием различных механизмов ингибируют рост и вызывают дистанционный отсроченный лизис антибиотикорезистентных патогенов. 7. Выявляются чувствительные к ЛП кандиды с лидерными свойствами в грибных пулах (упорядоченных как ниши) и противодействующие пробиотическим нишам в микробиоценозах. Таким образом, ЛП обладают потенциалом прямого воздействия на грибковые лидеры. 8. Распределение кандидат всех стрех групп в зрелых массивах, биопленках и суспензиях территориально или функционально нарушается в присутствии ЛП или пулов лактобацилл (видов Ацилакта), что приводит к ослаблению защиты патогенов, большей их доступности антимикробным агентам, проявлению действия неэффективного в других условиях антибиотика (появляются локальные поля векторного действия антимикотиков, в том числе в отношении антимикотикорезистентных *C.albicans*). 9. Микробиоценозные КТ на гидрофильно-пористых средах отражают закономерности экологических ниш в биотопе, применимые и для слизисто-эпителиальных барьеров. 10. В случае смешанной микоинфекции (Кандиды-Плесневые грибы) резистентность грибковой суперниши к ЛП пролонгировано отсутствует в областях первичной ЛП-супрессии кандидат (возможность использования анти-*C.albicans*-лекарств также и против аспергиллов). 11. ЛП обладают потенциалом предотвращать развитие биотопов в направлении предопухолевых состояний путем поддержания нормального функционирования мукозальных органов. При этом возможна поддержка пробиотической микрофлоры посредством пребиотиков из комплексов с ЛП. 12. Оксидазный антимикробный потенциал, в том числе способность Ацилакта к обесцвечиванию пигментов (потенциальных индикаторов предболезни – появления пигментированных меланома-подобных предонкологических образований кожи), реализуется с участием систем слабокислых ЛП (рН 5-6), кофункционалирующих с оксидоредуктазными системами в условиях окислительного стресса, в дополнение к нейтральным и катионным ЛП, кофункционалирующих с полисахаридными и другими антиоксидантами. Это может быть использовано при приготовлении метаболитно-клеточных мазей, кремов и свечей на основе ингредиентов мультипро/синбиотиков для защиты кожно-слизистых покровов. 13. Максимальная эффективность влияния ЛП на инфекционный процесс в биотопах может быть достигнута при согла-

совании действий ЛП и микробов защитного ряда (симбиотических, в том числе пробиотических) и антибиотиков, в том числе при разработке персонализированных режимов. 14. Системы ЛП реализуют антиинфекционное влияние в организме в рамках существующих осей макродействия на ткани через коммуникационную сеть слизисто-эпителиальных барьеров. Разнообразие механизмов действия ЛП возрастает по мере расширения рассматриваемой защитной системы, например, в рамках перекрестных разговоров (Cross-Talking) с системами собственных метаболитно-клеточных протекторов организма.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

*Лебедева Е.В., Новосельцев М.В., Вартапетян Н.В., Голубева Ю.М., Деньдоброва Ф.Н., Маляренко Е.Н., Хамаганова И.В.*

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

Распространение и патоморфоз акантолитической пузырчатки передопределили особый интерес к разработке новых диагностических методов.

Цель: оценить клиническую картину и результаты серологических методов диагностики (ИФА) у пациентов с диагнозом акантолитической пузырчатки.

Материалы и методы. Проанализированы стационарные карты 15 пациентов со следующими клиническими диагнозами по МКБ 10: Пузырчатка обыкновенная L 10.0, Пузырчатка листовидная L 10.2, Пузырчатка себорейная L 10.4. Возраст обследованных составлял от 57 до 83 лет, гендерное распределение – женщины. Серологическая диагностика проводилась с использованием иммуноферментного анализа для определения аутоантител к рекомбинантным антигенам десмоглеин – 1 (ДСГ-1), десмоглеин – 3 (ДСГ-3), энвоплакин (тест-системы EuroimmunELISA).

Результаты: при проведении иммуноферментного анализа было установлено, что в 8 случаях (54%) выявлены диагностически значимые концентрации аутоантител к ДСГ-1 и ДСГ-3, что серологически подтверждало клиническую картину пузырчатки обыкновенной с поражением кожных покровов и слизистых, в 3 случаях (20%) изолированно нарастал титр аутоантител к ДСГ-3, что соответствовало клинической картине пузырчатки обыкновенной с изолированным поражением слизистых оболочек. В 2 случаях (13%) при выраженной клинической картине пузырчатки листовидной обнаружены аутоантитела в значимом титре к ДСГ-1, диагноз подтвержден патоморфологическим исследованием биоптата кожи. В оставшихся 2 случаях (13%) также нарастала концентрация аутоантител к ДСГ-1, однако клиническая картина по характеру и локализации высыпаний соответствовала диагнозу пузырчатка себорейная, подтвержденному диагностической биопсией кожи. Нарастания титров аутоантитела к энвоплакину в проанализированных картах не выявлено.

Выводы. Иммуноферментный анализ для определения аутоантител к рекомбинантным антигенам десмоглеин-1, десмоглеин-3, энвоплакин отличается специфичностью и чувствительностью, а также удобством и быстротой вос-



произведения, с учетом автоматизации постановки теста, и возможностью определения конкретной нозологической формы пузырчатки на основании полученного молекулярного спектра аутоантител.

## СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ РАННЕГО НЕЙРОСИФИЛИСА С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

*Левощенко Е.П., Денисова Е.В., Моднова А.Г., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва*

В последние годы поражение костей при сифилисе в практике встречается достаточно редко. Известно, что во вторичном периоде сифилиса возможно поражение костей и надкостницы, чаще всего поражаются большеберцовые кости, реже кости черепа в виде периоститов и остеопериоститов. Сифилитический периостит вторичного периода характеризуется развитием на кости небольшой, нередко болезненной, полушаровидной формы опухоли с неизменным над ней кожным покровом. Число пораженных участков надкостницы обычно невелико – один-три, редко больше. При гистологическом исследовании пораженных костей обнаруживается некроз костной ткани, изменения сосудов и выраженная воспалительная реакция с преобладанием плазматических клеток. Исходом специфического периостита может быть полное рассасывание очага поражения, остеосклероз или остеопороз. Рентгенологически периоститы не выявляются, при периоститах на R-граммах выявляются периостальная реакция, утолщение надкостницы и ее просветление.

Больной Б.1961 г.р. поступил на стац. лечение в вен. отделение 28.01.2014г. (И.Б. №60289/14-2) из филиала «Щелковский» с диагнозом «Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек».

Из анамнеза: считает себя больным около 3 недель, когда появились высыпания на коже туловища, плотные болезненные припухлости на лобной кости. Обратился в филиал «Щелковский», где при обследовании были выявлены положительные серологические реакции и больной был направлен на стац. лечение в филиал «Клиника им.В.Г.Короленко».

Половой анамнез. Больной женат. В браке 30 лет. Последний половой контакт с женой 5 мес. назад. Жена обследована – здорова. Имел случайный половой контакт в октябре 2013 г.

Status localis: Папулезная ангина, рауседо, обильная, сливающаяся розеолезная сыпь на коже туловища, единичные папулы ладоней и подошв, два плотных, округлых образования на лобной кости, несколько болезненные при пальпации, с неизменной кожей над ними, размером 1,5x2,0 см.

Результаты обследования. Общий анализ крови, мочи-без патологии. Биохимический анализ крови: мочевиная кислота – 496.4, остальные показатели в норме. Ликворологическое обследование от 29.01.14: РМП отр., РПГА 4+1:1280, ИФА полож. Кп>15, РИФ 4+, РИБТ отр. Цитоз 131,6x10<sup>6</sup>/л, Реакция Панди (++++), реакция на глобулины – отриц. Серологическое обследование: РМП от 29.01.14:4+1:64, от

10.02.14 4+1:64; РПГА 4+1:10240; ИФА полож. Кп>15; РИФ 4+/4+, РИБТ 90%. Доп. методы обследования: Ат ВИЧ – инф. не обн, HBsAg – не обн, aHCV – не обн. R-графия черепа (0,17 мЗВ) и позвоночника (0,16 +1,08 мЗВ) – без спец. патологии.

КТ головного мозга от 17.12.13 г. Заключение: КТ-признаки глиозных изменений левой затылочной доли, множественно-очагового поражения чешуи лобной кости (нельзя исключить вторичный генез?).

Консультации специалистов: Терапевт: Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. Кисты почек. Гиперурекемия. Окулист: ОУ-начальная катаракта, ангиопатия сетчатки, миопия сл.ст. Невролог: Диэнцефальная энцефалопатия 1-2. Учитывая клиническую картину, серологические реакции, патологические изменения в ликворе больному был установлен диагноз: «Сифилис вторичный другие формы» (Папулезная ангина, рауседо, обильная, местами сливающаяся розеолезная сыпь кожи туловища, единичные папулы ладоней и подошв, асимптомный менингит G01.8, остеопериостит)A51.4

Получил лечение в/в введением пенициллина по 10.000.000ЕД x 2 р/сутки – 14 дней, дексаметазон 8 мг в/м №3, двумя аналогичными курсами с интервалом 14 дней. Наружные проявления сифилиса регрессировали полностью. Опухолевидные элементы прошли бесследно. Два курса лечения было проведено из-за поражения костной системы и изменений в головном мозге.

Лечение перенес хорошо. После второго курса было рекомендовано провести ликворологическое обследование через 6 мес. и КТ-головного мозга.

Контрольное ликворологическое обследование от 18.09.2014 г.

РМП отр, РПГА 1+, ИФА полож. Кп>15, РИФ 3+, РИБТ отр. Цитоз-10,3 x 10<sup>6</sup>/л, белок 0,384 г/л.

Серологическое обследование от 19.09.2014:РМП 4+1:16, РПГА 4+, ИФА полож. Кп>15, РИФ 4+/4+, РИБТ 62%. По сравнению с анализом ликвора от 29.01.14 г. отмечается значительная положительная динамика: снижение значений РПГА с 4+1:1280 до 1+, значений ИФА, уменьшение цитоза с 131,6 x10<sup>6</sup>/л до 10,3x10<sup>6</sup>/л.

КТ-головного мозга от 12.09.2014: Заключение: КТ-признаки четкой положительной динамики в виде регресса ранее описанных костных изменений. Постишемические кистозные изменения в левой затылочной доле головного мозга.

Специфический характер остеопериостита подтверждает быстрый регрессом при специфическом лечении.

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Зарубина Е.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал «Пролетарский», Москва*

Ведение пациентов с положительными серологическими реакциями на сифилис при отсутствии клинических проявлений и документально подтвержденного факта специфического лечения по-прежнему остается актуальной задачей для практикующих врачей. При этом клинико-лабораторные исследования у таких пациентов являются одной из важнейших составляющих алгоритма наблюде-

ния и обследования. Особое медико-социальное значение при этом имеют биологические ложноположительные серологические реакции на сифилис (БЛПСР). Различают острые и хронические БЛПСР. Острые БЛПСР могут регистрироваться во время беременности, инфаркте миокарда, инфекционных заболеваниях, повышении температуры. Хронические БЛПСР могут наблюдаться при аутоиммунных заболеваниях, онкопатологии, системных заболеваниях соединительной ткани и т.д. (Дмитриев Г.А., Доля О.В., Василенко Т.И.). Естественно, что в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход и спокойная, доверительная беседа с пациентом, анализ элементарных анамнестических данных, в результате чего зачастую выясняется факт перенесенного в прошлом сифилиса. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента в возрасте от 22 до 65 лет (14 мужчин и 20 женщин). При обследовании у женщин преобладали аутоиммунные заболевания и гинекологические заболевания различной степени тяжести. Среди мужчин преобладали сердечно-сосудистые заболевания и онкопатология. Для верификации ложноположительных реакций на сифилис были использованы как трепонемные, так и нетрепонемные тесты. Таким образом, алгоритм обследования пациентов с подозрением на сифилис, а также при обнаружении у пациентов сомнительных результатов серологического обследования, включает тщательный и подробный сбор анамнеза, выявление соматической патологии, расширенный комплекс клинико-лабораторного обследования.

## ПОЗДНИЕ ФОРМЫ НЕЙРОСИФИЛИСА В АКТУАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Лосева О.К., Бохонович Д.В., Юдакова В.М., Старцева Г.А., Ливахова С.В.*

*Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Институт медико-социальных технологий, Московский государственный университет пищевых производств, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва, Психиатрическая больница № 12, Волоколамск, Щёлковский кожно-венерологический диспансер, Щелково*

Введение (актуальность проблемы).

В публикациях последнего времени всё чаще встречаются упоминания о впервые выявленных случаях поздних форм нейросифилиса – позднего менинговаскулярного, прогрессивного паралича и табеса. Это подтверждается и статистическими данными о заболеваемости. Так, по отчетности Московского областного клинического кожно-венерологического диспансера, в Московской области в 2017 году зарегистрировано 104 случая нейросифилиса, из которых 36 составляют поздние формы с симптомами. 43% этих пациентов моложе 40 лет, при этом самому молодому едва исполнилось 27 лет. Подавляющее большинство – мужчины (31 из 35). К сожалению, даже адекватно проведенное лечение, в случае вовлечения в инфекционный процесс коры головного мозга и подкорковых структур, не избавляет пациента от неврологического или психического дефекта. Нами представлены четыре клинических случая прогрессивного паралича, которые были выявлены в МОККВД в конце 2017 – начале 2018 года. Клинические случаи.

1. Пациент У. 1960 г.р. консультирован в МОККВД в августе 2017 года. Жалобы на головные боли, слабость, снижение памяти, снижение зрения, головокружение. Водитель. Болен около полугода. При обследовании в неврологическом отделении Клинской ЦРБ: подозрение на мультисистемную атрофию головного мозга. Синдром когнитивных нарушений. Атактический синдром. При обследовании в МОККВД: РМП 4+1:4; РПГА 4+ 1:20480; ИФА IgMотр, ИФА(IgM+IgG) резко положит.к.п.12,5, IgG резко положит. к.п.13,1 от 24.08.17. Ликвор: VDRL отр; ИФА IgG резко положит. к.п.14,4; РИФц 4+; РПГА 4+ 1:160; цитоз 6/3; белок 0,370 г/л; р.Пандиотр. от 30.08.17. В анамнезе: лечился по поводу сифилиса в 1997 году в стационаре, на сероконтроле не наблюдался. Дз: Нейросифилис поздний. Табопаралич. Проведено специфическое лечение, улучшение не наступило.

2. Пациент С. 1964 г.р. консультирован в МОККВД в декабре 2017 г. по поводу положительных серореакций, выявленных в ПБ№12, где пациент находится на госпитализации и где по этому поводу уже была проведена терапия бициллином-5 №10. Жалобы на нарушение памяти, речи, дезориентированность в пространстве, плохой сон, раздражительность. Водитель-дальнобойщик. Сбор анамнеза у пациента невозможен, речь бессвязна. Со слов жены, нарушения психики стали происходить в течение года, сначала попал в ДТП, через несколько месяцев припадении на улице получил ЧМТ, после чего появились нарушения памяти, стал разговаривать сам с собой, был дезориентирован в месте и времени. На сифилис в анамнезе – указаний нет. Госпитализирован в психиатрическую больницу с галлюцинаторными явлениями. На МРТ – лейкодегенеративные изменения обоих полушарий головного мозга. При обследовании в МОККВД: РМП 4+1:64; РПГА 4+ 1:40960; РИФ200 4+, РИФавс 4+; ИФА(IgM+IgG) резко положит., КП=12,1, IgG резко положит., КП=10,8 от 21.12.17. Ликвор: VDRL 2+; ИФА IgG резко положит.,КП=14,5; РИФц 4+; РПГА 4+ 1:5120; белок 0,634 г/л, цитоз 12/3, р.Панди 2+ №431 от 21.12.17.

Дз: «Нейросифилис поздний. Прогрессивный паралич». Проведено специфическое лечение, до настоящего времени изменений клинической симптоматики не наступило.

3. Пациент Ч. 1986 г.р. консультирован в неврологическом отделении МОНИКИ по поводу впервые выявленных положительных серореакций. Пациент полностью дезориентирован в пространстве и личности, со слов жены, болен 4 месяца, когда после смерти отца стал вести себя «как ребенок», повторял слова, утратил навыки самообслуживания. По данным МРТ: смешанная гидроцефалия с корковой атрофией в конвексительных отделах лобно-височно-теменных областей головного мозга. В МОККВД: РМП 4+1:16; РПГА 4+ 1:655360; ИФА(IgM+IgG) резко положит., КП=12,1, IgG резко положит.,КП=13,5 от 23.11.17. Ликвор: VDRL 4+1:16; ИФА IgG резко положит.,КП=14,5; РИФц 4+; РПГА 4+ 1:40960; цитоз 45/3; белок 0,861г/л; р.Панди 3+. от 21.11.17. Дз: Нейросифилис поздний. Прогрессивный паралич. Проведено специфическое лечение. Регресса симптоматики не произошло.

4. Пациент С. 1986 г.р. консультирован в неврологическом отделении МОНИКИ по поводу впервые выявленных положительных серореакций. Жалобы на тремор конечностей, асимметрию лица, нарушение памяти, речи, снижение когнитивных функций. Инженер-конструктор НИИ. Сифилис в анамнезе отрицает. Болен около года. Неоднократно обращался к неврологам. На МРТ с марта 2017 по январь 2018 г. очаговые изменения неясного генеза (туберозный склероз?, лейкоэнцефалопатия?, церебральный васкулит?, диффузные изменения коркового

вещества лобно-теменных височных долей головного мозга). При обследовании в МОККВД: РМП 4+1:32; РПГА 4+1:1310720; ИФА (IgM+IgG) резко положит., КП=11,7, IgG резко положит., КП=14,3 от 16.01.18. Ликвор: VDRL 4+1:4; ИФА IgG резко положит., КП=14,2; РИФц 4+; РПГА 4+ 1:163840; цитоз 55/3; белок 0,981г/л; р.Панди 3+ от 16.01.18. Дз: Нейросифилис поздний. Прогрессивный паралич. Получает специфическое лечение.

Выводы.

1. Во всех приведённых случаях длительность заболевания до установления диагноза и начала адекватной терапии составила от нескольких месяцев до года. Всё это время либо не проводилось серологическое обследование, либо по поводу положительных серореакций назначалось неадекватное лечение, без исследования ликвора.

2. Общее для всех случаев также – это отсутствие эффекта от адекватной специфической терапии. Причина – в запоздалом установлении диагноза и запоздалом лечении.

3. Все пациенты с психоневрологической симптоматикой должны без промедления проходить серологическое обследование на сифилис и при выявлении серопозитивности – ликворологическое обследование на нейросифилис.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В МОСКВЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ ЛЕТ

*Лушашко О.В., Халдин А.А.*

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

Актуальность. Заболевания, ассоциированные с вирусами папилломы человека (ВПЧ), привлекают внимание медицинского сообщества по всему миру. Это связано с ростом заболеваемости папилломавирусной инфекцией, разнообразной локализацией поражений, доказанной онкогенностью ВПЧ. По данным ВОЗ, 50-80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 1-2% из них имеют клинические проявления. Аногенитальные бородавки – доброкачественные эпителиальные новообразования, которые более чем в 90% случаев связаны с ВПЧ 6 и ВПЧ 11. Было доказано, что в 19-44% случаев аногенитальных бородавок обнаруживается коинфекция 6 и 11 типов ВПЧ с типами высокого и среднего онкогенного риска.

Цель. Описать заболеваемость аногенитальными бородавками в Москве за последние шесть лет.

Материалы и методы исследования: Использовались статистические данные МНПЦДК ДЗМ из отчётных форм, включающих диагнозы аногенитальные бородавки (новые и повторные случаи) среди пациентов обоих полов четырёх возрастных групп (0-17, 18-29, 30-39, 40 лет и старше) за период с 2012 по 2017 г. в Москве.

Результаты. Заболеваемость аногенитальными бородавками (в целом, мужчины и женщины, всех возрастов) составляла от 33,4 до 44,7 на 100 000 населения, в среднем 38,2 на 100 000. Наибольшая доля случаев приходится на возрастную группу 18-29 лет – от 55,3% до 64,4%. Далее по убыванию: 30-39 лет (от 18,1% до 28,8%); старше 40 лет (от 11,6% до 14,1%); 0-17 лет (от 3,1% до 5,7%). При этом заболеваемость за этот период в возрастной группе 18-39 лет составляла от 80,7 до 104,4 на 100 000, в среднем 88,5 на 100 000. Заболеваемость среди мужчин (в возрасте 18-39 лет) составила от 50,2 до 63,3 на 100 000, в среднем 57,4 на 100 000 и среди женщин (в возрасте 18-39 лет) от 97,6 до 148,4 на 100 000, в среднем 118,6 на 100 000.

Выводы. В Москве аногенитальные бородавки широко распространенное заболевание среди пациентов всех возрастных групп, с наибольшими значениями заболеваемости среди женщин 18-39 лет, что является основанием для дальнейшего изучения данной проблемы.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

*Лушашко О.В., Халдин А.А., Ким Д.Г.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр вирусной патологии кожи, Москва*

Бородавки – доброкачественные пролифераты кожи и слизистых оболочек, вызываемые инфицированием вирусами папилломы. Эти вирусы не вызывают острых симптомов, но приводят к медленному очаговому увеличению количества эпителиальных клеток. В течение длительного времени они могут сохранять субклиническое течение либо могут вырастать в крупные новообразования, которые сохраняются месяцы и даже годы, причиняя пациенту дискомфорт. Цель: оценить эффективность интерферонов в комплексном лечении и профилактике рецидивов бородавок у детей и подростков.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 30 человек: 17 женского, 13 мужского пола в возрасте от 1 до 17 лет с диагнозом вирусные бородавки, локализация высыпаний кисти и стопы. Всем пациентам проводилось удаление бородавок жидким азотом с последующим назначением препаратов интерферонового ряда (интерферон альфа-2b) в виде свечей ректально на 10 дней по три курса с перерывом в 10 дней сразу после удаления и мази наружно 2 раза в день в течение одного месяца. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение 1 года.

Результаты: за год наблюдения были отмечены рецидивы всего у 2 пациентов через 4 месяца и через 7 месяцев от проведенного лечения.

Вывод: препараты интерферонового ряда в комплексной терапии вирусных бородавок у детей дают положительные результаты и что очень важно значительно снижают частоту рецидивов.

## ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У МУЖЧИН ИЗ СЕМЕЙНЫХ ПАР

*Лысенко О.В., Троянова А.В.*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) – одна из самых распространенных вирусных инфекций. Ее штаммы с высоким онкогенным риском в настоящее время привлекают к себе значительное внимание. Их частота и клинические проявления хорошо изучены у женщин, но редко описываются у мужчин. Одной из причин недостаточного к ним внимания может быть скрытый, субклинический характер течения инфекции, когда патологические из-



менения присутствуют и располагаются в толще эпителия, однако визуализировать их невооруженным глазом бывает невозможно. Мужчина при этом является источником инфекции для партнера и остается в зоне риска малигнизации процесса.

Цель работы заключалась в определении частоты инфицирования и описании клинических проявлений ПВИ у мужчин из супружеских пар с инфицированной партнершей.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 38 супружеских пар, продолжавших непрерывную половую жизнь не менее 3 лет, в которых носителями онкогенных типов ВПЧ были партнерши. ДНК онкогенных штаммов ВПЧ в исследуемых образцах обнаруживали методом ПЦР в режиме «реального времени». Изучение клинических проявлений ПВИ, вызванной онкогенными типами ВПЧ у мужчин кроме визуального осмотра аногенитальной области, кожи тела, головки полового органа и губок уретры включало простую и расширенную пенископию кожи головки и венечной борозды. Статистический анализ данных проводили, используя программу Statistica for Windows 6.0.

Результаты. ВПЧ онкогенного риска были выявлены у всех супругов инфицированных женщин, причем генотипы совпали у 18 из 38 супружеских пар (47,37%). Количество типов вирусов, обнаруживаемых у женщин, было более значительным и составило в среднем 2,13, в то время как у мужчин – 1,68. У женщин из супружеских пар наиболее часто выявлялся ВПЧ 16 типа (42,11%), ВПЧ 51 типа обнаруживался в 28,95% случаев. Среди мужчин наиболее распространенным был 16 генотип ВПЧ, обнаруживаемый в 28,95% случаев, с частотой 21,05% встречались генотипы 31 и 52. При стандартном визуальном осмотре ни у одного из мужчин патологии выявлено не было. После применения пенископии у 13 (31,6%) пациентов визуализировались те или иные клинические манифестации. Так, у 8 из них выявлялись плоские участки тонкого ацетобелого эпителия с неровными, нечеткими краями, у 3 – ограниченные жемчужные папулы в области венечной борозды и в 2 случаях – в области головки полового члена. При такой субклинической форме инфекции наиболее часто определяемым генотипом ВПЧ был 31, выявленный у 9 человек, в то время, как 16 генотип – только у 4.

Выводы: 1. Инфицированность онкогенными типами ВПЧ половых партнеров в супружеских парах, продолжавших непрерывную половую жизнь не менее 3 лет, является 100%. 2. Наиболее частыми генотипами ВПЧ в этой ситуации являются ВПЧ 16, 31 и 52. 3. При использовании пенископии субклинические изменения ПВИ обнаруживаются у 31,6% обследованных.

## КОЖА В ЗЕРКАЛЕ СТРЕССА. МОГУТ ЛИ ПРЕПАРАТЫ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ВОССТАНОВИТЬ ЗАЩИТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ?

Ляшенко Ю.С.

«Фитоджен» Санкт-Петербург, Медицинский центр Gsmед, Санкт-Петербург

Ежедневно, порой не замечая, мы подвергаемся различным факторам стресса. Стресс является неспецифической реакцией организма на кратковременное или длительное воздействие различных повреждающих факторов, угрожающих постоянству его внутренней среды. Эта реакция

сопровождается физиологическими изменениями с участием эндокринной системы – гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, реакцией симпатического отдела вегетативной нервной системы. Все это влияет на функции кожных покровов. В целостном организме его общее стрессовое состояние измеряется физиологическими реакциями нервной, эндокринной, иммунной, сосудистой систем, которые не могут не затрагивать непосредственно кожные покровы как орган. В результате на коже могут появляться высыпания различного характера, обусловленные снижением иммунитета и ослаблением ее барьерной функции, инфекционно-аллергические острые воспалительные процессы, хронические дерматозы, выпадение волос.

Какие самые частые причины стресса?

Стресс характеризуется развитием общего адаптационного синдрома – это неспецифические изменения функционирования нервной и эндокринной систем, направленные на обеспечение сохранения внутренней среды (гомеостаза) организма. В своем развитии он проходит три стадии: – фазу мобилизации, – фазу резистентности, – фазу декомпенсации. Воздействие стрессорных факторов приводит к разрушению факторов защиты, результатом чего является обезвоживание кожи при стрессе. В современной дерматологии различают два основных вида стресса, оказывающих негативное влияние:

Окислительный, или «физический».

Психологический, или нервный.

Внезапный, острый нервно-психический фактор приводит к реакции эндокринной системы. Железами внутренней секреции в кровь выделяется значительное количество биологически активных веществ – стрессовых гормонов, в первую очередь адреналина и норадреналина (секретируются корой надпочечников). Надпочечники также продуцируют глюкокортикоид кортизол, который, кроме антистрессового действия, приводит к различным изменениям со стороны кожи. Как гормоны стресса действуют на кожу? Как выстроить адекватную, щадящую анти-эйдж программу для пациентов с различными морфотипами старения в период острого или хронического стресса? Что может в терапии данного состояния гиалуроновая кислота?

## ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО СНЯТИЮ С УЧЕТА БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ – 35 ЛЕТ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кузнецов Д.В., Колесова О.П., Сафина В.П., Стороженко О.А  
Городской центр по снятию с учета больных сифилисом филиала «Клиника им. В.Г. Короленко», Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Городской центр по снятию с учета (ГЦСУ) организован в 1983 году приказом Департамента здравоохранения города Москвы на базе ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко для комиссионного осмотра смежными специалистами (невролог, окулист, терапевт, ЛОР) больных, перенесших сифилис, перед снятием с учета. Информация о пациентах заносилась в журналы, справки о снятии с учета направлялись в КВД.

В 2003 году в ГЦСУ была разработана первая электронная база, позволяющая систематизировать и сохранять

информацию о снятии с учета в электронном виде. С течением времени база неоднократно усовершенствовалась и изменялась в зависимости от появления новых задач у ГЦСУ.

С 2006 года, в связи с введением новых серологических тестов для диагностики сифилиса, значительным увеличением пациентов поздними формами сифилиса, необходимостью консультативной помощи практическому здравоохранению, функции ГЦСУ существенно расширились. Основными задачами ГЦСУ в настоящее время являются снятие с учета больных перенесших сифилис и ведение электронной базы снятия с учета, консультирование пациентов с различными формами сифилиса, отбор пациентов для проведения диагностической и контрольной спинномозговой пункции.

С 2003 по 2017 год включительно в электронную базу снятия с учета внесены 28 856 пациентов по годам снятия с учета. В случае необходимости информация о перенесенном сифилисе этими пациентами может быть использована для уточнения диагноза, определения тактики ведения пациента. Любому пациенту, внесенному в базу, может быть выдан документ о снятии с учета после перенесенного сифилиса. Нередко хранящаяся в базе ГЦСУ информация о перенесенном сифилисе, является единственной.

С 2006 года количество проконсультированных в ГЦСУ пациентов выросло с 69 человек в 2006 году, до 2931 человек в 2017 году. Среди направляемых на консультацию в ГЦСУ пациенты с серорезистентностью, поздними формами сифилиса, нейросифилисом, кардиоваскулярным сифилисом, БЛПР, беременные и перенесшие сифилис в прошлом.

С 2010 года в ГЦСУ организовано и осуществляется дообследование и отбор пациентов для проведения спинномозговых пункций для исключения нейросифилиса. С 2010 по 2017 ГЦСУ направлено на спинномозговые пункции 1686 пациентов.

Вся деятельность ГЦСУ направлена на оказание диагностической и консультативной помощи практическому здравоохранению в разделе «Сифилидология».

## **ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ, ПРИЧИНА ИЛИ СЛЕДСТВИЕ?**

*Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.,  
Зелтынь-Абрамов Е.М., Усатюк С.С.  
Городская клиническая больница №52, Москва*

Кожные заболевания часто сопровождают и осложняют течение хронической болезни почек вне зависимости от ее этиологической принадлежности. Сложность и отсутствие однозначных данных об этиопатогенезе ряда кожных заболеваний часто ставит перед клиницистами многопрофильного стационара вопрос: каковы причины частого сосуществования тяжелой патологии внутренних органов с поражением кожного покрова. В этой связи интерес представляет клиническое наблюдение: пациент М. 64 лет поступил в нефрологическое отделение ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» г. Москвы в связи с развитием нефротического и нефритического синдромов, нарастающей азотемией. В анамнезе – более 20 лет страдает IgA-нефропатией. Диагноз установлен после нефробиопсии, в течение 15 лет получал патогенетическую терапию метипредом. Последние несколько лет самостоятельно

прекратил прием метипреда, перестал проходить плановый нефрологический осмотр. Других заболеваний не отмечается. Аллергологический анамнез без особенностей. Настоящее ухудшение состояния дебютировало с появления распространенного кожного процесса, в виде образования сливных эритематозных пятен, буллезных элементов, эрозий, геморрагических корочек на месте вскрывшихся пузырей. На догоспитальном этапе однозначно идентифицировать кожный процесс не удалось, однако в процессе амбулаторного обследования в анализе мочи протеинурия, гематурия и биохимические сдвиги – азотемия, по результатам анализов пациент был госпитализирован в нефрологическое отделение больницы, где был осмотрен дерматологом и высказано предположение о наличии у пациента дерматита Дюринга. Для уточнения диагноза была проведена биопсия кожи и исследование содержимого булл, по результатам которых диагноз дерматита Дюринга был верифицирован. В биохимическом анализе крови катионный белок >200 нг/мл (норма до 24,0). В содержимом пузыре значительное количество эозинофилов, отложение IgA в сосочках дерма (метод прямой иммунофлюоресценции). Была возобновлена патогенетическая терапия метипредом, через 2 недели отмечен практически полный регресс кожного процесса и нормализация данных лабораторных показателей. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Представленный случай интересен своеобразным дебютом обострения заболевания почек: в начале появился распространенный кожный процесс и лишь потом присоединились лабораторные данные, определяющие обострение гломерулонефрита. Интерес данного случая так же заключается в том, что пациент ранее не страдал кожными и аллергическими заболеваниями и не отмечал глютенную непереносимость. Таким образом, можно предположить, что дерматит Дюринга в данном случае явился пусковым фактором в декомпенсации аутоиммунного заболевания почек. Вопрос, вынесенный в заголовок, не имеет однозначного ответа, все решается в каждом конкретном случае междисциплинарного взаимодействия.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЕРАТОДЕРМИИ С ПРОСВЕЧИВАЮЩИМИ ПАПУЛАМИ**

*Маляренко Е.Н., Моднова А.Г., Максимова М.В.,  
Лыткина Е.А.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Москва*

Кератодермия – группа дерматозов с нарушением ороговения преимущественно в области ладоней и подошв. Выделяют две основные подгруппы кератодермий: диффузные, для которых характерно сплошное поражение кожи ладоней и подошв; очаговые, при которых участки избыточного ороговения располагаются островками, линейно, точно, но не захватывают диффузно кожу ладоней и подошв.

Ладонно-подошвенные кератодермии могут быть наследственными или приобретенными. Приобретенные ЛПК образуются в результате длительного течения хронических кожных заболеваний: псориаз, экзема, красный плоский лишай. Наследственные кератодермии являются группой редких заболеваний, могут встречаться изолированно или ассоциироваться с другими системными ано-

малиями, такими как кардиомиопатия, нарушение слуха, невропатии. Механизмы генетически обусловленных кератодермий связаны с дефектами в структуре кератиноцитов, десмосомальных белков, коннектинах (белках щелевого контакта).

Под нашим наблюдением находилась пациентка А. 51 год. Обратилась в клинику с жалобами на высыпания на коже ладоней и подошв в течение 2 лет, самостоятельно не лечилась. Из сопутствующих заболеваний: гипотиреоз, постоянно принимает L-тироксин по 50 мкг/сут. Наследственность: неотягощена. St.localis: патологический процесс носит хронический характер. На коже ладоней и подошв множественные папулы диаметром от 2 до 4 мм с гладкой просвечивающей поверхностью, в центре гиперкератотические пробки с некоторым западением в центре. Потоотделение не нарушено. Периферические ЛУ не увеличены. Дермографизм смешанный. Обследования: РМП – антитела к Tg.pallidum не обнаружены. ОАК, ОАМ – показатели в норме. Диагноз: «Кератодермия с просвечивающими папулами». Рекомендовано: 15% крем с мочевиной 2 раза в день, длительно. Представленный случай демонстрирует редкое заболевание, на которое следует обратить внимание практикующим врачам.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКРОСПОРИЕЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВАО

*Маляренко Е.Н., Лыткина Е.А., Максимова М.В.,  
Рогозин Е.В., Сакания Л.Р.*

*Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Москва*

Большинство поверхностных микотических инфекций кожи человека обусловлены дерматофитами. Дети чаще страдают из-за различных предрасполагающих факторов, особенно в период каникул. Одним из наиболее распространенных дерматофитов является *Microsporum canis*.

*Microsporum canis* – это дерматофитный гриб, у которого кошки и собаки признаны естественными хозяевами. *M. canis* легко передается людям от пораженных животных, вызывая поражения гладкой кожи и волосистой части головы. От человека к человеку *Microsporum canis* передается при тесном бытовом контакте, в школах и при занятии в различных спортивных секциях.

*Microsporum canis* является наиболее распространенным грибом, вызывающим поражения гладкой кожи и волосистой части головы в Европе, особенно в Средиземноморском регионе и Южной и Центральной Европе.

В МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко» за 2017 год было зарегистрировано всего 341 случай с диагнозом микроспория. При этом поражение волосистой части головы наблюдалось у 34 пациентов, гладкой кожи у 307. Детей от 0 до 15 лет с микроспорией волосистой части головы за 2017г. было 30 человек, с поражением гладкой кожи – 180. Пик заболеваемости наблюдался в августе-сентябре и январе. На этот период приходится 43% заболевших от общего числа заболевших за год.

Выводы. Для снижения частоты заболеваемости дерматофитами необходимо проводить профилактические беседы с детьми школьного и дошкольного возраста. Разъяснять им о возможности заболеть при контакте с бездомными животными.

## ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ГЕРПЕСВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ЧЕЛОВЕКА

*Марданлы С.Г., Марданлы С.С.*

*Государственный гуманитарно-технологический университет, Орехово-Зуево, ЭКОлаб, Электрогорск*

Существование бессимптомных клинических форм герпесвирусных инфекций человека и невозможность этиологической диагностики манифестных форм только по их клиническим проявлениям определяют клиническое значение современных лабораторных исследований для установления правильного диагноза в каждом клиническом случае. При этом данные официального учета заболеваемости герпесвирусными инфекциями не отражают их реального распространения среди населения, что затрудняет своевременное принятие управленческих решений для проведения адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий. Необходимо совершенствовать систему эпидемиологического надзора за этими инфекциями путем организации эффективного мониторинга с использованием современных методов лабораторной диагностики.

Цель: разработка нового оригинального отечественного набора реагентов для одновременного дифференцированного определения антител к нескольким основным герпесвирусам человека.

Результаты исследования. В качестве основы нового отечественного теста была выбрана технология мультипараметрического исследования в линейном иммуноблоттинге (ЛИБ). Были разработаны: оригинальный формат имуносорбента в виде нитроцеллюлозной мембраны с нанесенными поперечными линиями антигенов 5 патогенов (HSV-1, -2, VZV, EBV, CMV) и необходимые для проведения исследования растворы реагентов (конъюгат, разводящий, субстратный и промывающий растворы, стоп-реагент). Доклинические испытания нового набора реагентов («Лайн-Блот ВГЧ-профиль») проведены на 127 сыворотках крови ВИЧ-инфицированных лиц (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»), 86 сыворотках крови беременных женщин (НИИ Защиты матери и ребенка, Москва), 105 сыворотках крови лиц, проходивших лечение или обследование (ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН), а также на образцах стандартизованных панелей, содержащих и не содержащих антитела к антигенам возбудителей герпесвирусных инфекций. Испытания показали высокую диагностическую информативность определения IgG (91,0-100%) и IgM (98,4-100%) с использованием нового набора реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль», что позволило представить к регистрации в Российской Федерации.

Заключение. Разработан оригинальный набор реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль», который позволяет в рамках одного лабораторного исследования достоверно определить состояние гуморального иммунитета пациента в отношении каждого из используемых специфических антигенов основных герпесвирусов человека (HSV-1, -2, VZV, EBV, CMV), а также оценивать давность инфицирования VZV и дифференцировать HSV-1 от HSV-2. Использование указанного исследования позволяет организовать мониторинг распространения герпесвирусных инфекций среди населения.



## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ИТРАКОНАЗОЛОМ ПРИ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Масиянская Т.Д., Жучков М.В., Сонин Д.Б.,  
Большакова Е.Е., Бубнова М.Н., Родионова С.А.  
Областной клинический кожно-венерологический  
диспансер, Рязань

**Введение.** В настоящее время, себорейный дерматит является одной из наиболее распространенных папуло-сквамозных дерматозов как среди взрослых, так и среди детей, в том числе в популяции ВИЧ-инфицированных пациентов. Возникая преимущественно на так называемых «себорейных» участках кожного покрова, данное заболевание чаще всего ассоциировано с пролиферацией *Malassezia furfur* и некоторых других микроорганизмов комменсалов. Прочие патогенетические факторы (воздействие некоторых лекарственных препаратов, аномалии нейротрансмиттеров, воздействие физических факторов и пр.), приводящие к развитию себорейного дерматита занимают меньшую роль в формировании болезни. Среди терапевтических модальностей, используемых для контроля при данном заболевании, одну из ведущих ролей занимают топические и пероральные антимикотические препараты. Пероральный итраконазол используется при себорейном дерматите у ВИЧ-инфицированных пациентов с себорейным дерматитом в стандартных терапевтических дозах.

**Цель.** Целью исследования было сравнение эффективности стандартного режима медикаментозной терапии пероральным итраконазолом и пульс-терапии этим препаратом.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 26 пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ). Средний возраст пациентов в исследовании составил 34,2±4,2 года. Критериями включения пациентов в исследование стали: наличие клинически однозначного себорейного дерматита, показатель числа CD4+ Т-лимфоцитов более 350 в мкл и показатель РНК ВИЧ менее 55 тыс. копий в мл на фоне АРВТ, анамнестическое отсутствие противогрибковой терапии ранее. Пациенты были разделены методом конвертов на две группы: в первую группу (n=13) вошли пациенты, которые получали стандартный режим монотерапии пероральным итраконазолом (100 мг 2 раза в день 7 дней). Во вторую группу вошли пациенты получавшие пульс терапию (200 мг 2 раза в день 7 дней). Эффективность медикаментозной терапии оценивалась клинически, в том числе с помощью визуально-аналоговой шкалы.

**Результаты.** В результате исследования была выявлена большая эффективность итраконазола в режиме пульс терапии. Во второй группе, доля пациентов, у которых к 10 дню от начала медикаментозной терапии отсутствовали клинические проявления заболевания, была на 19,4% больше, чем во второй. Переносимость пульс-терапии итраконазолом в обеих группах была сопоставимой. Увеличение уровня аминотрансфераз в венозной плазме у пациентов обеих групп было так же сопоставимо небольшим. **Обсуждение.** В результате исследования была показана высокая эффективность и безопасность пульс-терапии итраконазолом при себорейном дерматите у ВИЧ-инфицированных пациентов.

## ТЕПЛОВИДЕНИЕ И ОКТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Миropyчева А.М., Петрова Г.А., Колесов С.Н.,  
Копишинская С.В.

Приволжский исследовательский медицинский  
университет, Нижний Новгород

Дерматозы с линейным/сегментарным расположением высыпаний встречаются достаточно часто. Их этиология и патогенез в большинстве случаев остаются неясными, лечение малоэффективно. Линейное/сегментарное расположение сыпи позволяет предположить роль нарушений иннервации в развитии этих дерматозов, особенно с учетом того, что такое расположение сыпи в случае опоясывающего лишая свидетельствует о вовлеченности в патологический процесс периферической нервной системы.

**Цель исследования:** изучить возможность использования тепловидения и оптической когерентной томографии (ОКТ) в качестве дополнительных методов изучения состояния нервной системы при дерматозах с линейным/сегментарным расположением высыпаний.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 8 пациентов с линейным/сегментарным расположением высыпаний. У больных с атипичной лицевой болью с кожными проявлениями, с линейно расположенной блестящей склеродермией, с анетодермией эритематозной Ядассона, с витилиго с зостериформным расположением, с линейно расположенной гнездовой алопецией, с пустулезным паракератозом Hjorth-Sabouraud, с проявлениями тяжелого дисгидроза, с проявлениями язвенно-некротического васкулита с преимущественной линейной локализацией высыпаний на внутренней поверхности нижней трети голени и в области медиальных лодыжек при неврологическом обследовании был установлен диагноз неврологического заболевания (атипичная лицевая боль, ишалгия справа с вегетативно-трофическими нарушениями, вторичная сенсорная дистальная полиневропатия с легкой дизестезией, синдром гипервозбудимости, неврозоподобное состояние, ангиотрофоневроз на фоне негрубой аксоно-миелопатии сенсорных волокон нервов рук и начальных проявлений сахарного диабета, ангиотрофоневроз неясного генеза, моторно-сенсорно-вегетативная полиневропатия по смешанному типу соответственно). В 3 случаях диагноз неврологического заболевания был подтвержден результатами электронейромиографии (ЭНМГ). Осуществляли тепловизионное обследование участков в проекции высыпаний, симметричных участков и кистей с нагрузочной холодной пробой с использованием аппарата «Иртис» и прижизненное исследование морфологии кожи в очагах, рядом с очагами и симметричного участка с использованием оптического когерентного томографа (ОКТ) для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальная скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» (Россия).

**Результаты.** Изменения нативной тепловизионной картины в проекции высыпаний в виде регистрации термоасимметрии и перепада температур были выявлены у 1 пациента с проявлениями язвенно-некротического васкулита с клинически явными неврологическими расстройствами, подтвержденными данными ЭНМГ. Применение холодной пробы позволило выявить аналогичные изменения в очагах поражения еще у 3 больных с клинически явными

неврологических расстройствами, подтвержденными данными ЭНМГ в 1 случае (в 2 случаях ЭНМГ не проводилась). При исследовании в области кистей у 5 больных были выявлены признаки синдрома Рейно. При ОКТ-исследовании у больной с пустулезным паракератозом Hjorth-Sabougaud на фоне ангиотрофоневроза с негрубой аксономиелопатией сенсорных нервов рук были констатированы выраженные атрофические изменения кожи ладоней (значительное уменьшение толщины эпидермиса, числа потовых желез и выраженности эпидермальных отростков), более выраженные с одной стороны. У больной с тяжелым дисгидрозом с явлениями ангиотрофоневроза методом ОКТ были выявлены неравномерное истончение эпидермиса и изменение состояния потовых желез.

Выводы. Результаты проведенных исследований позволяют предположить участие неврогенных механизмов за счет расстройств нейротрофических процессов в развитии кожной патологии у данной группы больных.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У РАБОЧИХ ЗАВОДА ВТОРИЧНОЙ ЦВЕТНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ

Моисеева И.В.

*Мытищинский кожно-венерологический диспансер, Мытищи*

Цель настоящей работы заключалась в оценке дерматологической заболеваемости рабочих завода вторичной металлургии с учетом особенности клинических проявлений заболеваний, их зависимости от стажа и возраста по данным профилактических медицинских осмотров.

Анализ дерматологической заболеваемости производился в двух группах наблюдения: первая (основная) – рабочие металлургических цехов различных специальностей (аппаратчики в производстве драгоценных металлов, приемщики сырья и драгоценных металлов, плавильщики, а также укладчики-упаковщики порошков, готовой продукции, операторы, слесари-ремонтники), вторая группа (контрольная) – сотрудники заводоуправления, не имеющие непосредственного контакта с ведущими производственными факторами (86 человек). Общее число наблюдаемых в двух сформированных группах составило 367 человек, из них 155 женщин и 212 мужчин, в возрасте от 25 до 66 лет, с общим стажем работы от 2 до 36 лет. Анализ заболеваемости позволил прийти к выводу, что во второй (контрольной) группе кожными заболеваниями страдали 18,6% работающих, когда в первой группе (рабочие металлургических цехов) – 43,1%. Детализация структуры выявленной патологии кожи показала, что ведущие ранговые места занимают дерматит и экзема – 40,1% и микоз гладкой кожи и ногтевых пластин – 20,4%, далее следуют прочие заболевания кожи – 19,2%, дисгидроз – 16,8%, кератодермия – 3,5%. В возрасте до 29 лет было выявлено 9,8% случаев дерматологической заболеваемости, 30-39 лет показатель заболеваемости составил 18,7% случаев, от 40 до 49 лет – 29,6%. Данный показатель выше у лиц со стажем работы на предприятии, составляющем 15-24 лет. У работающих в возрасте от 50 лет и старше заболевания кожи встречались в 41,9% случаев. Отмечена тенденция роста дерматологической заболеваемости с увеличением рабочего стажа на заводе. Таким образом, дерматит и экзема являются ведущими формами кожных заболеваний у лиц, составляющих основную группу. Многие химические вещества (соли никеля, серебро и его соединения, оксиды

азота, золото-серебросодержащие растворы, сварочные аэрозоли, золото- и серебросодержащая, керамическая и органическая пыль) могут играть роль аллергенов. Развивающееся аллергическое состояние сохраняется длительное время, изменяется лишь его интенсивность, чем можно объяснить хроническое течение профессиональных экзем, характеризующихся полиморфизмом кожных высыпаний, длительным течением с частыми рецидивами. Следует отметить, что экзема чаще всего была выявлена в возрастных группах от 37 лет и старше, у женщин (58% случаев) чаще, чем у мужчин (42% случаев) и, в основном, со стажем работы от 7 до 18 лет. Экзема чаще регистрировалась у аппаратчиков, выполняющих профессиональные функции дробильщиков, расцевищиков и размольщиков металлургического сырья, а также наладчиков оборудования в цехах электролиза. Экзематозный процесс локализовался преимущественно на открытых участках кожного покрова (кисти рук, предплечья, локтевые сгибы). По морфологическим признакам на производстве экзема была представлена следующими формами: дисгидротическая (38,3%), гиперкератотическая (27,7%), пруригинозная (23,4%) и нуммулярная (10,6%). Отличительной особенностью патологии на данном производстве является длительное течение с обострениями и ремиссиями, а также выраженная резистентность к терапии.

Выводы. В структуре заболеваемости на металлургическом производстве заболевания кожи и подкожно жировой клетчатки по числу случаев занимают пятое ранговое место (8,9%) и третье по дням нетрудоспособности (17,5%). При этом, если у сотрудников непромышленной группы заболевания кожи и подкожно жировой клетчатки занимают от 0,9 до 3,2% случаев от общей заболеваемости, то у рабочих электролитических цехов – 13,4%. Формирование дерматологической заболеваемости на заводе происходит за счет экзем, контактно-аллергических дерматитов, дисгидрозов, кератодермий и микотической инфекции. При этом отмечен высокий удельный вес начальных проявлений профессиональных алергодерматозов, а кожные заболевания имеют ряд клинических особенностей: хронический торпидный характер течения с преобладанием локализованных очагов инфильтрации, лихенификации и шелушения кожи. При этом был отмечен контактный механизм возникновения (воздействие агрессивных факторов производственной среды) дерматологических заболеваний, в связи с чем, необходим комплекс лечебно-профилактических мероприятий для улучшения состояния кожных покровов рабочих электролитических цехов.

## ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ МОТИВАЦИИ ВРАЧЕЙ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ И БОЛЬНЫХ В ПЛАНЕ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП

*Монтес Россель К.В., Соколова А.П., Давиденко М.С.  
Медицинский институт усовершенствования  
врачей, Московский государственный  
университет пищевых производств, Российская  
академия народного хозяйства и государственной  
службы при Президенте РФ, Москва*

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) является одним из приоритетов государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» и законодательно закреплено в Концепции долгосрочного социально-экономическо-

го развития РФ на период до 2020 года. В комплексном плане Минздрава РФ на 2016-2021 гг. сделан акцент на формирование у населения страны ответственного отношения к здоровью. Это, в первую очередь, касается изменения моделей поведения людей с фокусом на профилактику заболеваний [Яковлева И.В., 2016].

Не случайно появилось понятие "health communications" (коммуникации в сфере здравоохранения). Оно включает в себя исследование и практику распространения медико-санитарной информации с целью повлиять на личный выбор человека в плане отношения к своему здоровью путем повышения его санитарной грамотности [Friedrich B., 2011]. Человек должен четко усвоить, что он сам должен заботиться о своем здоровье, регулярно посещать врача не только при заболевании, но и с профилактической целью. "Health communications" предусматривают и изменение направленности профилактических мероприятий со стороны врачей, повышение их профессионального уровня в данном направлении и улучшение коммуникаций врач-больной [Яковлева И.В., 2016]. Здоровье напрямую связано с социально-экономической и политической структурой общества [Яковлева И.В., 2016]. Социологические исследования в области медицины свидетельствуют, что на 50-55% здоровье человека зависит от его образа жизни, доля влияния окружающей среды составляет 20%, генетического фактора – 18-20% и государственной системы здравоохранения – 8-10% [Юсупова Б.М.2011]. Профилактика заболеваний является приоритетным направлением, как для человека, так и для органов здравоохранения. Это, естественно, т.к. дешевле предотвратить заболевание или выявить его на ранней стадии, чем лечить.

Микозы стоп (МС) являются важной междисциплинарной проблемой. Без помощи смежных специалистов с данной проблемой справиться невозможно. При этом врач любой специальности должен мотивировать пациента на необходимость проведения лечения имеющегося у него МС, а больной должен захотеть сделать это.

Цель исследования – определить причины низкой мотивации больных и врачей в плане выявления, лечения и профилактики МС.

Материалы и методы исследования. Использованы данные литературных источников поисковых систем сети интернета Google Scholar, Cyberleninka, eLibrary, Sigla. Проведены личные беседы с заведующими отделениями и врачами соматических отделений многопрофильного лечебного учреждения.

Результаты собственных исследований. Причины низкой мотивации врачей и больных в плане лечения и профилактики МС нами условно подразделены на несколько групп.

1. Причины, зависящие от дерматологической службы. Это неполная регистрация больных МС; низкий уровень контроля за эффективностью лечения и диспансеризацией; недостаточная работа по активному выявлению МС среди населения; слабое взаимодействие с врачами смежных специальностей; недооценка роли микотической инфекции как важного триггерного фактора, отягощающего течения ряда заболеваний; формализм при выдаче справок об отсутствии МС для посещения бассейнов; недостаточная санитарно-просветительная работа по привитию населения навыков ЗОЖ.

2. Причины, связанные с отношением пациента к своему здоровью. Восприятие МС, в большинстве случаев, как косметического дефекта; позднее обращение за медицинской помощью; несоблюдение схем лечения при использовании антимикотиков; нежелание информировать врача о наличии МС; отсутствие профилактических навыков.

3. Объективные причины организационного плана для

врачей смежных специальностей. Отсутствие в большинстве больниц консультанта дерматолога. Определенные МЗ РФ сроки пребывания больного в стационаре – до 14 суток. За это время невозможно провести полноценное обследование и лечение больного на наличие непрофильной сопутствующей патологии. Акцент делается только на заболевания, указанные в направлении на госпитализацию. Невозможность проводить терапию МС из-за отсутствия антимикотических препаратов в соматических отделениях, т.к. они не входят в перечень лекарственных средств, входящий в стандарты лечения в данном отделении.

4. Причины, зависящие от уровня профессиональной подготовки врачей смежных специальностей. Недостаток знаний о МС. Недоучет роли микотической инфекции как важного триггерного фактора, отягощающего течения многих соматических заболеваний. Отсутствие настороженности возможного развития микоза или его обострения при назначении системных антибиотиков, стероидных гормонов, цитостатиков, гормональных контрацептивов. Отсутствие должного контроля за состоянием кожи стоп и ногтей у больных с выраженной иммуносупрессией (онкологическая патология, ВИЧ-инфекция, аутоиммунные заболевания различного генеза, врожденный и приобретенный иммунодефицит и т.п.).

Вывод. Включение данных положений в комплексные планы работы дерматовенерологической службы регионов РФ позволит повысить качество лечебно-профилактической работы по МС.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТА JANUS II ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ САЛЬНО-ВОЛОСЯНОГО АППАРАТА

*Мун А.В., Юсупова Ш.А., Исмоилова Ф.К.*

*Ташкентская медицинская академия, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент*

Акне является распространенным клинически полиморфным, этиологически мультифакториальным кожным заболеванием, которое оказывает значительное влияние на психосоциальные аспекты жизни человека. Наиболее распространенной формой акне являются вульгарные (юношеские) угри (*acne vulgaris*). Они развиваются у 80-90% подростков в пубертатном периоде, когда начинает активно синтезироваться большое количество андрогенов, стимулирующих образование кожного сала. У девочек заболевание обычно дебютирует в 12-14 лет, у мальчиков в 14-15 лет по причине их более позднего полового созревания. Проявление акне в старших возрастных группах классифицируется как поздние угри (*acne tarda*). Для оценки эффективности проводимой терапии возможно применение диагностического аппарата JANUS II, обладающего следующими преимуществами: наиболее точное определение степени увлажненности; размеров и количества расширенных пор; количества морщин; скрытой пигментации кожи и размеров пигментных пятен; скопления себума и порфирина; цвета и тона кожи лица.

Цель. Определение диагностической значимости аппарата JANUS II в эффективности терапии акне.

Материалы и методы исследования. С помощью диагностической платформы JANUS II производилась съемка лица в трех проекциях и трех спектрах: обычном, поляризованном и ультрафиолетовом, а также получались трехмерные снимки лиц. Было обследовано 23 больных с акне, в возрасте от 14 до 27 лет, распределение по полу имело следующую



щую пропорцию: мужчин 10 (43,4%), женщин – 13 (56,6%). Количество больных с легкой степенью тяжести акне составило – 8 (34,8%), со средней степенью – 13 (56,5%) и с тяжелой степенью – 2 (8,7%). Каждому больному проводились диагностические процедуры лица на аппарате до начала лечения и спустя 6 недель после начала терапии.

Результаты. Платформа диагностики лица JANUS II показала следующие результаты: – уровень салообразования до и после лечения в процентном соотношении; – размеры и количество расширенных пор в трехмерном изображении; – скопление себума и порфиринов в выводных протоках сальных желез.

Выводы: диагностический аппарат JANUS II дает возможность корректировать терапию и сравнивать данные до и после лечения, а также прогнозировать отдаленные результаты терапии посредством оценки жирности кожи и отложения порфиринов в выводных протоках сальных желез.

## ФРАКСЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ

*Номноева Т.Н., Байраммухаммедов Т.С.  
Центр инфекционных болезней, Центральный  
кожно-венерологический госпиталь,  
Туркменистан, Ашхабад*

Постакне называют комплекс дефектов кожи, остающихся после угревой болезни. От подростковой сыпи достаточно сложно избавиться, а шрамы, остающиеся после того, как болезнь отступила, к сожалению, сопровождают человека всю жизнь. Рубцы постакне формируются везде, где воспаление развивается достаточно глубоко, затрагивая нижний слой кожи – дерму.

Угри – это воспаление в волосяном фолликуле, который забит секретом кожных желез и в котором размножаются пропионбактерии. В результате выраженных воспалительных реакций процесс заканчивается формированием рубца – неправильно структурированной грубой соединительной тканью, которая заменяет нормальную кожу. Для разглаживания таких рубцов используют традиционные местнодействующие средства (мази, кремы), механическую дермabrasию (удаление верхнего слоя кожи) и лазерную шлифовку.

Любой из этих методов дает незначительный эффект. Поэтому с 2013 года в нашем госпитале дерматологии и венерологии используется новый метод лечения – фракционный фототермолиз Fraxel re:store (Solta Medical, USA). Особенностью его является сочетание в нем двух лазеров – эрбиевого (1550 нм) и тулиевого (1927 нм). Поэтому диапазон аппарата весьма широк и эффективен – лечение дисхромий кожи, рубцов, растяжек, морщин, себорейного и актинического кератоза, улучшение эластичности кожи и коррекция овала лица и шеи. Для удаления шрамов от акне используют энергию импульса 1550 нм. Сеансы проводятся 1 раз в 4-6 недель с применением анестезирующего геля Mezopomb. Суть лечебного воздействия фракционного фототермолиза заключается в термическом воздействии лазерных лучей в диаметре от 0,1 до 0,4 мм с глубиной проникновения до 0,4 до 1,4 мм. Лазерный луч разделяется на столбики и воздействует на дерму в виде «микроскопических лечебных зон» (МЛЗ). На курс лечения постакне необходимо от 4 до 6-8 сеансов фракселя. Лазерное воздействие удаляет микрочастицы ткани рубца, а на месте его попадания образуется нормально структурированная молодая ткань – неоколлагенез. Постепенно дно кратероо-

бразного рубца приподнимается и сливается с окружающей кожей. Выравнивается цвет и текстура кожи, суживаются расширенные поры кожи.

Учитывая вышеизложенное, Фраксел является наиболее эффективным методом удаления пятен и рубцов от перенесенных рубцов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Оганисян О.А., Бабаян К.Р., Шахвердян А.А.  
Ереванский государственный медицинский  
университет им. Мхитара Гераци, Научно-  
медицинский центр дерматологии и сексуально  
передаваемых инфекций, Москва*

Современные информационные технологии тесно переплетаются практически со всеми видами деятельности человека. В наше время телемедицина прочно вошла в систему здравоохранения и стала применяться в различных областях медицины. Наряду с диагностикой заболеваний, консилиумов больных специалистами, все глубже внедряется этот метод в процесс обучения как студентов и клинических ординаторов, так и при проведении циклов усовершенствования для врачей.

Одной из востребованных областей телемедицины, наряду с патоморфологией, радиологией, является дерматология, поскольку визуальное наблюдение при ведении пациентов с кожными и венерическими заболеваниями является одним из главных звеньев в практике дерматовенеролога. Многочисленные профессиональные и любительские сайты, представленные в интернете, дают возможность пациенту проконсультироваться со специалистами, получить определенную информацию об имеющемся недуге прежде, чем он лично обратится к семейному врачу либо дерматовенерологу.

Поскольку в Армении нет национального сервера дерматологии, наши врачи активно используют российский сервер «Дерматология в России [www.dermatology.ru](http://www.dermatology.ru)», который пользуется большой популярностью среди молодых специалистов, дает возможность более тесного сотрудничества с российскими коллегами. Меньше используются англоязычные ресурсы, такие как сайты Centers for Disease Control and Prevention, Medscape и др. К сожалению, пользование некоторыми сайтами неприемлемо, поскольку они требуют серьезную оплату, что затрудняет их применение, а в некоторых случаях препятствием служит языковой барьер. Между тем, создание похожего национального ресурса на языке той или иной страны СНГ, несомненно, улучшит качество оказываемой медицинской помощи.

Вместе с тем, для полноценного внедрения и применения теледерматологии существует ряд преград: дефицит специальной техники, отсутствие программного обеспечения и специально обученного медперсонала, несовершенство правовых, медицинских и технических нормативов. Поэтому связь с зарубежными дерматологическими центрами и ассоциациями ограничивается лишь возможностями личных контактов, хотя понятно, что широкое внедрение компонентов теледерматологии в практическую деятельность является принципиально важным.

Поэтому нами была предпринята попытка использовать имеющиеся скудные ресурсы, а так же накопленный опыт, на примере уже оправдавших себя проектов, внедрить элементы теледерматологии в повседневную работу дермато-

венеролога.

Для осуществления поставленной цели использовались бесплатные ресурсы информационных технологий, такие как социальные сети, мобильные приложения, электронная почта. Проводились обучающие семинары для молодых дерматовенерологов и врачей, проходивших курсы усовершенствования по специальности (теледерматология включена в программу подготовки клинических ординаторов).

Из многочисленных компонентов теледерматологии были внедрены следующие: подготовка больных к очному приему у дерматовенеролога, наблюдение за больными и контроль лечения амбулаторных больных, узкоспециализированная помощь врачам в отдаленных регионах республики, обеспечение непрерывного обучения, диспансерное наблюдение.

За год работы проекта консультировано более 6000 пациентов, используя социальные сети. Во время виртуальных общений обсуждались такие вопросы, как рациональный уход за кожей, вопросы деонтологии в дерматовенерологической практике, а также проведены беседы по поводу эпидемиологии СПИ и их профилактики. Консультации больных осуществлялись по следующей схеме: представлялись их жалобы, часто высылались фотографии кожных проявлений, иногда сообщалось мнение смежных специалистов. Дерматовенеролог составлял примерный план обследования с рекомендациями лабораторных исследований. Изредка предлагалось симптоматическое лечение в амбулаторных условиях. Такой вариант предпочитался при наличии у больных легких форм акне, дерматитов, некоторых форм грибковых поражений кожи и заболеваний, которые не требуют длительной и комплексной терапии. Вместе с тем теледерматология оправдала себя и при диспансерном наблюдении за больными хроническими дерматозами. Известно, что многие из них перестают обращаться к врачам по причине нехватки времени, отдаленности от медицинского учреждения т.д. Поэтому возможность использования информационных технологий, наряду с положительными результатами в деле своевременного обнаружения больных, а также широкие возможности дистанционного обучения могут служить основой для развития системы непрерывного образования врачей и среднего персонала медицинских учреждений республики.

## ИППП У МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МУЖЧИНАМИ

*Оганисян О.А., Акопян С.А., Шахвердян А.А., Бабалян К.Р.*

*Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци, Научно-медицинский центр дерматологии и сексуально передаваемых инфекций, Армения, Ереван*

При изучении распространенности ИППП в общей популяции, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ), занимают особое положение, формируя контингент в группах риска. Сложность определения принадлежности пациента к группе лиц, имеющих однополые контакты, затрудняет проведение полноценных обследований на наличие у них ИППП. Нами впервые в Армении проведена работа по изучению этого вопроса в рамках программы по профилактике ВИЧ и ИППП, предложенной Глобальным Фондом. На протяжении 2013-2017 гг. в г. Ереване и

прилежащих районах обследовано 1236 лиц, входящих в сообщество МСМ на наличие указанных инфекций. Было выявлено 598 случаев различных ИППП (517 больных, в том числе 110 со смешанными инфекциями), среди которых наиболее распространенным заболеванием являлся хламидиоз – 54,1%.

Социологический опрос МСМ показал, что факторами, повышающими риск заражения ИППП, являлись незащищенный половой контакт, многочисленные половые партнеры, в том числе и гетеросексуальные, ранее перенесенные ИППП, злоупотребление алкоголем или использование инъекционных наркотиков. Характерно, что более 2/3 больных ранее к врачам не обращались, не предъявляли жалоб и не предполагали у себя наличие того или иного заболевания. Диагностика ИППП, которая производилась с соблюдением правил анонимности, осуществлялась в рамках профилактического осмотра и необходимых лабораторных исследований, предусмотренных программой. Одним из основных причин не обращения пациентов к врачам была уверенность в том, что их идентификация как МСМ, будет воспринята отрицательно со стороны медперсонала. Имея в виду указанное, нами было организовано особое подразделение в НМЦ дерматологии и ИППП, где работали врачи, прошедшие специальную подготовку, имеющие достаточно знаний и навыков адекватного общения с МСМ группой. Доброжелательное отношение и правильный подход при ведении пациентов сделали возможным полноценную реализацию программы, а также проведение обследований и лечения не только самих пациентов, но и их половых партнеров. Накопленный опыт был обобщен и представлен в формате «Руководства по ведению больных ИППП в группах риска», опубликованном в республике в конце 2017 г.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В 2010–2017 ГОДАХ

*Панкратов О.В., Панкратов В.Г., Коваленко Е.В., Лебедевская А.А.*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный медицинский университет, Городской клинический кожно-венерологический диспансер, Минск*

В 1988 году в Республике Беларусь был зарегистрирован 1,4 случая сифилиса на 100 000 населения. Третья послепослевоенная волна заболеваемости сифилисом, начавшаяся в 1989-1990 гг., достигла пика в 1996 году (209,7 случаев на 100 000 населения) и должна была закончиться, по нашим расчетам, в 2012-2013 гг. Но этого не произошло.

Цель исследования: оценить эпидемиологическую ситуацию с заболеваемостью сифилисом в Беларуси в последние 8 лет и высказать прогноз её дальнейшего развития. Материалы и методы. Проведен анализ отчетной статистической документации по заболеваемости сифилисом в 2010-2017 гг. по материалам Минского городского и всех областных кожно-венерологических диспансеров Беларуси. Результаты и их обсуждение. В 2010 году кожно-венерологической службой Беларуси было зарегистрировано 12,0 случаев сифилиса на 100 000 населения с последующим ежегодным снижением этого показателя вплоть до 2016 года (6,0 случаев на 100 000 населения). В 2016 году

наиболее низкие показатели заболеваемости сифилисом отмечены в Гродненской области (2,7 сл./100 000), Брестской области (4,5 сл./100 000), в г. Минске (4,9 сл./100 000), а наиболее высокая – в Гомельской области (11,6 сл./100 000). В 2017 году произошёл рост заболеваемости сифилисом в Витебской области в 2,1 раза по сравнению с 2016 годом, небольшое повышение в Минской и Могилевской областях, что привело к росту среднереспубликанского показателя на 3,3 % (6,2 сл./100 000 населения). В период с 2010 по 2017 год заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь снизилась в 1,94 раза (с 12 до 6,2 случая на 100 000 населения.). Все эти годы соотношение мужчины: женщины было практически одинаковым – около 1:1, с небольшим преобладанием мужчин в отдельные годы. В 2010–2016 гг. наиболее высокая заболеваемость сифилисом имела место в возрастной группе 20–39 лет (от 52,2% до 62,0%), а в 2017 году удельный вес пациентов в возрасте 40 лет и старше составил 53,2%. В течение 8 последних лет наблюдается ежегодное снижение удельного веса манифестных форм сифилиса (первичного и вторичного) с 35,2% в 2010 г. до 11,6% в 2017 г., прежде всего за счёт первичного сифилиса (с 10,8% в 2010 г. до 2,6% в 2017 г.). Удельный вес скрытых и поздних форм сифилиса вырос с 65,7% в 2010 г. до 88,4% в 2017 г. Преобладание скрытых форм сифилиса снижает вероятность самостоятельного обращения заболевших за медицинской помощью – процент последних снизился с 6,1% в 2010 г. до 2,4% в 2017 г. На протяжении 7 последних лет в Республике Беларусь не зарегистрировано ни одного случая врожденного сифилиса, что подтверждено Сертификатом ВОЗ о валидации элиминации вертикальной передачи сифилиса от матери ребенку в Беларуси (07.06.2016 г.).

Прогноз. Если наблюдавшиеся в XX столетии подъёмы заболеваемости сифилисом на территории Республики Беларусь были связаны с войнами или большими социально-политическими катаклизмами (распад СССР в 1991 г.), то мирная, спокойная, вполне обеспеченная жизнь абсолютного большинства населения Беларуси позволяет предположить стабилизацию заболеваемости сифилисом в нашей стране в ближайшие годы на среднеевропейском уровне (4–6 сл./100 000 населения), а возможно и её дальнейшее снижение.

## **3D-ОКТ: ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВОЙ КОЖИ**

*Петрова Г.А., Петрова К.С., Немирова С.В.  
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Оптическая когерентная томография (ОКТ) – перспективный высокоразрешающий (10–20 мкм) неинвазивный метод визуализации структуры биотканей, приближающийся по информативности к методу традиционной эксцизионной биопсии, позволяющий получать информацию о морфологическом состоянии кожи в реальном времени. Метод аналогичен ультразвуку, но использует в качестве зондирующего излучения свет ближнего инфракрасного диапазона. Традиционные 2D-изображения представляют собой двумерные образы поперечного среза кожи на глубину до 2 мм, имеют ту же ориентацию, что и вертикальный гистологический срез, позволяют дифференцированно визуализировать вертикальные срезы рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочковый слой и верхнюю часть сетчатого слоя дермы, сосудов, придатков кожи, компонентов ногтевого

аппарата. Однако получение исчерпывающей информации при использовании 2D-ОКТ возможно лишь в результате изучения большого числа изображений вертикальных срезов в пределах исследуемого участка путем передвижении зонда в различных направлениях, что требует больших временных затрат. Новая модификация устройства обеспечивает получение 3D-изображений фрагмента кожи площадью 5x5 мм на глубину до 2 мм с возможностью изучения как самого реконструированного трехмерного изображения, так и произвольного числа срезов в пределах исследуемого не только в вертикальных (сагиттальной и фронтальной), но и в горизонтальной и любых других плоскостях. Однако, информативные возможности горизонтальных и объемных изображений пока не изучены.

Цель работы: изучить информативность горизонтальных срезов и реконструированного трехмерного 3D-ОКТ-изображения здоровой кожи.

Материалы и методы. Использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальную скоростную модификацию (92000 А-сканов в секунду), разработанную ООО «БиоМедТех» (Россия). Проводили исследование здоровой кожи различной анатомической принадлежности 15 здоровых добровольцев (7 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 34 до 60 лет.

Результаты. На уровне рогового слоя, ОКТ-изображение горизонтального среза характеризуется линейно ориентированными зонами сигнала слабой интенсивности с точечными зонами сигнала сильной интенсивности, соответствующими ороговевшей части выводных протоков потовых желез, разделенных узкими линейными зонами сигнала еще меньшей интенсивности, соответствующим бороздкам эпидермиса. На уровне клеточных слоев эпидермиса ОКТ-изображение горизонтального среза характеризуется линейными зонами сигнала средней или высокой интенсивности с точечными зонами сигнала низкой интенсивности (поперечные срезы протоков потовых желез), разделенными узкими полосовидными зонами сигнала низкой интенсивности, соответствующими бороздкам эпидермиса. На уровне зоны взаимного проникновения эпидермальных выростов и сосочков дермы ОКТ-изображение горизонтального среза характеризуется чередованием одинаковых по ширине линейных зон сигнала средней интенсивности и точечными зонами сигнала слабой интенсивности с нечеткими границами, соответствующих эпидермальным выростам с протоками потовых желез, и линейных зон сигнала слабой интенсивности, соответствующих поперечным срезам сосочков дермы. На уровне верхней части сетчатого слоя дермы изображение горизонтального среза характеризуется достаточно однородной зоной сигнала слабой интенсивности с беспорядочными включениями неправильной формы без четких границ сигнала средней интенсивности, очевидно соответствующими волокнистым структурам и другим структурам дермы, которые на этой глубине уже трудно дифференцируются. Произвольное вращение 3D-модели исследуемого фрагмента позволяет рассмотреть его с любого ракурса (снизу, сбоку, под любым углом), что позволяет выбрать наиболее информативный участок для получения прицельных горизонтальных и вертикальных срезов.

Выводы: 3D-ОКТ увеличивает информативность исследований за счет возможности дополнительного изучения изображений горизонтальных срезов исследуемого фрагмента кожи различных уровней и возможности выбора наиболее информативных участков для детального изучения.



## НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ КОЖИ

*Петрова К.С., Немирова С.В., Катиркина А.А., Новиков М.Ю.*

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

Поражения артериальных и венозных сосудов нижних конечностей могут сопровождаться клинически сходными изменениями кожи, которые требуют различного терапевтического подхода. Гистологические исследования для выявления характера сосудистых изменений, как правило, ассоциировано с высоким риском осложнений и неприемлемо для рутинной диагностики и наблюдения процесса в динамике.

Цель и задачи: изучить возможности использования оптической когерентной томографии (ОКТ) для прижизненного определения характера сосудистых изменений в коже при патологии периферических артериальных и венозных сосудов для выработки адекватной терапевтической тактики.

Материалы и методы. Проводили исследование кожи средней трети голени и тыльной поверхности стоп у пациентов с поражением сосудов различного генеза (облитерирующий атеросклероз, хроническая венозная недостаточность). В исследовании принимали участие 35 пациентов (17 мужчин и 18 женщин), средний возраст составил  $59,12 \pm 4,07$  года и 10 здоровых добровольцев. Использовали визуализатор топограф опико-когерентный ОКТ-1300 со следующими техническими характеристиками: центральная длина волны – 1300 нм, скорость сканирования – 92 кГц, глубина сканирования – 1,5 мм, продольное разрешение – 20 мкм, поперечное разрешение – 25 мкм, мощность излучения – на объекте -0,75 мВт (ниже допустимого уровня ANSI). Для объективизации степени васкуляризации кожи была использована программа RatioSquareMedicalImage (RSMI), которая позволила сформировать области анализа и рассчитать отношения площади произвольно выбранного объекта визуализации к площади зоны, заданной исследователем, вне зависимости от конфигурации изображения объекта. Обработку полученных ОКТ-изображений проводили с помощью программ HF\_OCTf\_512Cuda+ViewKub, HF\_OCTf\_Viewer.

Результаты. При хронической артериальной недостаточности в нижней части дермы визуализировались артериальные сосуды с утолщенной стенкой, при этом общая площадь поперечных срезов сосудов была снижена по сравнению с группой контроля, что было связано с уменьшением просвета сосудов. При хронической венозной недостаточности отмечали резкое увеличение общей площади сосудов и признаки выраженного отека, что было связано с явлениями флегмогипертензии. Выводы: метод ОКТ позволяет проводить дифференциальную диагностику хронической артериальной и венозной недостаточности и выбрать адекватную тактику терапии.

## ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТОПИЧЕСКИХ ВЕНОТОНИКОВ НА СОСУДЫ КОЖИ

*Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Миронычева А.М., Матвеев И.С.*

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород*

В патогенезе хронических заболеваний вен нижних конечностей наибольшее значение придается флегмогипер-

тензии и поддержанию хронического воспаления с патологическим ремоделированием сосудистой стенки и трофическими изменениями окружающих тканей, что наиболее ярко проявляется на уровне кожи голени и, частично, стопы. В связи с этим в комплексное лечение пациентов с хроническими заболеваниями вен, в т.ч. с венозной недостаточностью, прочно вошли ангиопротекторы, а именно биофлавоноиды, снижающие проницаемость капилляров. Механизм действия наиболее распространенных диосмин-содержащих препаратов ассоциирован с восстановлением эндотелия, стабилизацией мембран форменных элементов крови, купированием воспаления и отека, улучшением микроциркуляции, снижением гипоксии. Предполагается, что адекватно подобранное топическое венотоническое средство способно оказать положительное влияние на качественные характеристики кожи, что ведет к уменьшению количества микротравм, которые могут служить входными воротами для инфекционных агентов. Однако четкие доказательства эффективности препаратов на морфологическом уровне *in vivo* отсутствуют.

Цель и задачи исследования. Оценить влияние диосмин-содержащего топического препарата на микроциркуляторное русло кожи, а также на ее качественные характеристики при помощи трехмерной оптической когерентной томографии (3D-ОКТ).

Материалы и методы. Получена серия из 200 ОКТ-изображений передней поверхности голени (20 объектов), произведенных до нанесения препарата топического диосмин-содержащего препарата (крем-гель для ног) (базовая серия), непосредственно после нанесения (первая серия), через 30 минут после нанесения (вторая серия), через 60 минут после нанесения (третья серия) и через 1 неделю ежедневного применения (четвертая серия). Исследование выполнялось с помощью скоростной модификации оптического когерентного топографа для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (92000 А-сканов в секунду), снабженной специализированным зондом для исследования наружных биотканей с 3D-моделированием оптических «срезов» и имеющей следующие технические характеристики: длина волны излучения 1300 нм, мощность излучения на объекте 0,75 мВт (ниже уровня, допустимого по стандарту ANSI), пространственное излучение – 8-20 мкм, глубина сканирования – до 2 мм, площадь сканирования 5x5 мм, время получения изображения – 20 секунд. Обработку данных проводили с помощью программ HF\_OCTf\_512Cuda+ViewKub, HF\_OCTf\_Viewer, RatioSquareMedicalImage.

Результат. При сравнении ОКТ-изображений было установлено, что имеется отчетливая тенденция к прогрессивному снижению общей площади областей низкой интенсивности сигнала, соответствующих просветам сосудистых образований (от 5,84%), с момента нанесения крем-геля, через 30 и 60 минут после него, когда показатель достигает минимума (2,63%). Что подтверждает снижение уровня флегмогипертензии в течение часа после применения препарата. Через неделю ежедневного применения препарата сохраняется положительная динамика, с параметрами суммарных площадей, в среднем аналогичным таковым 30 минуте применения препарата. Также выявлено достоверное увеличение глубины полезного сигнала в среднем с 124 до 135,65 единиц, и небольшого, но достоверно визуализируемого уменьшения толщины 2 оптического слоя, соответствующего клеточным слоям эпидермиса при отсутствии изменений толщины 1 оптического слоя (роговой слой эпидермиса). Эти изменения связаны с уменьшением отека кожи на фоне применения топического ангиопротектора.

Выводы. На основании данных динамической ОКТ показана эффективность систематического применения топических диосмин-содержащих ангиопротекторов с четкими признаками снижения отежных явлений и флебогипертензии.

## АНАЛИЗ СПЕКТРА АЛЛЕРГОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГОЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М.  
Научно-исследовательский институт вакцин и  
сывороток им. И.И. Мечникова, Москва*

В последние годы наблюдается значительный рост числа больных с одновременной сочетанной сенсибилизацией к различным видам аллергенов. Домашняя пыль, наряду с клещевыми аллергенами семейства Pyroglyphidae *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der.p) и *Dermatophagoides farinae* (Der.f), содержит большой спектр грибковых, эпидермальных, бактериальных аллергенов, которые, в отличие от пыльцевых аллергенов, постоянно присутствуют в жилище человека. Последнее является причиной хронизации процесса у пациентов с аллергопатологией. Для диагностики сенсибилизации к различным видам аллергенов используют метод RIDA AllergyScreen, предназначенный для количественного определения специфических IgE-антител в сыворотке крови человека.

Цель исследования. Анализ частоты встречаемости и структуры сочетанной аллергочувствительности у пациентов с клещевой, грибковой, эпидермальной сенсибилизацией.

Задачи. Выявить особенности сочетанной сенсибилизации к данным видам аллергенов у пациентов Москвы и Московской области в период с 2009 по 2017 год.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen анализировали сыворотки пациентов, с выявленной сенсибилизацией к Der.p и/или Der.f. Математическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического анализа с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel версия 2010. Диагностическая панель, на которой проводили исследование сывороток, включала клещевые аллергены Der.p и Der.f, спектр эпидермальных аллергенов (кошка, лошадь, собака, морская свинка, хомячек, кролик), грибковых (*Penicillium notatum*, *Cladospor. herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria alternata*) и пыльцевых аллергенов.

Результаты. Исследовано 504 сыворотки пациентов с клещевой сенсибилизацией. Из них у 441 пациента (87,5%) отмечали одновременную сочетанную сенсибилизацию к клещевым и иным аллергенам, входящим в диагностическую панель. Так сенсибилизация к эпидермальным аллергенам выявлена у 284 человек (56,3%), причем наиболее высокий процент наблюдается на аллерген из шерсти кошки (239 чел.; 47,4%). Сенсибилизация к аллергенам плесневых грибов составила 33,9% (171 чел.). Согласно данным литературы плесневые грибы *Alternaria alternata* широко распространены в домашней пыли и нередко являются причиной аллергических реакций. Наши исследования выявили 25,4% пациентов (128 чел.), сенсибилизированных к грибам *Alternaria alternata*.

Выводы: 1. Сенсибилизация к домашним пылевым клещам часто сочетается с аллергочувствительностью к эпидермальным аллергенам. Примечательно, что аллергия на кошку встречается почти у каждого второго пациента, сенсибилизированного к клещам домашней пыли. 2. Грибковые аллергены в 1,6 раз реже бывают причиной аллергопатологии у данной группы больных. У каждого четвертого

пациента, сенсибилизированного к Der.p и Der.f, имеется аллергическая реакция на плесневые грибы *Alternaria alternata* 3. На современном этапе выявление и анализ встречаемости поли- и моновалентной сенсибилизации, а также определение основного спектра причинно-значимых аллергенов позволит не только правильно выбрать тактику лечения, но и поможет в создании новых результативных лечебных микст-аллергенов.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К КЛЕЩАМ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ

*Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М.  
Научно-исследовательский институт вакцин и  
сывороток им. И.И. Мечникова, Москва*

По всему миру отмечается неуклонный рост аллергических заболеваний. В структуре аллергопатологии особое место занимают заболевания, в основе возникновения которых лежит реакция гиперчувствительности немедленного типа, сопровождающаяся образованием специфических IgE к различным видам антигенов (аллергенов). Большое значение в развитии сенсибилизации у пациентов играют клещи домашней пыли: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der.p) и *Dermatophagoides farinae* (Der.f). К одним из наиболее точных методов диагностики пациентов с данной сенсибилизацией относится метод RIDA AllergyScreen, предназначенный для количественного определения специфических IgE-антител в сыворотке крови человека.

Цель исследования. Анализ частоты встречаемости сенсибилизации к клещам домашней пыли Der.p и Der.f среди пациентов, страдающих аллергозаболеваниями.

Задачи. Выявить особенности сенсибилизации к клещам Der.p и Der.f в период с 2009 по 2017 год у пациентов Московской области, страдающих аллергическими заболеваниями.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen анализировали сыворотки пациентов, обратившихся в консультативно поликлиническое отделение ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова. Математическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического анализа с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel версия 2010. Диагностические панели, на которых проводили исследование сывороток, помимо аллергенов Der.p и Der.f, включали широкий спектр эпидермальных, грибковых, пыльцевых и других видов аллергенов.

Результаты и обсуждение. Исследовано 4081 сыворотка пациентов. Клещевая сенсибилизация выявлена у 570 человек, что составляет 14,0% от всех обследованных. Из них сенсибилизация к двум видам клещей Der.p и Der.f обнаружена у 347 пациентов, что составляет 60,9%. Клещевая сенсибилизация к одному из данных видов выявлена у 223 человек (39,1%), причем частота сенсибилизации к Der.p (171; 30,0%) превышала частоту сенсибилизации к Der.f (52; 9,1%). Нами показано, что среди сывороток с клещевой сенсибилизацией (240; 42,1%) были с высоким титром специфических IgE-антител третьего класса и выше. Необходимо отметить, что у 500 пациентов (87,7%) выявили сочетанную сенсибилизацию к бытовым, эпидермальным, пыльцевым и грибковым видам аллергенов. Моновалентная сенсибилизация к клещам сем. Pyroglyphidae обнаружена у 70 пациентов (12,3%).

Выводы. 1. Высокий процент клещевой сенсибилизации подтверждает факт, что клещи домашней пыли Der.p и

Der.f по-прежнему являются одной из причин возникновения аллергических заболеваний. Кроме того, клещевая сенсибилизация свидетельствует о возможном присутствии этих видов клещей в акарофауне жилищ пациентов Москвы и Московской области. 2. Сенсибилизация сразу к двум видам клещей встречается чаще в 1,6 раз, чем к одному из видов, что объясняется высокой гомологией главных клещевых аллергенов, и, следовательно, их значительной перекрёстной реактивностью. 3. Показано, что в данной выборке пациентов клещи Der.p в 3,3 раза чаще являются причиной аллергии в сравнении с Der.f. 4. Выявление поли- и моновалентной сенсибилизации и определение спектра аллергенов позволит правильно выбрать тактику лечения и увеличить результативность специфической иммунотерапии.

## АМИЛОИДОЗ – РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ

*Плиева К.Т., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Чепрасова А.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва*

Амилоидоз – это группа заболеваний, имеющих разнообразные клинические проявления и характеризующиеся отложением во внеклеточном матриксе различных органов и тканей низкомолекулярных нерастворимых фибриллярных белков.

Амилоидоз кожи – внеклеточный диспротеиноз. Характеризуется отложением в тканях амилоида и сопровождается атрофией паренхимы, склерозом и функциональной недостаточностью тканей. Специфических лабораторных изменений при амилоидозе нет. Однако для больных характерно наличие:

- значительно повышенной СОЭ (50-70 мм/ч);
- анемии (в ряде случаев отмечаются тромбоцитоз, гиперфибриногенемия).

Применяют также специальные пробы на амилоид (с конгорот, метиленовой синью, которые в норме изменяют окраску мочи, тогда как у больных они фиксируются амилоидом и выводятся с мочой в минимальных количествах), и электрофоретическое исследование белков мочи.

Достоверная диагностика амилоидоза требует выявления амилоида в биоптатах пораженных тканей после специального окрашивания конго красный (прежде всего почки, затем слизистой оболочки прямой кишки, реже ткани десны). Электрофорез и иммуноэлектрофорез сыворотки крови и мочи помогают в определении парапротеинов. Аспирация абдоминальной жировой ткани или биопсия слизистой оболочки прямой кишки выявляют амилоидные фибриллы. Морфологическое подтверждение необходимо во всех случаях, когда тщательное изучение анамнеза, в том числе семейного, клинических проявлений и лабораторных показателей делают вероятным диагноз амилоидоза. Пациент А., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на высыпания на коже в/ч головы, груди, спины, верхних конечностей, сопровождающиеся зудом в местах высыпаний. Болеет с 2008 года, когда впервые отметил высыпаний на коже в области груди. Манифест заболевания ни с чем не связывает. При обращении к дерматологу был выставлен диагноз «Отрубевидный лишай». Лечился амбулаторно,

антигистаминными препаратами, наружными средствами (уточнить название затрудняется), с незначительным положительным эффектом. В ноябре 2017 года отметил ухудшение кожного процесса, появление и распространение свежих высыпаний на кожу спины, груди, верхних конечностей. Сопровождающиеся выраженным зудом.

Клинически на коже волосистой части головы, в затылочной области, верхней трети груди, верхней и средней трети спины, латеральные поверхности плеч отмечаются симметричные фолликулярные папулы, диаметром от 0,2 до 0,5 см, имеющими шаровидную форму с плоской, местами папилломатозной поверхностью, серовато-коричневого цвета, покрытые чешуйками (вид «терки»). Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Видимые слизистые оболочки не изменены. Дермографизм красный.

По результатам клинико-лабораторных исследований, все показатели в пределах нормы. Было проведено гистологическое исследование: данных за болезнь Дарье в пределах исследованного биоптата не обнаружено. Гистологические изменения могут наблюдаться при макулярной форме амилоидоза кожи. Системности заболевания не выявлено. Изолированные формы амилоидоза встречаются крайне редко.

Верификация диагноза возможна только на основании гистологического исследования.

## ПЕРВОЕ МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА МОСКВЫ НА ИППП

*Полевщикова С.А., Гомберг М.А., Жукова О.В., Гуцин А.Е.*

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

Цель: оценить распространенность наиболее часто встречающихся ИППП (хламидийная инфекция, гонококковая инфекция, трихомониаз), включая до сих пор не регистрируемую как ИППП инфекцию, вызванную *M.genitalium* у молодых людей студенческого возраста в Москве.

Материалы и методы. Для оценки сексуальной грамотности учащейся молодежи города Москвы применяли метод анкетирования (метод включал анонимный анкетный опрос 1000 респондентов). Материалом для исследования служили: вагинальное отделяемое от 328 девушек, моча от 281 юношей и отделяемое уретры от 391 юношей. Всех студентов обследовали на ИППП анонимно. Никто из обследованных жалоб на дискомфорт в урогенитальной области не предъявлял. Для проведения диагностики ИППП и определения резистентности выявленных штаммов *M.genitalium* к фторхинолонам (gyrA, parC) и к макролидам (23S rRNA) использовали молекулярно – биологические методы исследования (ПЦР в режиме «реального времени», метод секвенирования по Сэнгеру).

Результаты: в результате проведенного исследования установлено, что для изученного контингента характерно рискованное сексуальное поведение, раннее начало половой жизни (до 19 лет), причем для юношей (70%) характерен более ранний сексуальный дебют, чем для девушек. Ни один из числа опрошенных респондентов не состоял в браке. На момент опроса 80% респондентов имели сексуальный опыт и считали необходимым использовать средства защиты при занятии сексом. При оценке использования презервативов при различных видах секса оказалось, что значительная часть студентов никогда не используют презервативы при



орогенитальных и аногенитальных контактах. При оценке наличия ИППП в прошлом установлено, что 60% респондентов не болели никакими ИППП. Нами не выявлено статистически достоверной связи между ранним началом половой жизни, количеством половых партнеров за год и наличием ИППП в анамнезе. Согласно полученным нами данным, частота инфицирования *M.genitalium* у молодых людей обоего пола составила 0,3%, *S.trachomatis* – 6,3%, *N.gonorrhoeae* – 0,3%, *T.vaginalis* – 0,2%. В результате определения мутаций резистентности генов *gyrA*, *parC* и 23S rRNA 3 штаммов *M. genitalium* к антимикробным препаратам (фторхинолонам и макролидам) было выявлено, что 1 штамм *M. genitalium* устойчив к фторхинолонам (мутации генов *gyrA*, *parC*) и 1 штамм *M. genitalium* устойчив к макролидам (мутации генов 23S rRNA).

Выводы: данные проведенного исследования позволили получить данные о характере сексуального поведения молодежи студенческого возраста в Москве, а также о распространенности некоторых ИППП, включая впервые полученных данных по распространенности инфекции, вызванной *M. genitalium* и ее мутантных штаммов. Следует особо отметить, что обследованы были лица без наличия какой-либо симптоматики, что могло привести к распространению инфекции и развитию осложнений.

## СТРАТЕГИИ ВЫБОРА ВАРИАНТОВ ШЕЙНЫХ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Поляков А.П., Маторин О.В., Ратушный М.В.,  
Зенкина Е.В., Мордовский А.В., Ребрикова И.В.,  
Никифорович П.В.*

*Московский научно-исследовательский  
онкологический институт имени П.А. Герцена –  
филиал Национального медицинского  
исследовательского центра радиологии, Москва*

Цель. Выбор тактики лечения у больных меланомой кожи головы и шеи путём оптимизации объёма шейной лимфодиссекции.

Задачи: 1. Изучить состояние проблемы шейных лимфодиссекции при МК ГШ в мире. 2. Оценить собственные результаты.

Материалы и методы. Оценка результатов исследования MSLT-I и результаты хирургического лечения пациентов с МК ГШ в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А.Герцена.

Результаты. В настоящее время существует множество разногласий по поводу диссекции регионарных лимфоузлов шеи, включая объем и характер лимфаденэктомий, расширение объема лимфодиссекций при локализации первичного очага в необычных местах. Результаты исследования MSLT-I свидетельствуют о том, что при широком иссечении опухоли с биопсией СЛУ в 16% случаев выявляется более 1 сторожевого узла. При невыполнении биопсии СЛУ в 15,6 % случаев наблюдается реализация метастазов в л/у шеи. Десятилетняя меланома-специфичная выживаемость в группе с биопсией СЛУ и ЛАЭ – 71,3+-1,8% (p=0.01), а в группе без биопсии СЛУ 64,7+-2,3 (p=0.01). Чувствительность метода – 99,4-96% для меланомы средней толщины; также наблюдается увеличение безрецидивной выживаемости в группе с СЛУ+ и ЛАЭ при сравнении с группой наблюдения. Было показано, что нет значительной разницы в общей выживаемости между тремя различными видами лимфодиссекций при N+, но есть различия в частоте реци-

дивов: 11% для радикальной лимфодиссекции (RND), 24% для модифицированной радикальной лимфодиссекции тип III (MRND), 23% для селективной (SND). Нет существенной разницы в пятилетней выживаемости между группами пациентов с разными типами лимфодиссекции (56% при радикальной ЛАЭ, 61% для модифицированной ЛАЭ и 48% для селективной ЛАЭ, p = 0,613). Исследование показывает, что выживаемость пациентов выше при выполнении лимфаденэктомии после выявления позитивного сторожевого лимфоузла. По нашим данным, полученным при лечении пациентов с МК ГШ в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена, выполнение расширенной ЛАЭ показано у больных с локализацией меланомы в задне-верхних отделах волосистой части головы с N+. При исследовании сторожевых лимфоузлов у больных МК ГШ в одном случае из 4 была выполнена лимфодиссекция на основании ложноположительного результата цитологического исследования пунктата сторожевого лимфоузла.

Выводы. У 15-20% пациентов с первичной меланомой кожи развиваются метастазы в регионарные лимфоузлы, наличие которых предвещает значительно худший прогноз. Исходя из мировых данных, наличие положительного СЛУ является отрицательным прогностическим фактором у пациентов с МК ГШ. При N+ в настоящее время обсуждаются 2 стратегии (селективная ЛАЭ vs радикальная ЛАЭ). При селективной ЛАЭ частота рецидивов выше, чем при радикальной ЛАЭ, но на показатели общей выживаемости выбор ЛАЭ не влияет. Согласно мнению нашего отделения выполнять расширение объема целесообразно при меланоме кожи головы и шеи N+ для первичного поражения кожи задне-верхних отделах кожи волосистой части головы.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Поляков А.П., Маторин О.В., Ратушный М.В.,  
Зенкина Е.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.  
Московский научно-исследовательский  
онкологический институт им. П.А. Герцена –  
филиал Национального медицинского  
исследовательского центра радиологии, Москва*

Цель. Улучшить выживаемость больных операбельной меланомой кожи головы и шеи (МК ГШ).

Задачи: 1. Оценить степень изменения величины краёв резекции до и после иссечения МК ГШ. 2. Оценить влияние хирургического отступа при лечении больных МК ГШ на отдалённые результаты.

Материалы и методы. В нашем ретроспективно-проспективном исследовании приняли участие 19 первичных пациентов (14 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 22 до 89 лет (в среднем 61,5 лет) с меланомой кожи головы и шеи I-III стадий, находившиеся на лечении в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ в период с -2006 по 2017 гг. Группа больных (N0) была подавляющей – 17 человек, и у двоих больных статус (N+). В большинстве случаев МК локализовалась на коже лица (щёчная область – 40% – 8 случаев) и коже шеи (30% – 5 случаев), а также 4 – в височной области (20%) и 2 – на коже волосистой части головы (10%). По гистологическому типу преобладала меланома смешанного типа – эпителиоверетенноклеточная (7 случаев) и эпителиоцитоклеточная (8 случаев), также встречалась педункулярная (1), и веретенноклеточная. Неизъязвленная меланома составила

25% случаев, что в 2 раза меньше количества изъязвленной (55%), в 4 случаях данный параметр при гистологическом исследовании указан не был. В зависимости от толщины опухоли по Breslow пациенты были разделены на 3 группы: с толщиной опухоли <2 мм (n=5), 2-4 мм (n=4), >4 мм (n=10). Результаты. Пациентам выполнялось хирургическое лечение в объёме широкого иссечения опухоли кожи с реконструктивно-пластическим компонентом. При иссечении меланомы кожи головы и шеи величина отступа от опухоли варьировала в группах и составила: в группе больных с толщиной меланомы по Breslow <2 мм (n=5) – хирургический отступ от опухоли находился в диапазоне – от 3 мм до 30 мм, при этом при гистологическом исследовании было отмечено сокращение края резекции от 2 мм до 10 мм (в среднем составляя треть от значений расстояния хирургического отступа, приблизительно 30%). В группе больных с толщиной меланомы по Breslow 2-4 мм (n=4) – величина хирургического отступа от опухоли находилась в диапазоне 5-30 мм, которая при гистологическом исследовании пропорционально уменьшилась приблизительно на 50% (в два раза) и составила соответственно 1-10 мм. В группе больных с толщиной меланомы по Breslow >4 мм (n=10) – хирургический отступ находился в диапазоне 5-50 мм, пропорционально уменьшаясь при гистологическом исследовании приблизительно в 2,5 раза (1-25 мм). Безрецидивная 5-летняя выживаемость прослежена у 3 больных с T4b, T2a и T2b и максимальным хирургическим отступом. У одной пациентки в ходе динамического наблюдения через 14 месяцев выявлен первый рецидив – метастазы меланомы в л/у шеи, которые продолжают рецидивировать с периодичностью раз в два месяца (выполняется регулярное хирургическое лечение), последний рецидив 8 месяцев назад. Одна пациентка (с T3b и минимальным хирургическим отступом) умерла через 14 месяцев от прогрессирования заболевания в виде метастазов в головной мозг.

Выводы. Согласно существующим международным рекомендациям (NCCN) по хирургическому лечению меланомы кожи в зависимости от стадии (толщины по Breslow), широким для T1-2 и меланомы in situ считается отступ не менее 1 см, а для меланомы T3-4 – до 2,0 см. Выживаемость пациентов в нашем исследовании коррелировала с величиной хирургического отступа. Она была выше при максимальном хирургическом отступе, и ниже при минимальном. Таким образом, согласно предварительным результатам нашего исследования отдаленные результаты лечения МК ГШ зависят от ширины хирургического отступа.

## МЕТОДИКА БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Зенкина Е.В.  
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского центра радиологии, Москва*

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ для определения путей лимфооттока и визуализации сигнальных лимфоузлов при МК ГШ в рамках клинического протокола используется отечественный радиофармпрепарат на основе технеция. В исследование включены больные меланомой кожи головы и шеи различной толщины опухоли по Breslow, наличием или отсутствием изъязвления в возрасте от

18 лет и старше. Для визуализации лимфатических узлов используют ОФЭКТ, ОФЭКТ-КТ с параллельным коллиматором для низких энергий. В Российской Федерации в настоящее время для клинического применения разрешен только один радиоколлоид и более. В предлагаемом способе используется отечественный коллоидный препарат с ориентировочным диаметром коллоидных частиц 200-1000 нм. Радиоактивный коллоид вводится в несколько точек по периметру опухоли: при меланоме кожи – внутрикожно и подкожно, отступая от видимой границы опухоли на 5-10 мм. Через 30 минут после введения радиофармпрепарата выполняется сцинтиграфия в режиме «все тело» (Whole Body), при необходимости ОФЭКТ и/или ОФЭКТ-КТ одной анатомической области. Проекция выявленного во время ОФЭКТ-КТ сторожевого узла на коже маркируется, после чего он пунктируется под контролем УЗИ для срочного цитологического исследования.

Результаты. Основной вид анализа получаемой информации – визуальная оценка сцинтиграмм. При анализе сцинтиграфических изображений определяется зона интенсивного накопления радиофармпрепарата в проекции места инъекции, а также очаги накопления препарата, соответствующие регионарному лимфатическому коллектору. Оценивается количество и локализация лимфатических узлов, накапливающих радиоколлоиды. Интраоперационный поиск «сторожевых» лимфатических узлов при помощи портативного гамма-детектора. Определяются сторожевые лимфатические узлы, которые должны соответствовать хотя бы одному из следующих критериев: единственный лимфатический узел, накапливающий радиоколлоиды; первый визуализированный лимфатический узел; лимфатический узел, связанный с опухолью «дорожкой» лимфатических сосудов. Согласно всем онкологическим принципам по принятым в клинике методикам производится удаление опухоли кожи и сторожевого лимфатического узла. В зависимости от рандомизированной группы (наличие или отсутствие микрометастазов в «сторожевом» лимфоузле), пациенту отсроченно выполняется (или не выполняется) регионарная лимфодиссекция, а также, плоскостная резекция околоушной слюнной железы.

Выводы. Внедрение в практику методики определения «сторожевых» лимфатических узлов позволяет правильно стадировать первичный процесс, объективизировать прогноз и тактику лечения больных МК ГШ. Важным преимуществом метода явилась возможность определять локализацию «сторожевых» лимфатических узлов непосредственно через кожу. Кроме того, стало возможным контролировать локализацию узла при разрезе тканей, а также удостовериться, что удален действительно «сторожевой» лимфатический узел по степени накопления в нем радиофармпрепарата, определяемого гамма-детектором.

## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИИ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ

*Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Зенкина Е.В.  
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского центра радиологии, Москва*

Цель. Улучшить состояние эпидемиологической ситуации, связанной с заболеваемостью раком кожи и меланомой в России в 2016 году.

Задачи. Оценить уровень заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований кожи в России в динамике с коррекцией плана обследования и маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями кожи. Материалы и методы. Работа осуществлена на основании данных МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ «Злокачественные новообразования в России в 2016 году» (заболеваемость и смертность) под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Саринского, Г.В. Петровой и Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, осуществляющих контроль и анализ отчётов территориальных онкологических диспансеров по регистрации и учёту злокачественных новообразований.

Результаты. К числу наиболее распространённых опухолей кожи относится базальноклеточный рак (БКР) – около 75% всех эпителиальных немеланоцитарных новообразований кожи. Наиболее частой локализацией БКР являются непокрытые участки кожи – кожа головы и шеи, особенно кожа носа и век. Чаше заболевание возникает у мужчин. При меланоме, кроме локализации на открытых участках тела, наблюдается отдельные поражения на коже спины, бедер и голени. У всех заболевших в возрасте до 30 лет рак кожи с меланомой развиваются в 5,6% случаев, в возрастной группе 30-59 лет – 10,0%, и наивысший – у лиц пожилого возраста (старше 60 лет) – 16,4%. Заболеваемость раком кожи с меланомой у мужчин в возрасте 30-59 лет – 9,8%, у женщин – 10,1%. Заболеваемость в возрастной группе 60 лет и старше опухоли кожи с меланомой доминируют у женщин (20,0%), занимая 3 место у мужчин. В структуре заболеваемости ЗНО мужского населения России в 2016 году рак кожи (кроме меланомы) составил 10,1%, а меланома кожи – 1,5%, а женского – 14,4% и 2,0% соответственно. Динамика показателей смертности населения России (2006-2016 гг.): увеличение смертности от меланомы кожи с 2,13 до 2,52%, со среднегодовым приростом 1,5%, в целом – 16,32%. При раке кожи (без меланомы) наблюдается обратная динамика – снижение смертности от заболевания с 1,14 в 2006 году до 1,07 в 2016 (среднегодовой темп прироста «-» 0,86, прирост за 10 лет – «-» 8,23%), что ниже мирового стандарта примерно в 2 раза («-» 19,7%). На этапе первичного звена при обращении пациента с новообразованием кожи к дерматологу или косметологу, необходимо участие онколога. При наличии подозрительных пигментных новообразований кожи, а также множественных пигментных новообразований, на этапе поликлинического звена необходимо выполнение дерматоскопии, при необходимости – картирования новообразований кожных покровов. Выполнение инвазивных диагностических процедур подозрительного, по принадлежности, к злокачественному новообразованию кожи с учётом онкологических принципов иссечения и обязательным гистологическим исследованием, возможно как амбулаторно, так и в стационаре онкологического профиля.

Выводы: 1. Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре заболеваемости в России в 2016 году является кожа – 12,5% (с меланомой – 14,2%). В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) мужского населения России рак кожи (с меланомой) занимают 3 место, после рака лёгкого, а женского – 2-ое, после рака молочной железы. 2. Снижение смертности при установленном диагнозе рака кожи обуславливается заинтересованностью населения в состоянии собственного здоровья, улучшением качества оказываемых населению медицинских услуг, направленных на активное выявление и лечение ЗНО кожи.

## СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

*Потекаев Н.Н., Корсунская И.М.,  
Косталевская А.В., Невозинская З.А.,  
Воскресенская В.М.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Российский университет дружбы народов, Москва*

Склеродермия – это хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся поражением сосудистой системы, воспалительным процессом, нарушением аутоиммунной и тканевой реконструкции. Распространенность этого заболевания оценивается примерно в 0,4-2,7/100,000. Клиническая картина представлена единичным или множественными пятнистыми элементами округлой или овальной формы с четкими границами розово-сиреневого цвета. С течением времени в центральной части очага развивается атрофия и очаг приобретает оттенок «слоновой кости». По периферии очага может сохраняться венчик розово – сиреневого цвета, что свидетельствует об активности процесса.

Хотя склеродермия описана давно и занимает важное место среди кожных заболеваний, этиология данного дерматоза до сих пор до конца не выяснена. Важную роль в ее развитии играют нарушения клеточного и гуморального иммунитета, а также выработка аутоантител, направленных против компонентов клетки. Также большое значение в развитии данного дерматоза отводится различным факторам, в том числе, нарушениям микроциркуляторного русла, синтезу и обмену коллагена и гликопротеинов, генетическим факторам, а также наличию сопутствующих заболеваний.

Нами было обследовано 489 больных на базе филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗМ в возрасте от 17 до 83 лет за период с 2015 по 2017 годы. Среди больных было 427 (87,1%) женщин и 63 (12,9%) мужчины. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 35 лет. Количество проведенных курсов комбинированной терапии колебалось от 1 до 17.

Диагноз ограниченной склеродермии отмечался у 404 больных (82,4%), линейная С у 5 больных (1,0%), склероатрофический лишай отмечался у 72 человек (14,7%), атрофодермия Пазини – Пьерини у 4 больных (0,8%), синдром Парри – Ромберга у 2 пациентов (0,4%), буллезная форма С отмечалась у 2 пациентов (0,4%).

Из 489 больных сопутствующие заболевания отмечались у 480 пациентов. Чаше всего из сопутствующих патологий у наших больных встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь у 239 больных (48,8%), ИБС – у 124 пациентов (25,3%), стенокардия у 36 человек (7,9%). Патология ЖКТ отмечалась у 130 больных: хронический гастродуоденит и гастрит – у 85 пациентов (17,3%), язва желудка и 12-перстной кишки – у 23 больных (4,7%), хронический панкреатит наблюдался у 38 человек (7,7%), хронический холецистит встречался у 47 больных (10,0%). Патология щитовидной железы отмечалась у 49 пациентов, при этом хронический аутоиммунный тиреоидит у 24 больных (4,9%). Заболевания дыхательной системы (ХОБЛ) встречались в 3,3% случаев (у 16 больных).



Астено-невротический синдром отмечался у 15 пациентов (3,1%). Сахарный диабет 1 типа отмечался у 0,4% пациентов (2 больных), сахарный диабет 2 типа встречался у 12,8% (у 61 больного).

Полученные нами данные наводят на мысль о том, что вышеперечисленные патологии могут быть не столько сопутствующими заболеваниями, сколько проявлением системного характера такой нозологии как склеродермия. Это требует от врача тщательного обследования пациентов, особенно тех, кому впервые выставляется диагноз «Склеродермия», в частности необходимо обращать внимание на поражения сердечно-сосудистой системы для своевременного диагностирования системной склеродермии.

## МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ И ПСОРИАЗ: КАКОВЫ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ?

*Потекаев Н.Н., Титов К.С., Львов А.Н., Миченко А.В., Вахитова И.И.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва*

Больные псориазом могут находиться в группе риска развития меланомы кожи, так как нередко получают лечение с применением фототерапии, ретиноидов, увеличивающих чувствительность кожи к УФ-облучению, и цитостатическими препаратами (метотрексатом), повышающими риск развития злокачественных новообразований. Таким образом, пациенты с псориазом могут иметь дополнительные специфические факторы риска развития злокачественных новообразований кожи по сравнению с общей популяцией. Представляем пациента, 58 лет, с синдромом диспластических невусов, меланомой кожи левого плеча (pT2aN0M0 ст. 1b, состояние после хирургического лечения в 2009 г.), базалиомой кожи спины (состояние после хирургического лечения в 2012 г.) и вульгарным псориазом, который обратился с жалобой на подозрительное новообразование на коже груди слева, постепенно увеличивающееся в размерах в течение последних 4 лет, сопровождающееся выраженным периодическим зудом.

Из анамнеза известно, что для лечения псориаза пациент в течение жизни применял преимущественно наружные препараты (последние годы – на растительной основе), также было проведено несколько процедур ПУВА-терапии, которые были прекращены после информирования врача о перенесенной меланоме кожи.

При осмотре на коже туловища, верхних и нижних конечностей отмечаются множественные пятна и папулы коричневого цвета, округлых очертаний с четкими границами, размерами до 1 см в диаметре, многие из которых имеют неравномерную окраску, неправильные очертания. Также отмечаются единичные бляшки желто-коричневого цвета овальных очертаний с четкими границами и единичные точечные пятна ярко-красного цвета с четкими границами. Преимущественно на коже нижних конечностей отмечаются фоликулярные папулезные и мелкобляшечные высыпания красного цвета с незначительной инфильтрацией, округлыми очертаниями, четкими границами, до 1 см в диаметре и шелушением серебристо-белого цвета на поверхности.

Произведено фотокартирование новообразований кожи, на коже туловища, верхних и нижних конечностей зафиксировано 1169 новообразований кожи, в том числе 96 не-

вусов с дерматоскопическими признаками, подозрительными на дисплазию, 12 себорейных кератом, 9 гемангиом. Среди меланоцитарных новообразований преобладают очаги светло-коричневого и коричневого цвета, с типичной пигментной сетью, глобулами или гомогенными гиперпигментированными участками в центре.

Из них 96 образований имеют признаки, подозрительные на дисплазию (многокомпонентная модель строения с отсутствием доброкачественного типа; островки атипичной сетки, чередующиеся с бесструктурными участками; образования с атипичными кляксами). На коже в проекции передней грудной стенки слева отмечается бляшка размером 1,3 см в диаметре, неравномерно окрашенная в черно-коричневые цвета, с четкими границами, неправильными очертаниями, не возвышающаяся над поверхностью кожи, с шероховатой поверхностью. При дерматоскопии определяется биаксиальная асимметрия по распределению дерматоскопических структур и цветов за счет нарушающей симметрию бело-голубой вуали, очага глобул и бесструктурной зоной.

Пациенту проведено хирургическое иссечение образования в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ с последующим гистологическим исследованием: поверхность распространяющаяся эпителиоидноклеточная пигментная меланома; количество митозов <1мм, без изъязвления опухоли, опухоль удалена в пределах здоровых тканей. По результатам обследования поставлен диагноз: меланома кожи передней грудной стенки pT1aN0M0 ст. 1a. Толщина опухоли по Бреслоу 1 мм, глубина инвазии по Кларку 2. Пациент включен в программу динамического наблюдения новообразований кожи с фотокартированием кожного покрова и дерматоскопических изображений.

Выводы: представленный случай демонстрирует необходимость регулярного пожизненного динамического наблюдения пациентов с синдромом диспластических невусов и меланомой кожи с проведением дерматоскопического обследования всех имеющихся меланоцитарных новообразований кожи ввиду имеющегося риска развития множественных метакронных опухолей кожи. Также необходима коррекция терапии псориаза с учетом сопутствующей патологии меланоцитарной системы.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

*Потекаев Н.Н., Хлыстова Е.А., Жукова О.В., Львов А.Н.*

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

Современные подходы к терапии розацеа основываются на местном лечении в легких стадиях патологического процесса и системном лечении среднетяжелых и тяжелых форм розацеа. Системная терапия розацеа включает назначение антибактериальных препаратов и ретиноидов. Широко используется схема длительного применения «субантибиотических доз» доксициклина, принцип которой заключается в назначении препарата от 40 до 100 мг/сут на 6-12 нед. (по данным зарубежных исследований). Такие дозы препарата оказывают именно противовоспалительное действие, в частности, путем ингибирования ферментов системы протеаз. Эффективность применения «противовоспалительных доз» доксициклина при розацеа показана во многих исследованиях. В настоящее время особый интерес представляют новые наружные препара-

ты, продемонстрировавшие в исследованиях за рубежом свою эффективность при лечении торпидных эритематозных и папулопустулезных форм розацеа – 1% крем ивермектин и 0,5% гель бримонидина тартрат.

Целью клинического исследования является изучение эффективности наружной терапии 1% крема ивермектина при легких и умеренно тяжелых формах папуло-пустулезной розацеа, комбинированной терапии низкими дозами доксициклина с наружной терапией 1% ивермектином при тяжелых формах папуло-пустулезной розацеа, а также наружного применения бримонидина тартрата при эритематозных формах розацеа.

Под наблюдением в МНПЦДК ДЗМ находились 28 пациентов с диагнозом «Розацеа» в возрасте от 27 до 58 лет. У 7 пациентов из группы была диагностирована стероидная форма розацеа, резвившаяся на фоне длительного применения глюкокортикостероидных препаратов. У 14 пациентов была диагностирована папуло-пустулезная, пустулезно-узловатая форма розацеа, у одной пациентки – унилатеральная форма розацеа. У 7 пациентов из группы отмечалась эритематозная/телеангиоэктатическая розацеа. У пациентов со стероидной формой розацеа, при сочетании эритемы и папулезных высыпаний, применялась комбинированная схема поэтапного применения 0,5% геля бримонидина тартрата и 1% крема ивермектина: 14-20 дней применение 0,5% геля бримонидина тартрата 1р/сутки, далее 14 дней применение 1% крема ивермектина 1р/сутки, далее сочетанное применение бримонидина тартрата утром 1р/д и ивермектина 1р/д вечером. У пациентов с легкой и умеренно тяжелой папуло-пустулезной формой розацеа применялась монотерапия кремом ивермектин 1% 1 р/сутки. У пациентов с тяжелой формой папуло-пустулезной розацеа применялась комбинированная схема лечения низкими дозами доксициклина с наружной терапией 1% ивермектином. У пациентов с эритематозной формой розацеа применялась монотерапия препаратом бримонидина тартрат 0,5 гель 1р/сутки. Длительность терапии составила до 4 месяцев. У пациентов с эритематозной формой розацеа констатируется значительное клиническое улучшение на фоне применения 0,5% геля бримонидина тартрата 1 раз в сутки, причем продолжительность терапии напрямую коррелировала с длительностью временного эффекта (регресс эритемы до 12 часов через 2 месяца лечения). У пациентов с легкой и умеренно тяжелой формой папуло-пустулезной розацеа достигнут стойкий положительный эффект на терапии 1% ивермектином вплоть до клинического выздоровления. В группе с торпидным течением среднетяжелых и тяжелых форм папуло-пустулезной розацеа на комбинированной терапии низкими дозами доксициклина с применением 1% крема ивермектин достигнут стойкий положительный эффект. У пациентов с эритематозно-папулезной, стероидной формой розацеа была применена схема поэтапного применения 0,5% геля бримонидина тартрата в течение 2 недель, 1% крема ивермектина в течение 2 недель и дальнейшего их сочетанного применения в течение 3 месяцев. Вероятно, выраженный клинический эффект от комбинированной терапии у пациентов со стероидной формой розацеа объясняется наличием двух путей патофизиологического процесса: нейрососудистой дисрегуляции в виде проявления эритемы на коже лица и появления воспалительных элементов в результате нарушения адаптивного иммунитета на фоне длительной иммуносупрессии.

Учитывая торпидность течения и трудность терапии розацеа, новые наружные препараты, применяемые также в сочетании с системной терапией доксициклином, открывают перспективные направления для дальнейшего исследова-

ния и разработки алгоритма лечения различных форм данного торпидного, выражено снижающего качество жизни дерматоза и более глубокого изучения его патофизиологических аспектов.

## **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» В ГОРОДЕ МОСКВЕ**

*Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Волкова С.Б.,  
Поршина О.В., Маляренко Е.Н., Часова Г.К.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Цель работы: анализ оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в городе Москве за 2016-2018 годы.

Материалы и методы: в период с 2016 по 2018 год высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) по профилю «Дерматовенерология» оказана 154 пациентам в возрасте от 18 лет, проживающих в городе Москве и наблюдающихся в филиалах ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – Центр). Все пациенты до оказания ВМП неоднократно находились на амбулаторном и стационарном лечении в филиалах и структурных подразделениях Центра, получали комплексную терапию, в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Все пациенты подписали «Добровольное информированное согласие на виды медицинских вмешательств».

Результаты. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение сложных, а также ресурсоемких методов лечения с научно-доказанной эффективностью, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»). С 2015 года предоставление ВМП осуществляется за счет средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). Наличие показаний к оказанию ВМП подтверждается решением врачебной комиссии Центра, оформленным в виде протокола, который вносится в медицинскую документацию пациента. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2014 №930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы», к направлению на госпитализацию для оказания ВМП прилагается обязательный перечень документов: выписка из медицинской карты пациента; копия документа, удостоверяющего личность пациента; копия полиса ОМС; копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; согласие на обработку персональных данных пациента или его законного представителя. Оказание ВМП по профилю «Дерматовенерология» осуществляется в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». При направлении пациента в филиал «Клиника им. В.Г.Короленко» на пациента оформляется талон на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы. В период с конца

2016 года по начало 2018 года ВМП была оказана 154 пациентам по 5 нозологическим единицам. Из них – 81 пациент (52,6%) с диагнозом «Псориаз. L40», включающим в себя тяжелые распространенные формы без поражения суставов и пустулезные формы. На втором месте по частоте госпитализаций находится группа пациентов с диагнозом «Атопический дерматит. L20» – 29 пациентов (18,8%). Также ВМП была оказана 16 пациентам (10,4%) с диагнозом «Псориаз артропатический. L40.5», 16 пациентам (10,4%) с диагнозом «Пузырчатка. L10», 12 пациентам (7,8%) с диагнозом «Локализованная склеродермия. L94.0». В схемы терапии входили методы общего воздействия (ультрафиолетовое облучение кожи, плазмаферез) и внутренняя терапия с применением антибактериальных, иммуносупрессивных, цитостатических, кортикостероидных препаратов и фотосенсибилизаторов. Все пациенты в обязательном порядке были консультированы врачом-физиотерапевтом и врачом-трансфузиологом филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечалось клиническое улучшение от образования вторичных элементов до полного регресса высыпаний (18% пациентов). При ретроспективном анализе медицинских карт пациентов, было установлено, что стойкая ремиссия наступила у 82% человек. Все пациенты, которым была оказана ВМП в условиях филиала «Клиника им. В.Г.Короленко», также отметили улучшение качества жизни.

Выводы: таким образом, оказание населению ВМП по профилю «Дерматовенерология», обеспечивающей высокую клиническую эффективность, достаточную для поддержания необходимого качества жизни пациента, является важным показателем развития системы здравоохранения. Оценка необходимости применения ВМП в каждом представляемом случае позволяет объективно подойти к отбору пациентов. В связи с этим особенно актуальным является проведение качественного и своевременного отбора пациентов для оказания ВМП.

## **РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ГОРОДЕ МОСКВЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

*Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Берсенева Е.А., Савостина Е.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А.Семашко, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.*

Важнейшим составляющим компонентом государственной политики и контроля в сфере трудовой миграции является требование по обязательному медицинскому обследованию (освидетельствованию) мигрантов на наличие инфекционных заболеваний.

Цель исследования: идентифицировать основные направления реализации государственного контроля в части освидетельствования трудовых мигрантов на наличие

инфекционных заболеваний в городе Москве и их эффективность.

Материалы и методы. Нормативные акты, регламентирующие проведение медицинского обследования трудовых мигрантов (аналитический метод); данные учетной медицинской документации, формируемой при проведении медицинского обследования (статистические методы анализа).

Результаты. До 2014 года в Москве проведение медицинского обследования трудовых мигрантов было разрешено медицинским организациям, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилямнезависимо от их организационно-правовой формы. В 2014 году в Москве были определены 43 медицинские организации, уполномоченные на выдачу документов, подтверждающих отсутствие у иностранного гражданина заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В 2015 году на территории Москвы была определена единственная медицинская организация, уполномоченная проводить освидетельствование иностранных граждан с целью оформления патента – ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

В 2014 году в городе Москве было обследовано с целью выявления инфекционных заболеваний 290 310 трудовых мигрантов. Только 12% лиц были обследованы в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ). В 2017 году в городе Москве с этой же целью были обследованы 547 542 трудовых мигрантов. Удельный вес лиц, обследованных в медицинских организациях ДЗМ, составил 93%.

В 2017 году по результатам обследований выявлено 2199 случаев сифилиса. Число выявленных случаев на 1000 обследованных лиц в медицинских организациях ДЗМ составило 4,3, в негосударственных медицинских организациях – 0,02. Аналогичные показатели в 2014 году составили соответственно 153 (общее число случаев), 1,5 и 0,3.

В 2017 году выявлено 553 случая ВИЧ-инфекции. Число случаев на 1000 обследованных лиц в медицинских организациях ДЗМ составило 1,0, в негосударственных медицинских организациях – 0,5. Аналогичные показатели в 2014 году составили соответственно 149, 1,1 и 0,05.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что в 2014-2017 гг. реализация государственной политики в сфере государственного контроля трудовой миграции в части инфекционной заболеваемости мигрантов в городе Москве проводилась в направлении передачи полномочий по обследованию мигрантов в государственные медицинские организации и централизации проведения обследований. На протяжении рассматриваемого периода уровень выявления инфекционной заболеваемости в медицинских организациях ДЗМ значительно превышал аналогичные показатели в негосударственных медицинских организациях, что свидетельствует об эффективности выбранных направлений государственной политики и контроля и их реализации в городе Москве.

В качестве основных мер совершенствования государственного контроля трудовой миграции в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения можно рассматривать:

- расширение перечня инфекционных заболеваний, на которые должно быть предусмотрено обязательное обследование;
- организация обязательной выдачи «медицинского сертификата» (условное наименование) трудовым мигрантам;
- создание автоматизированной информационной системы по обмену данными о медицинских обследованиях трудовых мигрантов между Москвой и Московской областью.



## РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ НА ОСНОВЕ НЕЙРОСЕТИ

*Потекаев Н.Н., Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С., Минченко А.А., Патрушев А.В., Полевая Т.А. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Областной кожно-венерологический диспансер, Липецк; Кожно-венерологический диспансер №1, Санкт-Петербург; ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, ИТМО, Санкт-Петербург.*

Цель: разработать технологию машинного обучения для автоматизированной оценки кожной сыпи.

Материал и методы: с помощью различных модификаций фотоаппаратов Canon (Canon EOS 400D, Canon EOS 550D) нами был создан банк эталонных изображений симптомов дерматовенерологических заболеваний. Для решения задачи распознавания класса «элемент кожной сыпи» по его фотографии был использован подход классификации изображений на основе глубокой сверточной сети. Сверточная нейронная сеть – нейронная сеть, в которой присутствует слой свертки (convolutional layer). В глубоких сверточных сетях также используются дополнительные слои: слои дискретизации (pooling layer) и полносвязные слои (fully connected layer).

Результаты: для разработки прототипа нейронной сети для распознавания класса «элемент кожной сыпи» по его фотографии был использован фреймворк Inception-v3 основанный на открытой программной библиотеке для машинного обучения TensorFlow, разработанной компанией Google. Так как на данном этапе реализации проекта мы не располагали достаточным объемом размеченных фотографий (десятками тысяч образцов) дерматологических заболеваний, чтобы обучить глубокую сверточную сеть с нуля, было принято решение использовать предобученную сеть в рамках повторного обучения на выходном уровне обучающего множества данных. Для использования метода переноса обучения были использованы сеть, обученная для классификации изображений ImageNet.

В рамках данного подхода к разработке прототипа нейронной сети для распознавания класса «элемент кожной сыпи» по его фотографии был использован метод заморозки слоев сети-источника и дообучения целевой сети. Из сети источника для настройки параметров были выбраны не все слои: был удален последний слой, соответствующий операции Softmax. К полученной сети был добавлен один полносвязный слой и верхний слой, соответствующий операции Softmax обучения на собранном в рамках данного проекта наборе изображений первичных элементов сыпей. Для обучения нейросети была построена обучающая выборка. Обучающая выборка, собранная для обучения классификатора элементов кожной сыпи, имела 17 классов и небольшой размер: от 27 до 135 изображений на класс. Для обучающей выборки отбирались 80% изображений, для валидационной и тестовой – по 10%.

Выводы: в результате проведенного тестирования разработанной нейросети была получена точность 39,2%. Невысокая точность разработанной на данном этапе нейросети объясняется недостаточным набором входных данных (размеченных фотографий дерматологических заболеваний), наличием на фото данных лишней информации и т.д.

В рамках 2-го этапа планируется расширение размеченной базы данных фотографий, рассмотрение вопроса предварительной обработки фотографий (вырезка областей локализации сыпи и других «шумов»).

## РАЗРАБОТКА ОБУЧАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ В ДЕРМАТОГИСТОПАТОЛОГИИ

*Потекаев Н.Н., Раводин Р.А., Якушенко С.С., Гусаров М.В., Минченко А.А., Патрушев А.В. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва; СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Областной кожно-венерологический диспансер, Липецк; Кожно-венерологический диспансер №1, Санкт-Петербург; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Цель разработать обучающую систему в дерматогистопатологии.

Материал и методы: с помощью различных модификаций микроскопов Leica (Leica DM 6000M, Leica DM 4000B) нами был создан банк эталонных изображений гистологических симптомов дерматовенерологических заболеваний. Для описания гистологических симптомов заболеваний была использована классификация, разработанная профессором Барбиновым В.В. (1998), основанная на фреймовом подходе. В данной классификации фреймом 1 порядка выступал соответствующий анатомический отдел кожи (эпидермис, дерма, придатки кожи, гиподерма), фреймом 2 порядка – структуры выбранного отдела (для эпидермиса – роговой, зернистый, шиповатый, базальный слои и базальная мембрана), фреймом 3 порядка – архитектуральные (изменяющие анатомические структуры отделов кожи) или клеточные симптомы, фреймы 4 порядка описывали особенности архитектуральных или клеточных симптомов. На основе представленной классификации и собранного регистра фотографий был разработан уровень обучения «Гистологические симптомы» в составе модуля «Школа врача» системы Логодерм, которая формировала информационные панели о всей совокупности гистологических симптомов, встречающихся в коже и её придатках. Оценку эффективности обучения с использованием данного уровня модуля «Школы врача» проводили с участием 16 ординаторов 2-го года подготовки кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург). Опытную группу составили 10 врачей-ординаторов, которые получили доступ в систему и смогли пройти курс дистанционного обучения наряду с традиционными формами подготовки (практические занятия, семинары, лекции). Другие 6 человек составили контрольную группу и прошли подготовку с использованием традиционных форм и средств обучения (учебники, монографии, лекции). Перед началом и по окончании обучения посредством тестирования (100 вопросов по 10 баллов за каждый правильный ответ) мы определяли исходный и конечный уровень знаний врачей-ординаторов из обеих групп.

Результаты: результаты определения у обучаемых обеих групп исходного уровня знаний показали, что они не способны распознавать гистологические симптомы на удовлетворительную оценку. Результаты определения уровня полученных знаний по окончании обучения в опытной группе продемонстрировали, что все обучаемые смогли

получить удовлетворительную оценку и сформировать навыки распознавания гистологических симптомов, в то время как в контрольной группе оценка была неудовлетворительной.

Выводы: результаты обучения с использованием разработанного уровня «Гистологические симптомы» в составе модуля «Школа врача» системы Логодерм продемонстрировали превосходство над традиционным образовательным подходом к изучению дерматогистопатологии.

## МНОЖЕСТВЕННЫЙ ДИСКРИМИНАНТНЫЙ АНАЛИЗ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСИФИЛИСА

*Потекаев Н.Н., Негашева Е.С., Негашева М.А., Фриго Н.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва*

Цель исследования: изучение возможности использования множественного дискриминантного анализа (МДА) для диагностики и дифференциальной диагностики нейросифилиса (НС).

Материалы и методы. Объектом исследования явились образцы цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), полученные от 91 больного (62 мужчины, 29 женщин в возрасте от 21 до 71 года). У 24 человек был диагностирован сифилис (группа 1 «Сифилис без НС») и у 64 человек – сифилис с поражением нервной системы – нейросифилисом (группа 2 «Нейросифилис»). Лабораторное подтверждение диагноза осуществлялось путем исследования сыворотки крови и ЦСЖ с определением в ЦСЖ содержания белка, качественного и количественного состава клеток (цитоз), постановки в сыворотке крови и ЦСЖ нетрепонемных (РМП, VDRL) и специфических трепонемных тестов (ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ, технология иммуночипов с определением антител к рекомбинантным белкам T. pallidum Tr17, Tr47, Tr15, TmpA).

Для оптимизации подходов к своевременному выявлению НС был использован множественный дискриминантный анализ. Суть данного математического подхода состоит в нахождении для совокупности исходных признаков (результатов лабораторных исследований пациентов) новых характеристик – переменных –  $X(1)$ ,  $X(2)$ , ...,  $X(m)$ , называемых дискриминантными функциями (ДФ), по которым выборки пациентов могли бы дифференцироваться между собой с высокой точностью.

Результаты. В процессе применения методологии МДА для результатов лабораторных исследований были получены: коэффициенты и значения двух дискриминантных функций для двух групп пациентов при исследовании сыворотки крови, а также коэффициенты и значения двух дискриминантных функций для двух групп пациентов при исследовании ЦСЖ.

Значения ДФ для групп 1 и 2 при исследовании сыворотки крови составили, соответственно:

$$ДФ1 = -0,721 \times РМП + 1,603 \times VDRL + 89,232 \times РПГА + 0,237 \times РИБТ - 1,855 \times ИФА + 7,640 \times РИФ200 - 0,030 \times Tr15 + 0,050 \times Tr17 + 0,004 \times Tr47 - 0,011 \times TmpA - 184,160$$

$$ДФ2 = -1,153 \times РМП + 1,75 \times VDRL + 90,807 \times РПГА + 0,206 \times РИБТ - 1,438 \times ИФА + 9,748 \times РИФ200 - 0,023 \times Tr15 + 0,036 \times Tr17 + 0,002 \times Tr47 - 0,011 \times TmpA - 195,421$$

Значения ДФ для групп 1 и 2 при исследовании ЦСЖ составили, соответственно:

ДФ1 =

$$0,114 \times РМП - 0,348 \times VDRL + 0,653 \times РПГА + 0,013 \times РИБТ - 0,185 \times ИФА + 0,124 \times РИФЦ - 0,186 \times Цитоз + 22,242 \times Белок + 0,002 \times Tr15 + 0,001 \times Tr17 + 0,000 \times Tr47 - 0,005 \times TmpA - 5,741$$

$$ДФ2 = -0,735 \times РМП + 0,035 \times VDRL + 0,941 \times РПГА - 0,011 \times РИБТ + 0,445 \times ИФА + 3,304 \times РИФЦ - 0,201 \times Цитоз + 20,022 \times Белок + 0,003 \times Tr15 + 0,000 \times Tr17 + 0,001 \times Tr47 - 0,008 \times TmpA - 13,682$$

При этом значения ДФ и дискриминантных коэффициентов могут рассматриваться в качестве математической модели диагностики нейросифилиса на основании данных МДА. Для определения принадлежности пациента к одной из групп заболевания (сифилис без НС или НС) рассчитываются значения двух ДФ по индивидуальным данным результатов лабораторных исследований ЦСЖ. Пациент может быть отнесен к той группе, для которой получена наибольшая величина ДФ.

Согласно результатам МДА, точность отнесения пациентов к одной из двух разновидностей заболевания (сифилис без НС или НС) составила: для показателей сыворотки крови – 89,9%, для показателей ЦСЖ – 94,7%. При этом точность разделения пациентов при использовании показателей ЦСЖ составила: 93,2% для выявления НС (аналог показателя чувствительности), 100% для выявления сифилиса без НС (аналог показателя специфичности).

Заключение. Таким образом, в результате проведенных исследований впервые на основе множественного дискриминантного анализа создана математическая модель верификации нейросифилиса на основе исследования ЦСЖ. Установлено, что результаты МДА по показателям ЦСЖ достаточно хорошо дифференцируют, как сифилис без нейросифилиса, так и нейросифилис. Метод МДА может быть использован в сложных случаях для отнесения пациента к той или иной разновидности заболевания на основании расчета значений индивидуальной дискриминантной функции.

## ПЛАЗМАТЕРАПИЯ ДИФFUЗНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

*Рассадина Э.В., Белоглазова Н.Н., Заторская Н.Ф., Российский университет дружбы народов, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Филиал Клиника им. В.Г. Короленко, Москва*

Волосы являются не только индикатором здоровья, но и одним из элементов, характеризующих внешность человека. Самым распространенным заболеванием волос является алопеция морфофункциональных изменений волосных фолликулов.

Алопеция приводит к возникновению эстетического и психологического дискомфорта, ухудшению эмоционального фона человека, что негативно сказывается на его качестве жизни. Еще актуальнее проблема алопеции выражена в жизни ребенка. Эстетические проблемы, связанные с алопецией, серьезно травмирует его психику, снижают его самооценку, формируют замкнутость и трудности в общении со сверстниками, могут быть причиной буллинга (травли) ребенка. Поэтому заболевания волос относят к социально значимым.

Различают рубцовую алопецию, обусловленную разрушением волосных фолликулов вследствие воспаления, атрофии кожи или рубцевания, и нерубцовую алопецию.

По клинической картине нерубцовые алопеции делятся на диффузную алопецию и на локализованные формы.

Причиной диффузной алопеции могут быть генетическая предрасположенность, органоспецифические и аутоиммунные реакции, болезни эндокринной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, инфекционные заболевания, дефицит микроэлементов и витаминов, стрессы, травмы, ожоги, радиация, токсическое действие лекарственных препаратов.

На сегодняшний день существует множество средств и методов традиционной комплексной этиопатогенетической и физиотерапевтической терапии больных диффузной алопецией. Эти методы лечения являются достаточно эффективными для взрослых пациентов. Но некоторые лекарственные препараты, используемые для лечения алопеции, имеют противопоказания их использование у детей (гормональные препараты, топические стероиды, миноксидил). В связи с этим актуально внедрение для лечения диффузной алопеции у детей плазматерапии как безопасного, эффективного и не требующего повышенной комплаентности метода.

Цель данной работы – оценка эффективности и безопасности плазматерапии при диффузной алопеции у детей.

Материалы и методики исследования. В исследование были включены 10 больных с диффузной алопецией в возрасте от 14 до 18 лет (8 девочек и 2 мальчика), у большинства больных (8 детей) продолжительностью заболевания была от 0,5 до 1 года. У всех 10 больных были жалобы на интенсивное диффузное выпадение волос (больше 120-150 волос в день), их истончение, зуд волосистой части головы, жирность волос у корней. Больным было проведено полное клиническое обследование, трихоскопия, которая позволила оценить состояние волос *in vivo*, оценить фазы роста и фазы выпадения волос. Для оценки клинической картины в динамике проводилось обзорное фотографирование волосистой части головы до и после лечения.

После проведенной диагностики всем пациентам была назначена плазматерапия курсом № 6 каждые 2 недели. Период наблюдения и лечения составил 3 месяца. На протяжении всего курса плазматерапии проводили мониторинг симптомов, контрольную трихоскопию и фототрихографию после лечения.

Перед лечением у всех 10 (100%) больных были жалобы на интенсивное диффузное выпадение волос. Себорейный дерматит волосистой части легкой степени тяжести выявлен у 10 (100%) больных. По данным фототрихографии до начала терапии у 10 (100%) больных выявлено нарушение соотношения анагеновых и телогеновых волос в сторону увеличения волос, находящихся в телогене (процентное соотношение анагеновых волос к телогеновым в теменной области: 68,9%:31,1%, в затылочной области: 72,5%:27,5%). Трихоскопия показала, что показатели плотности волос были несколько снижены. При этом общее количество волос на квадратный сантиметр, соотношение vellusных и терминальных волос в теменной и затылочной областях соответствовали норме. Средний диаметр всех волос и терминальных в теменной и затылочной областях был равномерно снижен. Количество одиночных юнитов преобладало диффузно.

Результаты. После 6 процедур плазматерапии с периодичностью 1 раз в 2 недели, значительное клиническое улучшение наступило у 9 (90%) больных, они отметили снижение потери волос. Положительную динамику подтвердили результаты фототрихограммы: увеличение соотношения анагеновых волос к телогеновым в теменной области: 85,4%:14,6%, в затылочной области: 92,2%:7,8%. При трихоскопии: плотность роста волос по сравнению с

измеренной до лечения значительно улучшилась. Средний диаметр всех волос и терминальных увеличился диффузно. Количество одиночных, двойных и тройных юнитов изменилось в пользу двойных юнитов. Тест натяжения волос был отрицательный. Лишь у 1 (10%) пациента клиническое улучшение было менее выражено. На протяжении курса плазматерапии не отмечено каких-либо побочных эффектов и негативных последствий в последующие сроки после нее.

Выводы. Таким образом, после проведенной плазматерапии, курсом №6 каждые 2 недели для лечения диффузной алопеции у детей, мы наблюдали значительное улучшение субъективных и объективных показателей, это подтверждается результатами трихоскопии и фототрихографии. Это позволяет считать, что плазматерапия для лечения диффузной алопеции у детей является высокоэффективным, безопасным, доступным методом и может быть рекомендована для широкого практического применения.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ГИАЛУРОНОВОЙ И ЯНТАРНОЙ КИСЛОТ В ПРОГРАММАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

*Ромашкина А.С., Алленова А.С.*

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, ООО "Медицинский центр АВРОМЕД", Москва*

Многие заболевания кожи, такие как экзема, атопический дерматит, угревая болезнь, себорейный дерматит, розацеа и другие, в период реконвалесценции требуют активного участия как врача-дерматолога, так и врача-косметолога с целью проведения полноценной физиологической эпителизации, увлажнения и предупреждения рубцевания и пигментации. После перенесенных воспалительных дерматозов мы наблюдаем не только глубоко дегидратированную кожу, что связано с уменьшением количества гиалуроновой кислоты, но и изменения в микроциркуляторном русле, что проявляется в виде нарушения тонуса сосудов. Часто в период реконвалесценции дерматозов, после заживления, остается устойчивая гиперпигментация или депигментация, а также атрофические или гипертрофические рубцы, чему способствует длительный процесс регенерации в местах повреждений.

Цель: определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую и янтарную кислоты для восстановления кожи и предупреждения осложнений после перенесенных дерматозов.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 30 до 40 лет в стадии ремиссии атопического дерматита (2 пациентки), себорейного дерматита (7), розацеа (2), угревой болезни (7), экземы (2). Все женщины получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего янтарную кислоту в виде 16 мг/мл сукцината натрия и 18 мг/мл гиалуроновой кислоты. Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур.



Контроль изменений кожи на структурном уровне осуществлялся нами с помощью метода конфокальной лазерной сканирующей микроскопии *in vivo* (КЛСМ).

Результаты: У всех пациенток отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: уменьшение выраженности гиперпигментации, более активная регенерация кожи (по сравнению с аналогичными участками у той же пациентки), улучшение тургора и эластичности кожи, повышение уровня гидратации кожи. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что большинство из них были удовлетворены полученным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла): 15 пациенток (75%) оценили результат на 3 балла, 5 пациенток (25%) – на 2 балла. Также балльная шкала использовалась для оценки купероза (телеангиэктазий), гиперпигментаций, сухости кожи. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности купероза (средний балл до лечения – 1,2, после лечения – 0,2), пигментации (1,7 и 0,9 баллов), сухости кожи (1,1 и 0,1 балла). Кроме того, эффективность проводимой терапии оценивалась в каждой группе на основании балльной оценки тонаса кожи, неоднородности цвета кожи, увлажняющего эффекта. Оценка проводилась по 3-х балльной шкале, где 3 балла – значительно улучшилось, 2 балла – улучшилось, 1 балл – без динамики, 0 баллов – ухудшение. Хороший увлажняющий эффект был отмечен у 18 (90%) пациенток, умеренный – у 2 (10%). При исследовании кожи методом КЛСМ наблюдалось уменьшение площади участков гиперпигментации, а также уменьшение ее выраженности, регресс гиперкератоза, более равномерное расположение волокнистых структур дермы, улучшение микроциркуляции. Также отмечалось увеличение толщины кожи за счет вышеуказанных процессов. Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были.

Выводы: Препарат, содержащий гиалуроновую и янтарную кислоты, имеет хорошую переносимость, способствует ускорению регенерации кожи, восстановлению нормальной гидратации кожи, нормализации пигментообразования. Все вышесказанное позволяет считать данную процедуру эффективным методом коррекции косметических дефектов кожи после перенесенных воспалительных дерматозов.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА С ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКИМ СУБТИПОМ**

*Русина Т.С., Снарская Е.С.*

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Розацеа – распространенный дерматоз, являющийся мультифакториальным заболеванием, характеризующийся хроническим рецидивирующим течением, локализующийся преимущественно на коже лица и сопровождающийся возникновением транзиторной, либо стойкой эритемы, телеангиэктазий, папуло-пустулезных элементов и узлов. В 2002 году члены Национального общества розацеа (США) опубликовали классификационную систему, кото-

рая помогает стандартизировать диагностику розацеа по четырем основным субтипам, основанным на первичных и вторичных характеристиках: эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, папулопустулезная розацеа, фиматозная розацеа и офтальморозацеа. Основными особенностями эритематозно-телеангиэктатической розацеа являются покраснение (кратковременная эритема), стойкая центральная лицевая эритема (фоновая эритема) и появление телеангиэктазий. Лечение больных розацеа представляет собой сложную задачу, многочисленные способы лечения розацеа определяются многообразием этиологических и патогенетических факторов дерматоза, его стадией и клинической формой. Учитывая широкий спектр фармакологических средств, используемых как монотерапия розацеа (антибактериальных, антипротозойных и других препаратов), необходимый терапевтический эффект достигается не всегда, а нерациональная терапия может приводить к развитию тяжелых форм заболевания и психосоциальной дезадаптации больных. В настоящее время используются различные неинвазивные методы исследования – дерматоскопия и конфокальная лазерная сканирующая *in vivo* микроскопия. Однако результаты данных работ разрозненны и противоречивы, так как применение только одного из указанных методов не отражает всех функциональных и морфологических изменений при данном заболевании. В связи этим возникла необходимость разработки комплекса неинвазивных методов исследования для оценки морфологические изменения дермы и эпидермиса и состояния сосудов в очагах поражения, а также для контроля эффективности проводимой терапии. Известная ранее эффективность применения широкополосного импульсного светового излучения в лечении розацеа, дает хороший результат, но при использовании курса минимум 5-8 процедур. У современных пациентов есть потребность получить результат более быстро, за меньшее количество процедур. Таким образом, будет рассмотрено комплексное использование широкополосного импульсного светового излучения с бримонидином тартратом на очаги поражения у больных розацеа, что позволит сократить курс процедур фототерапии до 3-4 и приведет к более быстрой динамике лечения данного заболевания.

Целью исследования является разработка диагностики и оценка эффективности комплексного метода лечения больных с эритематозно-телеангиэктатическим субтипом розацеа широкополосным импульсным световым излучением и бримонидином тартратом.

Материалы и методы. Получены успешные предварительные данные лечения пациентов розацеа с эритематозно-телеангиэктатическим субтипом посредством комплексной терапии. В настоящий момент продолжается оценка данных в объеме исследования 60 пациентов.

Результаты и обсуждения. Проводимое исследование посредством результатов дерматоскопии, полиспектрального анализа кожи показывает уменьшение длительности лечения за счет комбинирования бримонида и широкополосного импульсного света на розацеа с эритематозно-телеангиэктатическим субтипом. Бримонидин устраняет фоновую эритему, оставляя нетронутыми телеангиэктазии; при этом энергия широкополосного импульсного света активно поглощается гемоглобином в телеангиэктатических кровеносных сосудах, вызывая их облитерацию.

Таким образом, комплексное лечение бримонидином эритемы и широкополосным импульсным светом телеангиэктазий, является эффективным и быстрым вариантом лечения симптомов эритематозно-телеангиэктатического субтипа розацеа.

## ДИНАМИКА МАРКЕРОВ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

*Садретдинов Р.А., Идрисова М.А.*

*Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань*

В последние годы активно ведется поиск лабораторных маркеров фиброобразования в предстательной железе, в том числе для диагностики данных процессов на ранних стадиях.

Цель исследования: анализ процессов образования и деградации коллагена (карбокситерминального пропептида проколлагена I типа (КПП) и С-концевого телопептида коллагена I типа (СТП)), а также процессов фиброобразования (трансформирующего фактора роста TGF-β1) у больных хроническим простатитом (ХП), а также взаимосвязи указанных процессов с наличием инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) у данных пациентов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 140 пациентов с ХП. Все пациенты с ХП были разделены на 2 основные группы: 1-я группа – пациенты с ХП без ИППП (70 чел.) и 2-я группа – пациенты с ХП на фоне ИППП. Группу контроля составили 50 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста, проходивших диспансерное обследование и не предъявлявших каких-либо специфических жалоб. У всех пациентов была одинаковая сексуальная ориентация. Диагноз ХП устанавливался на основании наличия у пациентов характерной клинической картины, результатов физикального обследования и лабораторно-инструментальных данных. Объем комплексного обследования, включающего современные лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования охватил все исследуемые группы. У 70 обследованных больных выявлялись *Trichomonas vaginalis* (42%), *Mycoplasma genitalium* (31%), сочетание *Trichomonas vaginalis* с *Mycoplasma genitalium* (18%), сочетание *Trichomonas vaginalis* с условными патогенами *Ureaplasma urealyticum* (4%) и *Gardnerella vaginalis* (5%). Определение уровня TGF-β1 в образцах сыворотки осуществлялось с помощью «сэндвич»-метода твердофазного ИФА с помощью коммерческой тест-системы «Bender MedSystems». Определение уровня СТП производили «сэндвич»-методом твердофазного ИФА с применением диагностических наборов Serum Cross Laps (определение С-концевых телопептидов, образующихся при деградации коллагена I типа в сыворотке). Для количественного определения человеческого КПП в образцах сыворотки методом иммуноферментного анализа использовалась коммерческая тест-система «VCM Diagnostic».

Результаты. Проведенное исследование показало увеличение TGF-β1, СТП и уровня КПП в крови больных ХП по сравнению с группой контроля, что свидетельствовало о роли процессов фиброобразования у больных хроническим простатитом. Данный вывод подтверждался также результатами корреляционного анализа, выявившего взаимосвязи между наличием ХП и уровнем TGF-β1 ( $r=0,61$   $p<0,001$ ), КПП ( $r=0,64$   $p<0,001$ ), СТП ( $r=0,31$   $p=0,021$ ). Далее мы изучили изменения указанных маркеров у больных ХП в зависимости от наличия ИППП. В группе больных ХП прослеживалось увеличение уровня TGF-β1 при наличии ИППП, что указывало на значимую роль фиброобразования, потенцируемого ИППП у больных ХП. При наличии ИППП у больных ХП прослеживалось увеличение уровня КПП и

СТП, что отражало роль ИППП в качестве фактора, способствующего хронизации воспаления и усилению процессов образования и деградации коллагена I типа.

Выводы. Таким образом, было выявлено усиление фиброобразования и образования коллагена I типа у больных ХП, а также роль ИППП в инициации и поддержании данных процессов. Кроме того, установлено, что параллельно процессам фиброобразования и образования коллагена I типа у больных ХП идут процессы распада коллагена I типа, что может приводить к структурным изменениям в предстательной железе и, как следствие, функциональным нарушениям работы органа.

## СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С МИКОЗАМИ В ПОЛИКЛИНИКУ №1 УДП РФ

*Свечникова Е.В., Дубина Л.Х.*

*Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ, Москва*

Цель: проанализировать распределение микозов у пациентов поликлинического отделения ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ.

Методы и материалы. Проведен ретроспективный анализ структуры обращений в отделение дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москвы пациентов с микозами за период 2016-2017 гг. Всего обращений 538 за 2016г и 478 обращений за 2017 г.

Результаты. Из общего количества обращений за 2016 г. количество пациентов с микозами, подтвержденными результатами клинико-лабораторного обследования, составило – 538 человек. Большую часть составили пациенты с онихомикозом стоп – 64% (345), разноцветным лишаем – 16,4% (88), больные с микозами стоп составили – 13,6% (73), паховой эпидермофитией – 2,2% (12), кандидозными поражениями кожи и ногтей – 1,3% (7), микозами туловища – 1,6% (9), онихомикозами кистей – 0,74% (4), микозами волосистой части головы – 0% (0). Доля посещений женщин за указанный период составила – 45,2% (243). Среди них процент посещений с онихомикозами составил – 70% (170), разноцветным лишаем – 16,9% (41), микозами стоп – 7,4% (18), микозами туловища – 2,9% (7), онихомикозами кистей – 0,8% (2), паховой эпидермофитией – 0,4% (1), микозами волосистой части головы – 0% (0), кандидозными поражениями кожи и ногтей – 1,6% (4). Процент посещений мужчин за 2016г составил – 54,8% (295). Наибольший процент посещений составили случаи онихомикоза стоп – 59,3% (175), микоза стоп – 18,6% (55), разноцветного лишая – 15,9% (47), паховой эпидермофитии – 3,7% (11), кандидозного поражения кожи и ногтей – 1% (3), онихомикозы кистей – 0,67% (2), микозы туловища 0,67% (2), микозы волосистой части головы – 0% (0). За период 2017 г. количество пациентов с микозами, установленными с помощью клинико-лабораторного обследования, составило – 478 человек. Большую часть составили пациенты с онихомикозом стоп – 62,6% (299), разноцветным лишаем – 13,2% (63), больные с микозами стоп составили – 11,9% (57), паховой эпидермофитией – 2,5% (12), кандидозными поражениями кожи и ногтей – 1,5% (7), кандидозным стоматитом – 0,4% (2), микозами туловища – 4,8% (23), онихомикозами кистей – 1,7% (8), микозами волосистой части головы – 0,2% (1). Доля посещений женщин за указанный период составила – 45% (217). Среди них процент посещений с онихомикозами составил – 60,4% (131), разноцветным лишаем – 14,3% (31), микозами стоп – 12% (26), ми-

кожами туловища – 6% (13), онихомикозами кистей – 3,7% (8), паховой эпидермофитией – 1,4% (3), микозами волосистой части головы – 0,5% (1), кандидозными поражениями кожи и ногтей – 1,8% (4). Процент посещений мужчин за 2017 г. составил – 55% (261). Наибольший процент посещений составили случаи онихомикоза стоп – 64,4% (168), микозами стоп – 11,9% (31), разноцветным лишаем – 12,3% (32), паховой эпидермофитией – 5,7% (15), кандидозными поражениями кожи и ногтей – 1,1% (3), кандидозным стоматитом – 0,8% (2), онихомикозами кистей – 0% (0), микозами туловища – 3,8% (10), микозами волосистой части головы – 0% (0).

Выводы: таким образом, по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ, установлено, что преобладающее большинство обращений среди пациентов с микотической инфекцией обратившихся в отделение, независимо от пола приходится на онихомикозы стоп, микозы стоп и на случаи разноцветного лишая. Количество случаев онихомикозов стоп значительно превосходит все остальные нозологии микозов – 64% и 62% соответственно, что остается актуальной проблемой для разработки эффективных методов лечения, особенно у пожилых пациентов, для которых системная терапия является довольно проблематичной, из-за возможной полипрагмазии, наличия сопутствующих заболеваний, несовместимых с системными препаратами.

## СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

*Свечникова Е.В., Жуфина С.Е.*

*Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ, Москва*

Цель: выявить количество пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), пролеченных в отделении дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2017 год, проанализировать структуру ИППП за выделенный период. Провести сравнительную характеристику в отношении данных заболеваний, диагностированных в 2016-2017 гг.

Методы и материалы: проведен ретроспективный анализ структуры зарегистрированных случаев инфекций, передаваемых половым путем среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2017 год. Проведен сравнительный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем с 2016 годом.

Результаты. Всего за 2017 год в отделении дерматовенерологии и косметологии у 73 пациентов были выявлены инфекции, передаваемые половым путем, подтвержденные результатами клинико-лабораторного обследования. У 49,3% пациентов (n=36) выявлены аногенитальные (венерические) бородавки, у 24,7% (n=18) – генитальный герпес, у 23,3% (n=17) – хламидийная инфекция, у 1,4% (n=1) – урогенитальный трихомониаз, у 1,4% (n=1) – первичный сифилис, случаев гонореи не было выявлено. Чаще болели мужчины – 62,5% (n=45). У 60% (n=27) пациентов мужского пола были диагностированы аногенитальные (венерические) бородавки, у 24,4% (n=11) – хламидийная инфекция, у 13,3% (n=6) – генитальный герпес, у 2,2% (n=1) – первичный сифилис. Среди женщин (n=28), которые составили 38,4% от всего числа заболевших, чаще всего встречались случаи генитального герпеса – 42,9% (n=12), затем по ча-

стоте встречаемости идут аногенитальные (венерические) бородавки – 32,1% (n=9), хламидийная инфекция – 21,4% (n=6), урогенитальный трихомониаз – 3,6% (n=1). Как известно, хламидиоз может быть различных локализаций. Из общего количества случаев хламидиоза (n=17) наибольшее число (n=12) было выявлено хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта, что составило 70,6%, хламидийный фарингит был диагностирован в 4 случаях – 23,5%, хламидийная инфекция органов малого таза у 1 пациентки – 5,9%. В 2016 году у 70 пациентов были диагностированы случаи ИППП. Большую часть так же составили обращения пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками – 42,8% (n=30), 25,7% (n=18) – хламидийной инфекцией, 25,7% (n=18) – генитальным герпесом, 1,4% (n=1) – урогенитальным трихомониазом, 4,3% (n=3) пациентов больных сифилисом, 0% (n=0) – гонококковой инфекцией. Доля посещений женщинами больными ИППП за рассматриваемый период составила 61% (n=43) от всех посещений больными ИППП. Среди них 39,5% (n=17) больных аногенитальными (венерическими) бородавками, хламидийной инфекцией – 27,9% (n=12), генитальным герпесом – 27,9% (n=12) и урогенитальным трихомониазом – 2,3% (n=1), сифилисом – 2,3% (n=1). Количество посещений мужчин больными ИППП за 2016 г. составило 39% (n=27). Среди них большую часть составили больные аногенитальными (венерическими) бородавками – 42,8% (n=13), хламидийной инфекцией – 22,2% (n=6), генитальным герпесом 22,2% (n=6), сифилисом – 7,4% (n=2), урогенитальным трихомониазом – 0% (n=0).

Выводы: таким образом, по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москвы за 2017 год установлено, что среди лиц, обратившихся в отделение, независимо от пола, преобладающее число пациентов было с аногенитальными (венерическими) бородавками, затем по частоте обращений следуют больные хламидийной инфекцией, генитальным герпесом и малое количество урогенитальным трихомониазом и сифилисом. Чаще ИППП были диагностированы у лиц мужского пола, в отличие от 2016 года, когда преобладающее количество пациентов с ИППП были женщины. В сравнении с 2016 годом количество пациентов с ИППП увеличилось, структура заболеваемости в зависимости от выявленной нозологии осталась та же, однако снизилось количество пациентов с сифилитической инфекцией в 3 раза. Среди женщин с ИППП уменьшилось количество случаев заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека и Chlamydia trachomatis, и возросло число случаев генитального герпеса.

## КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНИХОДИСТРОФИЯМИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Свечникова Е.В., Мерззликина Н.А.*

*Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ, Москва*

Цель: проанализировать структуру заболеваемости пациентов, обратившихся на прием по поводу изменений ногтевых пластин за период 2015-2017 гг. в отделение дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ; оценить характер поражения ногтевых пластин, возрастные и половые особенности.

Методы и материалы: проведен сравнительный ретроспективный анализ случаев обращения пациентов с жалобами



на изменения ногтевых пластин среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ за 2015, 2016 и 2017 годы. Оценивались следующие данные: количество пациентов за каждый отчетный период, характер поражения (микотическое или неинфекционное), количество пациентов мужского и женского пола, число обратившихся среди возрастных периодов 18-40, 41-60 и старше 60 лет. Результаты. За период с начала 2015 по конец 2017 гг. в ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ обратилось 1709 пациентов с жалобами на изменения ногтевых пластин, при этом количество обратившихся в среднем увеличивалось на 8% ежегодно. У каждого пациента было проведено микробиологическое исследование (микроскопическое и культуральное), в результате у 59% (n=1007) обнаружены признаки инфекционного поражения и выставлен диагноз микоз ногтей. Среди них 50,2% (n=506) мужчин и 49,8% (n=501) женщин. В 2015 г. количество зарегистрированных случаев онихомикоза составило 314 случаев, в 2016 г. – 344, в 2017 г. – 349, то есть число новых зарегистрированных случаев увеличивалось в незначительных пределах. Среди 41% (n=702) пациентов с неинфекционными поражениями ногтей за оцениваемый период 25% (n=172) мужчин и 75% (n=530) женщин соответственно. Количество обратившихся в каждом следующем году увеличивалось в среднем на 73% и составило в 2015 г. 125 случаев, в 2016г. – 204, в 2017 г. – 373. Выявлены возрастные особенности среди этих пациентов: среди лиц от 18 до 40 лет дистрофии ногтей имеют лишь 17% (n=116), от 41 до 60 – 40% (n=284), старше 60 лет неинфекционные поражения ногтей у 43% (n=302) пациентов.

Выводы: по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москва за 2015-2017 годы можно сделать выводы о том, что количество пациентов с жалобами на изменение ногтевых пластин неуклонно растет (в среднем на 8% в год), при этом число новых зарегистрированных случаев неинфекционного поражения ногтей значительно увеличивается. Подавляющее большинство, а именно 75% среди обратившихся, составляют женщины. Неинфекционные ониходистрофии чаще встречаются у лиц старше 40 лет, что подтверждается полученными данными: лишь у 17% пациентов до 40 лет выявлена данная патология.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗА ПЕРИОД С 2013 ПО 2017 ГОД**

*Скворцова А.И., Халдин А.А., Новожилова О.Л., Сунятуллина Н.Р., Ким Д.Г., Исаева Д.Р., Лупашко О.В., Лопухов П.Д.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Актуальность. Аногенитальные бородавки (АБ) являются высококонтагиозной клинической формой папилломавирусной патологии кожи и слизистых оболочек, 90% случаев которого ассоциировано с вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6, 11 типов. В ряде случаев, в дополнение к указанным типам, обнаруживаются также ВПЧ высокого онкогенного риска. АБ оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов, требует длитель-

ного и дорогостоящего лечения. Актуальность изучения эпидемиологической ситуации по АБ определяется высокой контагиозностью, широкой распространенностью и онкогенным потенциалом ВПЧ, высоким уровнем заболеваемости АБ в г. Москве и значительным удельным весом в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Целью исследования явилась оценка эпидемиологической ситуации в отношении заболеваемости АБ в городе Москве за 2013-2017 годы.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ заболеваемости АБ в городе Москве за пятилетний период на основании данных, представленных в формах федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями», № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой».

Результаты. В результате сравнительного анализа заболеваемости АБ в городе Москве за пятилетний период (2013-2017 годы) установлено, что официально регистрируемая заболеваемость АБ на протяжении пяти лет в городе Москве снизилась на 46,8%. Минимальный показатель заболеваемости отмечен в 2016 году (2152 случая, или 17,5 случаев на 100 000 населения). Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости на протяжении указанного периода составили лица в возрасте 18-29 лет. В 2017 году данный показатель составил 54,6%. Соотношение лиц женского и мужского пола, больных АБ, в 2017 году составило 1,1:1. Тенденция к некоторому преобладанию среди больных АБ лиц женского пола наблюдалась также и в период 2013-2016 годов. Анализ заболеваемости АБ среди детей и подростков показал невысокий уровень АБ среди детей 0-14 лет (0,6 случаев на 100 000 детского населения в 2017 году и 0,5 случая в 2013 году). Заболеваемость АБ среди подростков 15-17 лет в 2017 году составила 11,6 случая на 100 000 подросткового населения; при этом выявлено значительное снижение уровня заболеваемости АБ среди подростков на 77,4% по сравнению с 2013 годом (51,3 случая на 100 000 подросткового населения). В общей структуре заболеваемости ИППП отмечается некоторое уменьшение удельного веса АБ. Так, в 2016-2017 годах АБ занимают 2 ранговое место после сифилитической инфекции, в то время как в 2015-2012 годах занимали лидирующее положение.

Выводы. Анализ данных официальной статистики в отношении заболеваемости АБ в городе Москве за 2013-2017 годы показал стабильную тенденцию к снижению уровня заболеваемости АБ. Однако данная эпидемиологическая ситуация полностью не отражает истинную картину заболеваемости населения города Москвы АБ, так как подавляющее большинство медицинских организаций частных форм собственности не предоставляют сведения о выявленных случаях ИППП. Имеющее место в городе Москве несоответствие регистрируемой заболеваемости АБ их фактическому распространению требует совершенствования учетно-регистрационных мероприятий посредством разработки нормативной документации, обязывающей негосударственные медицинские организации осуществлять полноценный учет больных ИППП в установленном порядке. Значительный удельный вес АБ в структуре ИППП в городе Москве диктует необходимость оптимизации работы по ранней диагностике, лечению и профилактике АБ, тесного междисциплинарного взаимодействия смежных специалистов по вопросам своевременного выявления ИППП и разработки единых согласованных подходов по

ведению данной категории больных. В рамках первичной профилактики АБ целесообразным представляется включение иммунизации против ВПЧ в Национальный календарь вакцинации Российской Федерации, учитывая, что национальные программы иммунизации против ВПЧ ряда зарубежных стран Северной Америки, Европы, Австралии продемонстрировали высокую эффективность и безопасность в отношении снижения заболеваемости АБ.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2014-2016 ГОДЫ**

*Смирнова Т.С., Гайворонская О.В., Петунова Я.Г.  
Городской кожно-венерологический диспансер,  
Санкт-Петербург*

Целью работы явился анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) за 2014-2016 гг. в городе Санкт-Петербурге (СПб). Задачи – сравнить показатели с данными по Российской Федерации, выявить причины превышения показателей заболеваемости в СПб по сравнению с данными по Российской Федерации, проанализировать общую заболеваемость, удельный вес мигрантов, удельный вес различных форм сифилиса, включая скрытый, нейросифилис, поздние формы и врожденный. Материалы и методы: статистическая обработка и анализ отчетных форм № 34 и 9, утвержденных приказом Росстата от 29.12.2011 г. № 520. Данные были предоставлены районными кожно-венерологическими учреждениями города Санкт-Петербурга. Полученные результаты: показатели заболеваемости в 2016 г. в СПб по ИППП (6 инфекций) составили: 233,6 на 100 тыс. населения (по РФ – 159,8), по сифилису – 24,6 (РФ – 21,3), по гонорее – 9,1 (РФ – 14,4), другие ИППП (трихомоноз, хламидиоз, урогенитальный герпес и аногенитальные бородавки) – 199,9 (РФ – 124,1). Заболеваемость ИППП в СПб за 3 года (2014-2016) снизилась на 12%, но ее уровень по отдельным ИППП превышает показатели по РФ. Отмечается рост заболеваемости по аногенитальным бородавкам за 3 года на 3%. Общая заболеваемость сифилисом в 2014 г. в Санкт-Петербурге составила 40,6 на 100 тыс. населения, по РФ – 25,5; в 2015 г. 26,5 и 22,9 – соответственно; в 2016 г. – 24,6 и 21,2 – соответственно. Несмотря на снижение уровня заболеваемости сифилисом в Санкт-Петербурге, этот показатель остается выше уровня по РФ. В структуре заболеваемости сифилисом большой удельный вес составляют мигранты: в 2014 г. – 57%, 2015 г. – 43%, 2016 г. – 42%, 2017 г. – 44,5% – что оказывает отрицательное влияние на заболеваемость и эпидемиологическую ситуацию в городе. Без мигрантов заболеваемость в СПб составила в 2014 г. – 17,8; 2014 г. – 15,4, 2016 г. – 14,3, что значительно ниже, чем по РФ. Скрытые формы по городу в 2014-2016 гг. составляли от 80% до 71%, среди мигрантов – от 97,3% до 99,1%. Нейросифилис (ранний и поздний) составил по городу в 2014-2016 гг. от 3,2% до 7,9% (РФ – 4,6% – 2016 г.). Поздние формы по городу в 2014-2016 гг. составили от 51,1% до 46,1% (РФ – 35,5% – 2016 г.). Высокий показатель в СПб связан с большим удельным весом мигрантов больных сифилисом, среди которых поздние формы составили – от 66,3% до 63,3%. Сифилис сердечно-сосудистой системы составляет 0,4-0,6% от всех больных сифилисом, данных по РФ – нет. Показатель заболеваемости врожденным сифилисом на 100 тыс. родившихся живыми ниже, чем по РФ (в 2014 г. СПб – 4,5, РФ – 5,9; 2016 г. СПб – 1,3; РФ – 1,8).

Выводы. Показатели заболеваемости в СПб в 2016 г. по всем ИППП (кроме гонорей и трихомоноза) превышают показатели по РФ, за счет большого количества мигрантов из СНГ, страдающих ИППП. Отмечается высокий уровень выявляемости ИППП за счет наличия широкой доступной сети медицинских организаций и хорошего оснащения их современным лабораторным оборудованием. Высокий удельный вес скрытых форм сифилиса прослеживается в СПб по всей территории РФ и зависит от вирулентности микроорганизма, состояния иммунной системы человека, приема антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний, позднего обращения в медицинские организации, самолечения (при свободной продаже антибиотиков) и других причин. Высокий удельный вес выявленного нейросифилиса в СПб связан с широким применением люмбальной пункции (в 2013 г. – 326 пункций, в 2016 г. – 443) при скрытых формах сифилиса.

## **ГЕНЕТИКА ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ПСОРИАЗА И ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА**

*Соболев В.В., Третьяков А.В., Соболева А.Г., Рудько О.И., Сакания Л.Р., Корсунская И.М., Климов Е.А  
Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Университетская диагностическая лаборатория, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Российский университет дружбы народов, Медицинский институт, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

В последнее время получило развитие новое научное и медицинское направление – психодерматология, подразумевающая сначала лечение психоэмоциональных расстройств (тревожность, депрессия, стресс и т.д.), а потом кожных проявлений. Отнесение псориаза к разряду психосоматических заболеваний кожи основано на огромном клиническом материале, позволяющем проследить взаимосвязь между стрессовыми ситуациями, депрессиями и дерматозом. Психодерматология представляет собой научное направление, образовавшееся на стыке психиатрии и дерматологии. Психодерматология изучает природу связи между кожными и психическими болезнями, которые нередко развиваются у одного и того же пациента одновременно. Целью данного исследования являлся поиск ассоциации с псориазом полиморфных участков генов, кодирующих ферменты и регуляторы биогенеза основных катехоламинов (дофамина, эпинефрина и норэпинефрина): CCKAR (rs1800857), CCKBR (rs1805002), COMT (rs4680), DBH (rs141116007, rs1611115, rs2097629). В работе использована цельная кровь пациентов с псориазом (n=88) и популяционная выборка жителей Москвы в качестве контроля (n=363). Выделение ДНК из крови проводили с использованием набора MagnaTM DNA Prep 200 (Лаборатория Изоген, Москва). Аллельное состояние генов анализировали методами ПЦР-ПДРФ, аллель-специфичной ПЦР и ПЦР в реальном времени с TaqMan-зондами (ДНК-синтез, Москва) с использованием наборов HS Taq ДНК полимеразы и qPCRmix-HS (Евроген, Москва). Результаты. ПЦР-ПДРФ и аллель-специфичной ПЦР анали-

зировали в 2% агарозном геле. ПЦР в реальном времени проводили на приборе CFX-96 (Bio-Rad, USA). Статистическую обработку проводили с использованием программ WinPeri (двусторонний критерий Фишера и критерий Пирсона).

Нами выявлена статистически значимая ассоциация с псориазом: генотип GA замены rs4680 гена COMT ( $F_i(p)=1,3E-5$ ;  $\chi^2=19,16$ ,  $p=1,2E-5$ ,  $OR=3,47$ ). Для других исследованных замен в генах CCKAR, CCKBR и DBH не обнаружено связи с псориазом. Механизм эффекта гетерозиготы по гену COMT не ясен. Возможно, гетеродимер COMT имеет другую степень сродства к субстратам: дофамин, эpineфрин и норэpineфрин. Таким образом, обнаруженные нами ассоциации могут приводить к дисбалансу дофамина/эpineфрина/норэpineфрина, что, по всей видимости, связано с патогенезом псориаза.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что катехол-о-метилтрансфераза (ген COMT) влияет на предрасположенность к развитию псориаза. Носительство обоих аллелей в различных сочетаниях с другими аллелями образует сильно ассоциированные паттерны ( $OR>3.3$ ).

## АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА

*Соколова Т.В., Давиденко М.С., Саверская Е.Н.  
Московский государственный университет  
пищевых производств, Москва*

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – значимая междисциплинарная проблема. В экономически развитых странах почти 30% детского населения страдает АтД. Исследования последних лет показали, что АтД, впервые выявленный в детстве, персистирует у 45-60% взрослых пациентов. Доля больных АтД в структуре обращаемости к врачам различных специальностей составляет более трети. АтД характеризуется манифестацией в первый год жизни, тяжестью клинических проявлений, увеличением числа больных с непрерывным течением заболевания, торпидностью к проводимой терапии, частой инвалидизацией. Особого внимания при выборе тактики лечения АтД требуют дети, относящиеся к категории наиболее уязвимых по безопасности фармакотерапии.

Цель исследования – провести анализ распространенности и заболеваемости АтД у детей различных возрастных групп в РФ и ее субъектах за 12 лет (2005-2016 гг.).

Материалы и методы исследования. Использованы данные официальной статистики Минздрава РФ.

Результаты собственных исследований. Данные официальной статистики свидетельствуют о стабильности интенсивного показателя (ИП) распространенности АтД у населения РФ в целом за последние 12 лет. Его колебания были в небольших пределах: 464,1 (2005), 462,9 (2010), 439,2 (2016). Наивысшее значение этого показателя зарегистрировано в Северо-Западном ФО: 649,2 (2005), 642,8 (2010) и 7381 (2016). Наименьшие показатели были в Северо-Кавказском ФО (304; 300,7 и 338,2 соответственно) и Южном ФО (312,7; 310,4 и 279,9). Общеизвестно, что АтД преобладает у городского населения. В то же время распространенность АтД в г. Москве (321,7; 207,5 и 191,1) значительно ниже, чем в целом по Центральному ФО (383,4; 302,2 и 284,7), но в Московской области (411,8; 322,7 и 276,7) соответствовал таковому. Однако в г. Санкт-Петербурге он был значительно выше (805,2; 858,6 и 1007,1) чем в Северо-Западном ФО. ИП заболеваемости АтД в

РФ в целом в указанные годы был всего в 1,9 (243,3); 2,1 (209,4) и 2,2 (202,8) раза меньше, чем ИП распространенности. Учитывая, что показатель распространенности АтД является суммой числа больных, состоящих на диспансерном учете у дерматолога, и впервые зарегистрированных в текущем году, можно полагать, что их отличие всего в 1,9-2,2 раза свидетельствует о снятии с учета большинства больных в связи с их выздоровлением. Аналогичная ситуация выявлена и в крупных годах РФ. В Санкт-Петербурге эти показатели отличались в 2,4 (309,4), 2,3 (299,5) и 2,2 (330,2) раза, а в г. Москве – в 2,2 (163,3), 2,3 (89,1) и в 3,3 (56,6) раза. В связи с этим особый интерес представляло сравнение обоих ИП при АтД у детей в возрасте от 0 до 14 лет и подростков 15-17 лет. Данные представлены также за 2005, 2010 и 2016 годы. ИП распространенности АтД у детей составлял 1881,0; 1670,3 и 1657,2, а у подростков был всего в 1,7 (1113,7), 1,5 (1116,8) и 1,4 (1159,4) меньше. Следует учитывать, что первый возрастной период охватывает 14 лет, а второй – всего 3 года. Аналогичная закономерность зарегистрирована и при сравнении ИП заболеваемости АтД. У детей он составлял 1120,8; 878,7 и 836,7, а у подростков был всего в 2,4 (461,0), 2,1 (422,8) и 2 (409,1) меньше. С другой стороны, первичная регистрация АтД в возрасте 15-17 лет может свидетельствовать о поздней манифестации данного заболевания. Не исключено, что это обусловлено лечением детей не по месту жительства, а в различных НИИ, аллергологических центрах, частных клиниках и т.п. без соответствующей регистрации, но с постановкой на диспансерный учет по месту жительства только в период приписки в военкоматах. Кроме того, определенную роль может играть и факт недостаточной эффективности терапии данной уязвимой группы населения, что требует дополнительного анализа.

Выводы. 1. Высокие ИП распространенности и заболеваемости АтД в РФ свидетельствуют о междисциплинарной значимости данной патологии. 2. Низкие ИП распространенности и заболеваемости АтД в Москве свидетельствуют об обращении значительного числа больных АтД в негосударственные лечебные учреждения, по которым отсутствуют статистические данные. 3. Причиной высокого ИП заболеваемости АтД в возрастной группе 15-17 лет может быть увеличение частоты поздних манифестаций заболевания, постановка на учет юношей приписного возраста и недостаточная эффективность проводимой терапии.

## КАК ПРАВИЛЬНО ВЫБРАТЬ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

*Соколова Т.В., Меньшикова А.И., Давиденко М.С.  
Московский государственный пищевой  
университет, Москва*

Актуальность. Доля больных аллергодерматозами в структуре дерматологической патологии составляет до 50%. Наибольший удельный вес заболеваний кожи (до 81%) зарегистрирован у детского населения, АтД – у подростков (24,8%), контактного дерматита – у взрослых (17,7%). Основным документом, разрешающим использовать лекарственное средство (ЛС) на российском рынке, является Регистрационное удостоверение на препарат. Перечень АГП, разрешенных для применения в медицинской практике, приведен в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) РФ. Определенные трудности врачей возникают в связи с введением в практику международных не-



патентованных наименований (МНН) препаратов. Их врачи не всегда знают. С другой стороны, использование МНН лекарственных препаратов дает возможность работникам аптек манипулировать назначениями врачей и выполнять роль «консультантов».

Цель исследования. Повысить информированность врачей о приоритетах в выборе АГП, зарегистрированных в ГРЛС РФ с учетом МНН и торговых наименований (ТН) препаратов для лечения детей как наиболее уязвимого контингента населения.

Материалы и методы исследования. Использованы данные ГРЛС РФ с официального сайта (grls.rosminzdrav.ru).

Результаты собственных исследований. В ГРЛС представлен широкий спектр АГП I-III поколений. Эти препараты выпускаются в виде различных лекарственных форм. К АГП I поколения, представленным в ГРЛС, относятся несколько МНН. Это дифенгидрамин (ТН: димедрол, димедрол бифус, димедрол-УБФ, димедрол-Виал, димедрол авексима); прометазин (ТН: пипольфен); клемастин (ТН: тавегил, клемастин-эском); хлоропирамин (ТН: супрастин, хлоропирамин, хлоропирамин-ферейн); хифенадин (ТН: фенкарол); сехифенадин (ТН: гистафен). АГП II поколения – наиболее многочисленная группа. Сюда относятся МНН: цетиризин (ТН: цетиризин, цетрин, парлазин, цетиризин гексал, зодак, алерза, аллертек, зинцет, зиртек, летицен, цетиринакс, цетиризин Сандоз, цетиризин-Тева, цетиризин ДС, цетиризин-Арихин); левоцетиризин (ТН: супрастинекс, ксизал, левоцетиризин, зодак экспресс, аллервэй, алерсэт-Л, зенаро, эльцет, цезера, гленцет, левоцетиризин Сандоз, левоцетиризин-Тева); лоратадин (ТН: лоратадин, кларитин, кларисенс, алерприв, ломилан, ломилан соло, кларотадин, эролин, лорагексал, кларнедин, клаллергин, кларицер, кларидол, лоратадин-Эко, лоратадин-Хемофарм, лоратадин-Тева, лоратадин-Верте, лоратадин-Акрихин, лоратадин Штада, лоратадин-ОВЛ); эбастин (ТН: эбастин, кестин, эспа-бастин); ципрогептадин (ТН: перитол); акривастин (ТН: семпрекс); мебгидролин (ТН: диазолин); диметинден (ТН: фенистил, фенистил 24). В группе АГП III поколения МНН всего 2. Это фексофенадин (ТН: телфаст, фексадин, динокс, телфадин, фексофенадин-Акрихин, аллерфекс, фексофенадин, бексис-сановель, фексофаст, гифаст, аллегра) и дезлоратадин (ТН: эриус, дезлоратадин, дезал, алестамин, элизей, элор, элор Солюшн Таблетс, лордестин, блогир-3, налориус, дезлоратадин-Тева, дезлоратадин канон). Наиболее уязвимой группой населения являются дети. С месячного возраста показаны препараты для парентерального введения (димедрол, хлоропирамин, супрастин) и внутрь фенистил в каплях. С 2-месячного возраста можно применять пипольфен парентерально. С 6 месяцев наиболее безопасны АГП в виде капель (цетрин, зодак, зиртек) и сиропа (перитол, элизей). Детям в возрасте одного года уже можно применять тавегил и клемастин-Эском парентерально; цетиризин и парлазин в каплях; дезал в растворе; эриус и лордестин в сиропе. С 2-летнего возраста приоритетными являются таблетки (кларисенс, кларотадин, перитол). Можно использовать сиропы (цетрин, зодак, зинцет, лоратадин, кларисенс, эролин, кларитин) и капли (супрастинекс, ксизал). Начиная с 3 лет разрешено применять фенкарол, лоратадин, ломилан, эролин, кларитин, диазолин в таблетках. Начиная с 6 лет практически все выше перечисленные препараты можно использовать в таблетированной форме. Кестин, эбастин, семпрекс, дезал, эриус, дезлоратадин в таблетках разрешено применять только с 12 лет.

Выводы. Все перечисленные выше АГП, зарегистрированные в ГРЛС РФ, могут применяться для лечения различных нозологических форм аллергических заболеваний. В соот-

ветствии с данным информационным ресурсом МНН АГП I поколения зарегистрировано 6, а ТН – 13; II поколения – 8 и 55, соответственно; III поколения – 2 и 23. Следует отметить, что при наличии регистрации в ГРЛС часть препаратов в аптечной сети российского рынка отсутствует. Детям АГП следует назначать строго с учетом возраста, что отражено выше.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Таганов А.В.*

*Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва*

Герпетическая экзема (ГЭ) является проявлением диссеминированной герпесвирусной инфекции, развивающейся исключительно на фоне хронических дерматозов, среди которых ведущую роль играет атопический дерматит. Клинические проявления этого заболевания впервые в 1883 г. описал F. Juliusberg и в 1899 г. – Moriz Karosi. Данное описание легло в основу диагностики ГЭ в настоящее время. Нами был проведен анализ полнотекстовых и тезисных версий статей по электронной базе данных Scopus, используя ключевое слово (TITLE: Eczema herpeticum) в период с 1950 по 2017 гг. В результате проведенного анализа мы выявили, что в период с 1950 по 1999 гг. было опубликовано 136 статей, посвященных данной теме, а с 2000 по 2017 гг. – 203. За последние семнадцать лет отмечено двукратное увеличение количества публикаций, что говорит о повышенном внимании к данной проблеме. В некоторых случаях данное заболевание может развиваться молниеносно, с выраженным интоксикационным синдромом и приводить к тяжелым осложнениям, включающим герпетический кератит, диссеминированную инфекцию с поражением внутренних органов и смерть. До появления противовирусных средств уровень смертности среди детей достигал 75%, в настоящее время летальность при герпетической экземе остается достаточно высокой и достигает до 9%. Ранняя диагностика позволит избежать развития тяжелых осложнений и смертности среди детей с ГЭ. Несмотря на то, что ГЭ является потенциально опасным для жизни осложнением атопического дерматита, количество глобальных исследований по данной теме малочисленно. В одном кросс-секционном исследовании, проведенном в США с 2002 по 2012 гг., были определены показатели распространенности ГЭ (4,03-7,30 на миллион госпитализированных детей в год) и смертности среди детей (0,1%). Отсутствие статистических данных в России продиктовало проведение комплексного изучения клинико-демографических и эпидемиологических особенностей современного течения ГЭ у детей с АД, с целью выявления группы детей с высоким риском по заболеванию. Клинические материалы и методы. Основная группа включала 113 детей с ГЭ: при обследовании детей и подростков в Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой с 2012 по 2016 года было выявлено 48 больных ГЭ, при проведении ретроспективного анализа детей с 2000 по 2011 год – 65 больных в возрасте от 4 мес. до 18 лет. Группа сравнения включала 37 детей с АД, не сочетающимся с герпетической экземой в возрасте от 4 мес. до 18 лет.

Результаты исследований. Проведенное нами эпидемиологическое исследование позволило установить распространенность ГЭ: среди детей от 2 до 18 лет – 0,1%. в

раннем возрасте – 0,3% (причем в возрастной категории до 1 года частота встречаемости ГЭ при АД была в 3,6 раз выше, чем просто atopического дерматита). Во время нашего исследования развитие тяжелых осложнений с летальным исходом зарегистрировано не было. В целом по возрастным группам анализ гендерных различий по группам ГЭ при АД в сравнении с группой детей с АД не установил. Нами было установлено, что в весенне-летний период года частота заболеваемости ГЭ при АД была в 2,5 раза выше, чем просто АД. Также было выявлено, что ГЭ развивается чаще при наличии у родственников atopического дерматита (в 1,7 раза) или поллиноза (в 2,5 раза). В исследовании достоверно продемонстрировано, что у детей ГЭ развивалась исключительно на фоне АД среднетяжелого и тяжелого течения, при этом в случаях тяжелого течения герпетическая экзема регистрировалась в 1,2 раза чаще ( $p < 0,001$ ). Таким образом, в категорию факторов риска развития ГЭ у детей с АД включены: возраст ребенка до 1 года, сезонность (весенне-летний период года), наследственность (наличие у ближайших родственников atopического дерматита или поллиноза), клиническая картина АД (среднетяжелая или тяжелая форма).

Заключение. Представленные данные дают краткое клинико-демографическое, эпидемиологическое и статистическое описание пациентов с atopическим дерматитом, которые подвергаются наибольшему риску развития потенциально опасной для жизни вирусной инфекцией, такой как герпетическая экзема. Знание данных критериев позволит повысить эффективность лечения данных пациентов.

## К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРЕТРОГЕННЫМ ПРОСТАТИТОМ

*Суворов С.А.*

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

В комплексной терапии хронического уретрогенного простатита (ХУП) с явлениями склероза предстательной железы (ПЖ) нами использовался новый высокоэффективный метод физиотерапии, основанный на эндоуретральном введении протеолитического фермента коллализина с помощью аппарата «Интрамаг» (производство ООО «Трима», Саратов, Лицензия МЗ России №64/ 2003-0097-0153 от 04.03.2003), позволяющего проводить комплекс терапевтических воздействий: вибромассаж, магнитотерапию, ирригацию, эндоуретральный магнито- и электрофорез. При разработке метода учитывалось важное свойство протеаз специфически действовать только на девитализированные ткани, оставляя интактными живые, ввиду наличия в последних антиферментов. В качестве протеолитического фермента нами использовался отечественный препарат коллализин, получаемый из культуры *Clostridium hystolicum*. Комплексная терапия с использованием эндоуретрального магнито-электрофореза коллализина на аппарате «Интрамаг» проводилась 105 больным паренхиматозным ХУП с явлениями склероза ПЖ. Хламидийная этиология ХУП имела место в 56 (53,3%), трихомонадная – в 49 (46,6%), гонококковая – в 4 (3,8%), смешанная – в 32 (34,5%) случаях. Возраст больных варьировал от 34 до 58 лет (средний возраст  $42,4 \pm 0,6$  года), длительностью патологического процесса – от 6 до 36 лет (в среднем  $9,4 \pm 0,8$  года). Странгурия отмеча-

лась у 97 (92,4%); никтурия – у 28 (26,7%), в том числе более двух раз – у 71 (67,6%); у 78 (74,3%) отмечались нарушения половой функции, в том числе у 68 (64,8%) – снижение либидо, у 61 (58,1%) – ослабление эрекции, у 36 (34,3%) – ускорение эякуляции, у 20 (19%) – ее замедление, у 72 (68,6%) – стёртый оргазм. При пальпации ПЖ у всех больных была уплотненной, уменьшенной в размере, ассиметричной, с чёткими границами, безболезненной. Междолевая бороздка была нечеткой или не определялась. Получить секрет ПЖ у 64 (63,8%) пациентов не удавалось. У 41 (36,2%) больных в секрете имелось лейкоцитов до 10 в поле зрения, лецитиновые зерна отсутствовали, у 64 количество лейкоцитов было более 15 в поле зрения (по данным исследования секрета ПЖ и центрифугата мочи). При ТРУЗИ в 67 (63,8%) случаях размеры ПЖ были уменьшены, а контуры чёткими, ровными. Водный раствор коллализина вводился эндоуретрально в дозе 500 КЕ с «+» полюса, при силе тока 0,1 мА в течение 20 минут. После 10-дневного курса вибромассажа и магнито-электрофореза препарата коллализин на аппарате «Интрамаг» (патент № 2139726) у всех больных констатирован отчетливый терапевтический эффект. Дизурические расстройства у пациентов разрешались на 3-4 день терапии, сексуальная функция восстанавливалась на 7-8 день (при этом нормализовались соответственно: либидо на 2-3, эрекция – на 6-8, эякуляция – на 7-8 и оргазм – на 8-9 дни). В итоге после проведенного лечения у 94 (96,9%) пациентов произошла нормализация мочеиспускания, у 69 (88,5%) улучшилась половая функция, из них у 58 (84,1%) восстановилось либидо, у 52 (75,4%) нормализовались эрекции, у 43 (62,3%) – эякуляция и у 68 (98,6%) – оргазм. После курса терапии у пациентов при пальпации ПЖ было отмечено приобретение ПЖ упруго-эластической консистенции, более четко стала определяться ее продольная бороздка. Через 1 мес. после лечения в секрете ПЖ у 101 (96,2%) больных определялись: 1-2 лейкоцита в поле зрения, лецитиновые зёрна в умеренном или большом количестве. Представленные данные убедительно свидетельствуют об отчетливом эффекте лечения больных паренхиматозным ХУП с явлениями склероза при использовании в комплексной терапии эндоуретрального магнито-электрофореза коллализина и вибромассажа на аппарате «Интрамаг», по сравнению с традиционной терапией.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ ФОРМ ПРЕПАРАТА МИКРОСЕРЕБРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Тихомиров Т.А., Короткий В.Н., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Федорова Н.И.*

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

Введение. Нарастающая частота встречаемости atopического дерматита по всему миру, изучение провоцирующих факторов, а также звеньев его патогенетической цепи, стимулируют исследователей к разработке новых подходов к патогенетической терапии данного дерматоза. Из-

менение кожного микробиоценоза у детей, страдающих атопическим дерматитом, является доказанным фактом, значительно усугубляющим течение данного заболевания. Генетически опосредованное нарушение эпидермального барьера и сухость кожных покровов приводят к изменению микробиологического пейзажа кожи с преобладанием группы патогенных микроорганизмов. Использование антибактериальных препаратов для восстановления кожного микробиома чревато развитием токсикоаллергических реакций со стороны макроорганизма, и развитию новых механизмов резистентности к применяемому препарату со стороны микроорганизма. Препарат микро серебра был использован в качестве альтернативного метода обеспечения элиминации патогенной микрофлоры с поверхности кожи.

Цель: оценить эффективность наружной терапии препаратом микро серебра у детей, страдающих атопическим дерматитом.

Материалы и методы. От 25 пациентов с атопическим дерматитом в первые 48 часов пребывания в стационаре было получено 50 образцов клинического материала, с пораженной кожи верхних конечностей. Было проведено бактериологическое исследование полученных образцов с идентификацией видов микроорганизмов автоматическим микробиологическим анализатором. Участникам была назначена терапия, включающая в себя системную (антигистаминные, десенсибилизирующие препараты), физиотерапию (бальнеотерапия) и наружную терапию (одна конечность обрабатывалась 0,1% гидрокортизоновой мазью и анилиновым красителем 2 раза в день, другая конечность обрабатывалась кремом с 0,3% препаратом микро серебра 2 раза в день, в течение 7 дней). Повторное бактериологическое исследование включало 50 образцов клинического материала с поверхности кожных поражений, исследуемых до начала лечения. В ходе бактериологического обследования первично полученных изолятов были выделены микроорганизмы четырех видов, принадлежащие двум бактериальным родам. Доминирующее значение в колонизации пораженной кожи имел *S. aureus*, определенный у 96% исследуемых пациентов, у 20% участников была установлена колонизация *S. epidermidis*. На поверхности кожи 8% исследуемых был обнаружен *S. hominis*. Представитель рода *Streptococcus* вида *crifarum* был обнаружен у 4% участников. При оценке степени микробной обсемененности *S. aureus* у 46% наблюдался обильный рост, у 46% умеренный рост, у 8% исследуемых скудный рост, соответственно. Повторное бактериологическое исследование с поверхности пораженной кожи, обрабатываемой препаратом микро серебра, продемонстрировало снижение степени микробной обсемененности *S. aureus* у 79,1% пациентов, вплоть до полной элиминации *S. aureus* у 33,3% исследуемых.

Выводы. Данное исследование подтвердило высокий уровень колонизации кожи *S. aureus* у детей раннего и школьного возраста, страдающих атопическим дерматитом. Распространенность данного микроорганизма и его роль в патогенезе атопического дерматита требует разработки новых подходов для его элиминации с поверхности пораженной кожи. Использование препарата микро серебра продемонстрировало значительный бактерицидный, дерматопротективный и противовоспалительных эффекты без применения кортикостероидов и антибактериальных препаратов. Препарат микро серебра рекомендуется к рассмотрению в качестве поддерживающей дерматопротективной терапии.

## ЛОКАЛЬНАЯ УЗКОПОЛОСНАЯ (311 НМ) ФОТОТЕРАПИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

*Турбовская С.Н., Круглова Л.С.*

*Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва*

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов. По данным многочисленных исследований от 1 до 3% населения всего земного шара страдает этим заболеванием. Одной из актуальных проблем является детский псориаз, заболеваемость которым имеет четкую тенденцию к росту. Ладонно-подошвенный псориаз у детей встречается примерно в четверти случаев всех форм псориаза и отличается торпидностью течения патологического процесса и резистентностью к проводимой терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет с диагностированным ладонно-подошвенным псориазом с торпидным течением и резистентным к стандартной терапии (топические кортикостероиды). Всем пациентам была назначена локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая (УФВ 311нм) терапия и топический ингибитор кальциневрина (такролимус 0,1%). Протокол назначения ультрафиолетовой терапии включал: начальная доза без определения МЭД – 0,1 Дж/см<sup>2</sup>, увеличение дозы на каждую последующую процедуру на 0,1 Дж/см<sup>2</sup>, 4 процедуры в неделю, на курс – 25.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов отмечалась выраженная положительная динамика в отношении клинических симптомов заболевания, при этом PASI 100 отмечалось у 36 (78,3%), PASI 75 – у 10 (21,7%). Следует отметить, что ни в одном клиническом случае после применения данного метода не наблюдалось каких-либо побочных эффектов.

Заключение. Локальное применение УФВ 311нм терапии и топического ингибитора кальциневрина у детей с ладонно-подошвенным псориазом является высокоэффективной методикой. Данный метод позволяет достичь клинической ремиссии и значительного улучшения у 100% пациентов с данной формой псориаза.

## ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), КАК ФАКТОР ПОДДЕРЖАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

*Тюленев Ю.А., Махова Т.И., Титов И.С., Гуцин А.Е.*

*Научно-консультативный клинико-диагностический центр ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва*

Введение. В отечественной дерматовенерологической практике традиционно принято обследовать урогенитальную область пациента при подозрении на ИППП, а информация о сексуальных предпочтениях часто не учитывается врачами при сборе анамнеза или скрывается пациентами. В такой ситуации из поля зрения специалистов ускользают классические группы повышенного риска инфицирования ИППП: мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) с ректальными и



орофарингеальными проявлениями инфекций. В США, по данным Центра по контролю заболеваемости, 70-88% ИППП выявляются только экстрагенитально, а 85% случаев ректальной гонореи и хламидийной инфекции протекает бессимптомно, в связи с чем пациентам из группы МСМ рекомендовано ежегодное обследование на ИППП методом ПЦР, включая исследование биоматериала из прямой кишки и ротоглотки. Несмотря на это в 2016 году в США число новых случаев ИППП, в том числе сифилиса, достигло наивысшего значения за последние двадцать лет, причем 80% новых первично инфицированных сифилисом и гонореей приходится на МСМ. В РФ данные о частоте встречаемости ректальных и фарингеальных форм ИППП у МСМ или других социальных групп отсутствуют, а официальная статистика включает только информацию о смешанной популяции с преимущественно урогенитальными проявлениями венерических заболеваний, что осложняет и искажает эпидемическую ситуацию. Росту заболеваемости способствует также широкое распространение антибиотикорезистентных штаммов гонококков, персистирующих преимущественно в ротовой полости МСМ. Отсутствие молекулярных методов тестирования в системе обязательного медицинского страхования осложняют своевременное выявление ИППП.

Цели и задачи. Определение распространенности экстрагенитальных (ректальных и фарингеальных) форм ИППП среди МСМ для повышения качества и эффективности обследования лиц из групп рискованного сексуального поведения. Изучение возможных путей передачи ИППП в гетеросексуальной среде.

Материалы и методы. Обследовано 117 мужчин, идентифицировавших себя как гомо- и бисексуалы. Каждый участник проходил анкетирование, включающее более 30 вопросов, о возрасте, сексуальных предпочтениях, наличии случайных связей и др. Респондентов привлекали при помощи общественной организации Фонд «Шаги» и врача-проктолога. Материалом для исследования служили: первая порция мочи и слизистое, отделяемое из ротоглотки и прямой кишки. Образцы исследовали методом ПЦР на наличие ДНК *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, Herpes Simplex Virus (HSV) I, HSV II и *T. pallidum*. Пробы, в которых обнаруживались вышеуказанные возбудители, направлялись на подтверждение методом NASBA. Изучали анамнестические данные пациентов о перенесенном сифилисе и ВИЧ-статусе.

Результаты. Частота обнаружения вышеуказанных ИППП в моче составила: *N. gonorrhoeae* – 0,9%, *C. trachomatis* – 4,3%, *M. genitalium* – 0,9%, HSVII -0,9%, HSV I обнаружен не был. В прямой кишке: *N. gonorrhoeae* – 10,3%, *C. trachomatis* – 14,5%, *M. genitalium* – 6,8%, HSV I – 6,0%, HSVII – 7,7%, *T. pallidum* – 1,7%. В ротоглотке: *N. gonorrhoeae* – 8,5%, *C. trachomatis* – 1,7%, *M. genitalium* – 3,4%, HSV I – 6,0%, HSV II – 6,0%, *T. pallidum* – 3,4%. Возбудитель урогенитального трихомониаза обнаружен не был. При этом на долю ректальных и фарингеальных ИППП пришлось 94,4% от общего числа выявленных случаев. Только у 10,1% пациентов был найден как минимум один возбудитель ИППП в моче, а у 3,6% пациентов моча была единственным материалом, где выявлялись изучаемые возбудители. Частота встречаемости ИППП в прямой кишке и в ротоглотке была достоверно выше ( $p < 0.001$ ), чем в моче, относительно всех возбудителей. Лишь число случаев выявления *C. trachomatis* в моче было выше, чем в ротоглотке (4,3% vs 1,7%). Серопозитивными к ВИЧ являлись 38% пациентов. Наличие сифилиса в анамнезе наблюдалось у 24,3% обследован-

ных. 89% опрошенных заявили о наличии случайных связей и нерегулярном использовании презервативов. Около 5% участников исследования заявили о наличии случайных связей как с мужчинами, так и с женщинами. Выводы. Установлен высокий уровень распространенности ИППП у МСМ. Экстрагенитальные формы встречаются достоверно чаще, чем урогенитальные. Выявление ИППП исключительно урогенитальной локализации наблюдалось только у 3,6% обследованных МСМ. Преобладание бессимптомного течения экстрагенитальных ИППП у МСМ, а также наличие сексуальных связей с лицами обоего пола несет потенциальную угрозу для эпидемической ситуации среди населения.

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н. Новосельцев М.В., Васильева А.Ю., Моднова А.Г.*

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

В дерматологии на протяжении десятилетий обсуждается вопрос о принадлежности склероатрофического лишена к очаговой склеродермии. Так как в настоящее время наблюдается патоморфоз многих хронических дерматозов, возник вопрос о современных особенностях течения склероатрофического лишена. С этой целью мы провели обследование 27 женщин в возрасте от 24 до 77 лет, наблюдавшихся по поводу данного заболевания в течение 0,5-16 лет.

Клиническая картина была представлена белыми пятнами диаметром в среднем 0,5 см, располагавшимися на шее, груди, плечах, половых органах, реже на животе и спине. Цвет этих пятен снежно-белый, перламутровый. По периферии проходила узкая цианотическая кайма, напоминающая сиреневое кольцо при бляшечной склеродермии. В центре пятна иногда бывает углубление, выполненное роговой пробочкой. Высыпания существуют длительно, заканчиваясь атрофией. Иногда пятно выглядит эритематозным, но затем развивается атрофия. В отдельных случаях наблюдается фолликулярное расположение пятен.

У 6 пациенток высыпания на коже сочетались с очагами в области гениталий, в том числе белесоватыми папулами на внутренней поверхности половых губ – у 2 пациенток, поверхностной атрофией и депигментацией – у 2, по типу участков атрофии на фоне отека и гиперемии – у 1, атрофией слизистой оболочки по типу папиросной бумаги – у 1 пациентки.

У 2 пациенток отмечено появление буллезных высыпаний на коже. У 5 пациенток склероатрофический лишень сочетался с проявлениями бляшечной склеродермии на коже туловища, у 1 – с клиническими симптомами линейной склеродермии. 22 из 27 пациенток имели избыточную массу тела. Среди интеркуррентных заболеваний наиболее часто (у 12 пациенток) обнаруживался сахарный диабет 2-го типа. У 9 была выявлена артериальная гипертензия, у 6 – хроническая пневмония. У 4 пациенток диагностирована патология желудочно-кишечного тракта, у 3 – заболевания почек.

Таким образом, представленные нами данные подтверждают ранее представленные наблюдения о полиморфизме заболе-

вания, нередко сочетании склероатрофического лишена с различными формами склеродермии, преобладании сахарного диабета 2-го типа среди интеркуррентной патологии.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ КОЖИ

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Вартапетян Н.В., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Деньдоброва Ф.Н., Голубева Ю.М.*

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

Цель: оценить эффективность проведения стандартной комбинированной терапии при ограниченной склеродермии с помощью УЗИ кожи.

Введение. В настоящий момент в практике дерматолога широко используется метод УЗИ кожи, который позволяет определить изменения толщины, структуры кожи и подкожной клетчатки, а также оценить динамику проводимого лечения. Неоспоримым преимуществом данного метода является его неинвазивность, простота проведения, возможность многократного применения при динамическом наблюдении. УЗИ кожи заполняет пробел, который существовал ранее, между визуальными методами исследований и патоморфологическим методом исследования кожи, который является небезопасной и инвазивной процедурой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением во 2 ДВО стационара МНПЦДК филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» за 2017 год находилось 45 женщин в возрасте от 38 до 87 лет с диагнозом «Ограниченная склеродермия, бляшечная форма», получающие курсовую комбинированную терапию в стандартном объеме. При осмотре у всех пациенток визуализировались высыпания в виде пятен и бляшек различных размеров с гладкой атрофичной поверхностью.

Всем пациенткам проводилось УЗИ исследование кожи двухкратно (при поступлении и в динамике с интервалом через 6 месяцев). Замечено, что стабилизация течения заболевания отмечалась у 30 пациенток (66,6%). У 12 пациенток (12%) отмечено улучшение кожного процесса в виде уменьшения толщины и акустической плотности эпидермиса и дермы, данные процессы вероятнее всего происходили за счет изменения размеров клеток. У 3 пациенток (6,6%) при проведении контрольного УЗИ кожи, отмечалась отрицательная динамика в виде в виде увеличения толщины и акустической плотности эпидермиса и дермы, а так же увеличения количества коллагеновых волокон (основываясь на результаты проведенного исследования, было принято решение о присоединении к проводимому лечению препаратов резервного ряда).

Выводы. Таким образом, УЗИ кожи обладает рядом неоспоримых преимуществ для динамического наблюдения с целью контроля проводимого лечения. Это единственный на сегодняшний день метод, который позволяет, без подтверждения, видеть морфологию кожных покровов *in vivo*.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНВАЗИВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В МНПЦДК ДЗМ ФИЛИАЛ «КЛИНИКА ИМ. В.Г. КОРОЛЕНКО»

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Деньдоброва Ф.Н., Голубева Ю.М., Вартапетян Н.В., Большева А.А.*

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

Склеродермия – полисиндромное хроническое, относительно редкое заболевание, характеризующееся только очаговым поражением кожи при локализованной, ограниченной форме и диффузно-склеротическим фиброзом кожи и опорно-двигательного аппарата с поражением внутренних органов и возможным вовлечением в патологический процесс в пищеварительном тракте, легких, сердца, почек при системном варианте течения. Особое место в практике дерматовенеролога занимают диагностические методы.

Основной задачей, которая выполняется с помощью данного алгоритма, является своевременное выявление пациентов с подозрением на системную склеродермию или другое системное заболевание соединительной ткани.

В исследовании участвовали 23 женщины, возрастом с 18 до 80 лет, которым дерматологом по месту жительства была диагностирована «склеродермия» и рекомендована госпитализация в стационарное отделение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

В алгоритме условно можно выделить следующие пункты:

1. Анамнез и физикальное обследование.
2. При сборе анамнеза необходимо выявить причину заболевания, длительность заболевания и последнего обострения, объем предыдущей терапии (если была проведена), сопутствующие патологии аутосомной этиологии, наличие кровных родственников с диагнозом «склеродермия», наличие других заболеваний соединительной ткани, эпидемиологический анамнез (для решения о дальнейшем объеме обследования, с целью исключения боррелиоза).
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования, проводимые согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ.
4. Ультразвуковое исследование кожи в области высыпания.
5. В объеме дополнительного обследования проводился лабораторный скрининг крови с целью выявления аутоантител класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам, а также обнаружение антинуклеарных антител к следующим антигенам: RNP/ Sm, Sm, RNP 70, RNP A, RNP C, SS-B, Scl-70, SS-A nativ, Ro 52 – rekombinant, PM-Scl, Jo-1, Centromer B, PCNA, dsDNA, Nukleosomen, Histone, RIB, AMA- M2.

В группе из 23 женщин возрастом от 18 до 80 лет аутоантитела класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам обнаружены у 6 пациентов, что составляет 26% из общего числа обследуемых.

Из группы пациентов, у которых аутоантитела класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам обнаружены:

- антинуклеарные антитела к антигену Histone изолированно выявлены у 2х пациентов,  
- антинуклеарные антитела к антигену PCNA изолированно выявлены у 1-го пациента,  
- антинуклеарные антитела к антигенам Ro-52 rekombinant и SS-A nativ выявлены у 2 пациентов,  
- антинуклеарные антитела к антигенам Ro-52 rekombinant, RNP A, RNP C выявлены у 1-го пациента.  
Выявление аутоантител класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам, а также обнаружение антинуклеарных антител к следующим антигенам: RNP/ Sm, Sm, RNP 70, RNP A, RNP C, SS-B, Scl-70, SS-A nativ, Ro 52 – rekombinant, PM-Scl, Jo-1, Centromer B, PCNA, dsDNA, Nukleosomen, Histone, RIB, AMA- M2, не являются заключительными критериями в диагностике системности патологического процесса, но являются поводом для своевременного оказания консультативной помощи ревматолога.

## **БОЛЕЗНЬ ДЕВЕРЖИ. ВАЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Голубева Ю.М., Дендоброва Ф.Н.*

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

Красный волосистой лишей или болезнь Девержи – редко встречающийся дерматоз, на долю которого приходится около 0,03% от всех болезней кожи. Дерматоз может проявляться в любом возрасте, а схожесть клинической картины с псориазом объясняет, почему в дерматологической практике так важно проведение дифференциальной диагностики.

Рассмотрим два клинических случая, наблюдаемых в стационарных условиях филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». Пациентка К., 36 лет, поступила с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом в местах высыпаний. Согласно анамнезу известно, что считает себя больной с детства, когда впервые, без видимой мотивации, появились высыпания на коже лица, верхних и нижних конечностей. Родители обратились к дерматологу по месту жительства, которым диагностирован «псориаз», по поводу которого неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно, с временным положительным эффектом на момент выписки. Отмечались неоднократные рецидивы патологического кожного процесса. Настоящее обострение в течение 1,5 месяцев, когда на фоне перенесенных чрезмерных психоэмоциональных нагрузок, отметила распространение высыпаний на кожу туловища, конечностей, в связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства, которым направлена на стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Локальный статус при поступлении: патологический процесс локализуется на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей, представлен симметричными монотипными высыпаниями, в виде округлых папул ярко-красного цвета, размером до 0,5 см, местами

сливающихся в инфильтрированные бляшки, размером до и более «ладони» взрослого человека, с четкими границами, округлых очертаний, на поверхности которых отмечаются корко-чешуйки, шелушение серебристо-белого цвета, точечные и линейные эксфолиации, местами покрытые геморрагическими корочками. На коже туловища, шеи отмечаются диссеминированные фолликулярные папулы, на поверхности серебристо-белого цвета шелушение. Несмотря на диагностированный в детстве «псориаз», учитывая клиническую картину при поступлении, а также несоответствие субъективных ощущений (умеренный зуд) и практически тотальное поражение кожных покровов, пациентке проведено патоморфологическое исследование биоптата кожи, с заключением: эпидермис с орто- и парагиперкератозом, чередующимися в горизонтальном и вертикальном направлениях, парафолликулярным паракератозом, роговыми пробками в устьях волосных фолликулов. Данные гистологические изменения могут наблюдаться при болезни Девержи, питириазиформной лекарственной токсической реакции. Согласно полученным данным, пациентке выставлен окончательный диагноз «Болезнь Девержи», и к объему проводимой терапии (дезинтоксикационные, гепатопротекторные препараты) присоединен препарат ацитретин в суточной дозе 40 мг (0,7 мг/1 кг массы тела пациентки) с выраженным положительным эффектом в виде регресса большинства высыпаний до поствоспалительных пятен, с сохраняющейся слабовыраженной инфильтрацией элементов на коже туловища, нижних конечностей и остаточной десквамацией эпидермиса.

Пациентка М., 59 лет, поступила с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом, жжением в местах высыпаний. По анамнезу, считает себя больной в течение 1 месяца, когда впервые, без видимой мотивации, появились высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, в связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства, которым диагностирован аллергический дерматит и даны рекомендации по терапии в амбулаторных условиях (соблюдение гипоаллергенной диеты и водного режима, сорбенты, антигистаминные препараты, в объеме наружной терапии топические ГКС средства), на фоне которой отметила тенденцию к распространению высыпаний на кожу волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей. При повторном обращении к дерматологу по месту жительства, в связи с непрерывно-рецидивирующим течением, 14.12.2017 проведена инъекция системного ГКС препарата пролонгированного действия: р-р дипроспана 1.0, в/м, однократно, и была направлена на стационарное лечение с диагнозом «Псориаз». На момент поступления на кожу волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей папулы, местами сливающимися в инфильтрированные бляшки, размером до и более «ладони» взрослого человека, с четкими границами, округлых очертаний, на поверхности которых отмечаются корко-чешуйки, шелушение серебристо-белого цвета, точечные и линейные эксфолиации, местами покрытые геморрагическими корочками. На коже туловища, шеи отмечаются диссеминированные фолликулярные папулы, на поверхности серебристо-белого цвета шелушение. Псориатическая триада сомнительная. Симптом «терки» положительный. На коже ладонной поверхности кистей рук и подошвенной поверхности стоп выраженные инфильтрированные эритематозно-сквамозные очаги, с четкими границами, занимающие практически всю анатомическую область, лососево-красного цвета, линейные трещины, очаги гиперкератоза и



десквамации эпидермиса.

Пациентке так же по результатам проведенной диагностической биопсии кожи (эпидермис с участками компактного ортогиперкератоза, очаговым гипергранулезом, незначительным акантозом) диагностирована «болезнь Девержи» и, с учетом веса пациентки, назначены системные ретиноиды (ацитретин) в суточной дозе 50 мг, с положительным эффектом: за 9-дневный прием большинство высыпаний на коже регрессировало до поствоспалительных пятен застойно-розового цвета.

Обе пациентки выписаны с рекомендациями о продолжении приема ацитретина под строгим контролем дерматолога по месту жительства, общего анализа крови, биохимического анализа крови (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды), с дальнейшим титрованием дозы, с учетом динамики кожного процесса, до достижения максимально эффективной поддерживающей дозы, длительно.

Несмотря на то, что данный дерматоз является достаточно редким заболеванием в дерматологии, необходимо понимать важность проведения дифференциальной диагностики, включая и патоморфологическое исследование кожи – благодаря чему может быть своевременно выставлен окончательный диагноз и подобрана адекватная терапия, максимально улучшающая качество жизни пациентов.

## НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА

*Хачикян Х.М., Каранетян Ш.В., Хачатрян А.Т.  
Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, Ереван, Армения*

Цель настоящего исследования – изучение роли α-фактора некроза опухоли (α-ФНО), интерлейкина-1α (ИЛ-1α), интерлейкина-2 (ИЛ-2), γ-интерферона (γ-ИФ), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и трансформирующего фактора роста-β (ТФР-β) в патогенезе среднетяжелых форм папулобляшечного псориаза.

Материал и методы. Были исследованы 121 больных со среднетяжелыми формами папулобляшечного псориаза, которые были разделены на 2 группы.

I группу составили 67 больных в возрасте от 17 до 65 лет (44 мужчин и 23 женщины) с давностью заболевания от 6 месяцев до 40 лет, которым было назначено традиционное лечение (дезинтоксикационное, антиоксидантное, антигистаминовое, мультивитаминное, мембраностабилизирующее, местное противовоспалительное).

II группу составили 54 больных в возрасте от 16 до 65 лет (32 мужчины и 22 женщины) с давностью заболевания от 6 месяцев до 32 лет. Им было назначено альтернативное лечение (наряду с традиционной терапией получали гепатопротектор).

Группу контроля составили 22 практически здоровых периодических доноров (10 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 18 до 57 лет.

В сыворотке крови больных псориазом были исследованы уровни α-ФНО, ИЛ-1α, ИЛ-2, γ-ИФ, ИЛ-10 и ТФР-β методом иммуноферментного количественного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы Demeditec Diagnostics GmbH.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью статистического пакета SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Science 16.0).

Результаты. По сравнению с контрольной группой, в обеих группах больных с псориазом до лечения установлена

достоверное увеличение уровня циркулирующих α-ФНО, ИЛ-1α, ИЛ-2 и γ-ИФ и достоверное снижение уровня ИЛ-10 и ТФР-β. В I группе больных уровень α-ФНО, ИЛ-1α, ИЛ-2 и γ-ИФ после лечения значительно снижается, а уровень ИЛ-10 и ТФР-β значительно повышается, приближаясь к нормальным значениям. Во II группе больных уровень α-ФНО, ИЛ-1α, ИЛ-2 и γ-ИФ после лечения снижается больше, чем в I группе, а уровень ИЛ-10 и ТФР-β повышается больше, чем в I группе (высокая эффективность лечения во II группе).

Выводы. Регистрируемые изменения уровней ФНО, ИЛ-1α, ИЛ-2, γ-ИФ, ИЛ-10 и ТФР-β в сыворотке крови больных со среднетяжелой формой папулобляшечного псориаза указывают на их существенную роль в патогенезе псориаза.

## СЛУЧАИ ИНФЕКЦИОННОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ

*Чистяков Н.Д., Тропин А.К.*

*Северо-западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Городская поликлиника №74, Санкт-Петербург*

Цель работы. Ознакомить практикующих врачей с возможной ониходистрофией у детей после перенесенной ротавирусной инфекции.

Задачи. Провести анализ имеющихся клинических проявлений изменений в ногтевых пластинках после перенесенной ротавирусной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 10 пациентов после перенесенной ротавирусной инфекции. Проводилось клиническое обследование специалистом-дерматовенерологом. Анализировались медицинские карты.

Результаты. Клинические симптомы ротавирусных инфекций многообразны. В последние годы часто стали выявляться поражения кожи и слизистых оболочек, однако изменения ногтей после перенесенной ротавирусной инфекции при этом не описывались. В период вспышки ротавирусной инфекции в Санкт-Петербурге осенью 2017 года мы наблюдали поражения ногтевых пластинок на пальцах кистей у десяти детей младшего возраста (до 6 лет), перенесших это заболевание. Родители детей обратились за медицинской помощью к дерматологу по поводу изменений ногтевых пластинок на пальцах кистей в месячном интервале после наступления реконвалесценции. Ретроспективно из медицинских карт и анамнеза выяснено, что у больных заболевание проявлялось повышением температуры тела в пределах до 38,5°C, мелкими пузырьками на коже кистей и стоп, эрозиями в полости рта, мелкими пятнами красного цвета на коже кистей, стоп и ягодиц. На момент осмотра ногтевые пластинки на пальцах кистей были розового цвета, на отдельных виднелись поперечные полосы белого цвета. В проксимальном отделе со стороны лунки новая ногтевая пластинка плотно врастала под прежнюю, вытесняя её. Описанные изменения ногтей рассматривали как ониходистрофию. После лечения поливитаминами с цинком, наружно лосьон Клавио, у всех наблюдаемых пациентов отросли здоровые ногти, что указывало в пользу последствий заболевания ротавирусной инфекции. Выводы. Таким образом, практически врачам следует учитывать, что после перенесенной ротавирусной инфекции у детей, возможны проявления ониходистрофии.

КОЖНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ  
ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ

Арутюнян Л.С., Шугина Е.А., Петров В.В.,  
Рассохина О.И., Янцен Л.И., Кыр И.М.

Центральная городская клиническая больница,  
Реутов

В последние годы отмечается рост заболеваемости злокачественных опухолей во всем мире. В 2016 г. в Российской Федерации впервые жизни выявлено 599 348 злокачественных новообразований. Прирост по сравнению с 2015 годом составил 1,7%. Заболеваемость на 100 000 населения в РФ составил 408,6 (доверительный интервал 407,6 – 409,7). Прирост за 10-летний период составил 21,7%. Грубый показатель смертности составил 112,8 (доверительный интервал 233,1-235,4). В РФ этот показатель изменился незначительно. Несмотря на увеличение заболеваемости онкологическими заболеваниями, в развитых странах отмечается снижение смертности, что связано ранней диагностикой и современными методами терапии. Благодаря развитию молекулярной биологии появились препараты таргетной терапии. Данные препараты вызывают кожные реакции разной степени, что часто приводит к отмене жизненно необходимой терапии. В связи с чем очень важно своевременно проводить лечение кожной токсичности. Наиболее часто кожные реакции встречаются при лечении препаратами нижеперечисленных фармакологических групп: ингибиторы EGFR (эрлотениб, gefетениб, сорафениб пазопаниб), ингибиторы протеинтирозинкиназы (сорафениб, пазопаниб), алкилирующие соединения (карбоплатин), антиметаболиты (капецитабин). Со стороны кожи встречаются следующие побочные эффекты: ладонно-подошвенный синдром, дерматит, сухость кожи, алопеция, зуд, очаговое шелушение, гиперпигментация кожи, трещины кожи, васкулиты, акнеподобная сыпь, паронихии, гирсутизм. В отделении химиотерапии ЦГКБ (г. Реутов) наблюдались 263 пациентов. 35 пациентов принимали препараты вышеуказанных групп. Наиболее часто кожные реакции были отмечены у пациентов, которым проводили лечение ингибиторами протеинтирозинкиназы: эрлотениб, gefетениб, сорафениб. Антиметаболитом (капецитабин), алкилирующие соединения карбоплатин. У всех пациентов выявлена сухость кожи и слизистых 100%. У 17 из них выявлена кожная токсичность. Акнеподобная сыпь встречалась у 11 пациентов 64,7%, увеличение желез монтгомери наблюдалось у 1 пациентки (5,9%), выявлены 2 случая паронихии (11,8%), 1 случай васкулита (5,9%), 1 случай трихомегалии (5,9%) 1 случай ладонно-подошвенного синдрома (5,9%). Сухость кожи на теле была купирована применением липидовосполняющего бальзама для тела, на лице – увлажняющими средствами для чувствительной кожи. При лечении акнеподобной сыпи применялись антибактериальные мази и крема. У пациентов отмечалось улучшение спустя неделю после назначенного лечения. При ладонно-подошвенном синдроме и трещинах пальцев применяли мультивосстанавливающее средство для поврежденной и раздраженной кожи. При трихомегалии была назначена гормональная мазь для век. Пациенту с васкулитом был отменен препарат, назначена гормональная терапия. После купирования симптомов васкулита возобновлено лечение препаратом сорафениб. Пациентке

с увеличенными железами монтгомери назначено лечение гормональным кремом (мамметазон). При сильном зуде назначались антигистаминные средства. Таким образом, своевременное лечение уменьшает проявления кожной токсичности, что позволяет не прервать жизненно важную терапию.

КОРРЕКЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ  
ШЕИ С ПОМОЩЬЮ СОЧЕТАННОГО  
ПРИМЕНЕНИЯ НИТЕВОГО ЛИФТИНГА  
И ФРАКЦИОННОЙ RF-ТЕРАПИИ

Бочкова Н.В.

Клиника актуальной косметологии, Рязань

Старение кожи шеи происходит одновременно в двух направлениях:

- развиваются дистрофические изменения кожи (истончение, снижение эластичности);
- изменяется объем и положение мягких тканей (наблюдается гравитационный птоз).

При составлении плана коррекции возрастных изменений необходимо учитывать морфотипы старения шеи и их особенности.

Мелкоморщинистый морфотип старения шеи:

- шея чаще длинная или средняя;
- кожа тонкая, плохо спаяна с подлежащими тканями;
- жировая клетчатка плохо развита;
- гипертонус платизмы выражен, появляются мышечные тяжи;
- при значительной потере массы подкожного жира и инволюционных изменениях кожа становится складчатой, «гофрируется»;
- шейно-подбородочный угол хорошо выражен.

Деформационный морфотип старения шеи: шея короткая; кожа более толстая; тяжи платизмы не выражены; гравитационный птоз кожи без излишнего скопления подкожного жира с усугублением горизонтальных складок или выраженная аккумуляция подкожного жира с деформацией формы шеи.

Для коррекции возрастных изменений шеи мы применили сочетание методов:

- нитевой лифтинг;
- фракционный радиочастотный (radiofrequency, RF) термолиз.

Нитевая подтяжка (нитевой лифтинг) осуществлялась нами нитями из сополимера поликапролактона и L-молочной кислоты. При введении таких нитей лифтинг кожи происходит за счет стимуляции неоколлагенеза, возникающего в ответ на резорбцию материала.

Через 30–40 дней после установки нитей проводилась первая процедура фракционного RF-термолиза.

Выбор технологии RF-термолиза (игольчатый или неигольчатый, инвазивный или неинвазивный термолиз) зависит от морфотипа и степени выраженности фото- и хроностарения кожи шеи.

При мелкоморщинистом морфотипе старения шеи, а также при начальных проявлениях птоза кожи применялся неинвазивный (накожный) фракционный RF-термолиз. Для поверхностной шлифовки кожи, включая коррекцию

тонуса, текстуры кожи и нарушений пигментации, то есть при необходимости абляционного воздействия, использовали программу «Поверхностное воздействие». Как и при лазерном воздействии, реакция достигается благодаря высокому значению энергии и коротким импульсам. Для омоложения кожи и коррекции дисхромий путем абляции и коагуляции использовали программу «Среднее воздействие» (Medium). Для коррекции глубоких морщин и омоложения кожи путем коагуляции использовали программу «Глубокое воздействие» (Deer), поскольку для достижения эффекта лифтинга кожи достаточно объемного нагревания, которое можно получить, устанавливая низкое значение энергии и длинный импульс.

При деформационном морфотипе старения шеи, при выраженных возрастных изменениях кожи применяли инвазивный (игольчатый) фракционный RF-термолиз.

Во время обработки шеи делали 3 прохода, изменяя длину игл, длительность импульса и значения энергии. Таким образом, воздействие проводилось на разную глубину кожи, оказывая «объемное» нагревание.

Лечебный курс фракционного RF-термолиза состоит из 3-6 процедур с интервалом 4-6 нед. Длительность курса определяется исходными данными конкретного пациента.

Пациенты отмечают комфортные ощущения во время проведения процедур. После процедуры отмечаются отек и гиперемия кожи шеи в течение нескольких часов. Период реабилитации после проведенных процедур занимает 2-3 дня. В результате проводимого курса лечения у пациентов отмечаются:

– уменьшение провисания кожи шейно-подбородочного угла;

– уменьшение выраженности кожного рисунка;

– улучшение цвета, тонуса и эластичности кожи;

– устранение вертикальных и горизонтальных морщин.

Эффект сочетанного действия двух методов проявляется уже через месяц после процедуры нитевого лифтинга и нарастает от процедуры к процедуре после фракционного радиочастотного термолиза. Максимальный эффект наблюдается через 5-6 месяцев.

Сочетанное применение нитевого лифтинга и фракционного RF-термолиза – двух методов, потенцирующих действие друг друга, позволяет при коррекции возрастных изменений кожи шеи действовать с учетом морфотипов старения. Полученные положительные результаты свидетельствуют о целесообразности сочетанного последовательного использования этих методов.

## МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ЛИЦА

*Брагина И.Ю.*

*СпортМедИмпорт, Москва*

На сегодняшний день в эстетической медицине сложились основные группы методов коррекции связочного аппарата: хирургические, аппаратные, инъекционные.

При хирургическом вмешательстве во время подтяжки лица, выполненной подкожно или на уровне SMAS, повреждение удерживающей связки неизбежно.

Инъекционные методы достаточно популярны, но они не являются сегодня предметом нашего рассмотрения.

Альтернативой хирургическим методам служат аппаратные технологии, в первую очередь – лазерные, позволяющие воздействовать на связки, не повреждая их.

Группой исследователей изучена эффективность коротких

шоковых тепловых импульсов на экспрессию генов проколлагена типа I, проколлагена типа III, на белки теплового шока Hsp27, Hsp47 и Hsp70 и на выраженность ремоделирующих маркеров карбоксиконцевого пептида проколлагена типа I (P1P) и карбоксиконцевого телопептида коллагена типа I (ICTP) дермальных фибробластов человека в лабораторных условиях. Было обнаружено уменьшение степени пролиферации клеток, подвергшихся тепловому шоку при температуре 60°C, тогда как жизнеспособность и метаболическая активность остались неизменными. Кроме того, экспрессия генов активировалась после теплового шока как при температуре 45°C, так и при температуре 60°C. Однако анализ ремоделирующих маркеров показал большее количество коллагена, выработанного клетками после теплового шока при температуре 60°C. Доказано, что импульсный тепловой шок улучшает выраженность проколлагена типа I и проколлагена типа III в дермальных фибробластах человека и стимулирует выработку большего количества коллагена.

Лазерная коррекция связочного аппарата лица.

Для того чтобы улучшить синтез коллагена, необходимо доставить тепловой импульс непосредственно в глубокие отделы, обеспечить прогревание связок, влияя на те структуры, которые пронизывают все слои лица.

Новые возможности открывает применение лазерного воздействия с доступом через полость рта.

Чем обусловлен такой выбор? Напомним, что слизистая оболочка рта богата водой. Находящаяся под слизистым слоем рыхлая соединительная ткань хорошо снабжена кровеносными сосудами, которые, образуя сеть, пронизывают глубже лежащие ткани. Воздействие лазерного излучения именно через слизистую рта с учетом хромофора позволяет повышать температуру глубоко лежащих тканей без повреждения слизистой.

При условии правильного выбора параметров излучения и рабочего режима можно безопасно работать, не вызывая повреждения ни слизистой рта, ни тех структур, к которым будет непосредственно передаваться тепло, и не достигая критической температуры, которая может быть опасна для подлежащих тканей.

Далее с целью сочетанного омоложения связочного аппарата лица и различных уровней дермы и эпидермиса мы использовали короткоимпульсный (SP) Nd:YAG-лазер (1064 нм) для неабляционного омоложения путем воздействия через кожу на глубине 2-3 мм. Достаточно короткий лазерный импульс, ограничивая тепловой эффект пределами ткани-мишени, создает между ней и соседними структурами максимальную температурную разницу. Формирующиеся в результате воздействия фракционные «островки» повреждения распределяются в трехмерном пространстве по всему объему кожи, что дает возможность сокращения кожи за счет воздействия по всей глубине залегания хромофора и обеспечивает омолаживающий эффект, далее использовали длинноимпульсный неодимовый Nd:YAG-лазер (1064 нм) для нагрева всех слоев кожи: от рогового слоя эпидермиса до сетчатого слоя дермы и гиподермы. Применили сверхдлинные импульсы в секундном диапазоне (0,3 с-60 с) и одновременное снижение параметров мощности воздействия импульса до менее инвазивных величин. При этом ткани нагреваются до температуры 40-42°C, повреждения эпидермиса не происходит, но активизируется синтез нового коллагена. Благодаря общему однородному прогреву большой массы кожи происходит восстановление соединительной ткани с эффектом подтяжки тканей лица.

Воздействие излучением эрбиевого лазера на связочный аппарат лица с доступом через ротовую полость существ-



венно повышает результативность процедур и обеспечивает длительный эстетический эффект. Комплексное воздействие на глубокие и поверхностные структуры мягких тканей лица путем использования ER:YAG и ND:YAG лазеров обеспечивает их сочетанное омоложение и выраженный эстетический эффект.

Этот метод, при наличии показаний, можно сочетать с другими технологиями (высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук, филлеры, нитевой лифтинг).

Другой аппаратный метод позволяющие воздействовать на связки лица: HIFU

Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук воздействует на конкретные ткани (с точностью до миллиметров), не затрагивая при этом прилежащие создание точек коагуляции в зоне SMAS. С помощью HIFU будет производить целенаправленную тепловую денатурацию коллагена, что в дальнейшем будет стимулировать синтез нового коллагена. Для этого было разработано специальное ультразвуковое устройство, для доставки ультразвуковой энергии через ткани к SMAS лица для создания дискретных тепловых зон коагуляции, без повреждения тканей выше и ниже целевого слоя. При нагреве до 65-75°C высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук вызывает термокоагуляцию клеток на регулируемой глубине. Ответной реакцией организма становится процесс регенерации, в ходе которого синтезируется коллаген, что обеспечивает длительный эффект подтяжки кожи. Окончательный результат достигается в срок до полугода после процедуры. При этом достигается сокращение комплекса SMAS, волокон эластина и запускается синтез коллагена. Самым важным является правильное комбинирование данных технологий в коррекции пациентов с разной степеньюптоза лица.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ (ФРАНЦИЯ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА (ДОКЛАД)

*Васильева Е.В.*

*Институт Красоты Belle Allure, Москва*

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями для коррекции средней трети лица в практике врача-косметолога в амбулаторных условиях.

Объекты исследования: пациенты центра – 100 в возрасте 29-67 лет (29-43 – 77 чел., 44-55 – 13 чел., 56-67 – 10 чел.), среди них мужчин 13, женщин 87. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 2 нити пациентам с целью лифтинга в носогубно-скуловой области 87. Одномоментный лифтинг средней трети лица и коррекция носогубной складки и скуловой области (4 нити) у 13 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% ультракаином 2-4 мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в коже каждая пункционно-биопсийной спинальной иглой 90 мм 20-18G, перемещение (лифтинг) кожи по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу. После процедуры прокол от иглы эпителизировался бесследно,

небольшой отёк купировался в течение первых 2-х суток. Гематомы отмечались у 30% локально до 2,0 см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3-7 суток. У 20% гематом не было. После процедуры пациентам рекомендовался щадящий мимический, жевательный и артикуляционный режим.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 86 (86%), хороший 10 (10,0%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 2 месяца за счет стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат – у 4(4%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентами.

Выводы: результаты демонстрируют высокий уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога, и позволяют избежать возможных осложнений.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

*Вашкевич А.А., Елхова Ю.С., Разнатовский К.И., Белова Е.А., Резцова П.А., Левина Ю.В.*

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

Актуальность. Acne vulgaris является одним из самых распространенных заболеваний в дерматологии, которое поражает до 85% подростков и 10% взрослых. Пик заболеваемости приходится на период полового созревания, самый «хрупкий» возраст, когда происходит формирование человека как личности, затрагивая все сферы его жизни. Большая часть подростков с акне при поражении лица предъявляют жалобы на озабоченность социальными взаимодействиями, особенно при контактах с новыми людьми и противоположным полом, повышенную раздражительность, ощущение собственной неполноценности, которые в дальнейшем могут привести к депрессии, социальной дезадаптации и неуверенности в себе. Данный дерматоз является хроническим воспалительным заболеванием pilosebационных структур, проявляющейся различными высыпными элементами в области лица, спины, верхней части груди. В зависимости от степени тяжести выделяют следующие формы: комедональные, папуло-пустулезные, конглобатные акне. Тяжелые клинические формы нередко приводят к образованию обезображивающих рубцов, отрицательно влияющих на самооценку человека. Однако, вне зависимости от степени тяжести, все высыпания являются психологической нагрузкой для человека, что сопровождается стрессом, депрессией, тревогой и, как следствие, снижением качества жизни. Особенностью акне, как дерматоза, является и то, что поражаются открытые части тела, а самое главное – лицо человека, которое является одним из главных инструментов взаимоотношений. Следовательно, данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и их взаимодействие с окружающим миром. Цель исследования. Анализ и оценка качества жизни пациентов с акне в Клинике аппаратной косметологии Face&Figure.

Материалы и методы исследования. Изучение качества жизни пациентов с акне проводилось при наблюдении их в Клинике аппаратной косметологии Face&Figure методом анкетирования с использованием дерматологического индекса качества жизни (DLQI) и шкалы APSEA. Было опрошено 25 пациентов (19-23 года), женщин – 14, мужчин – 11. Вопросник психологического и социального эффекта воздействия угрей – APSEA (Assesment of Phychological and Social Effects of Acne) содержит 15 вопросов. Первые 6 вопросов имеют по 4 варианта ответов, нужно выбрать в каждом только один из четырех. За ответ начисляется 0, 3, 6 или 9 баллов. Оставшиеся 9 вопросов оцениваются по визуальной аналоговой шкале от 0 до 10 баллов. Максимальное число баллов за тест – 144, минимальное – 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее акне нарушает качество жизни пациента. DLQI состоит из 6 основных параметров: симптомы и самочувствие, ежедневная активность, досуг, работа и учеба, личные отношения и лечение. Максимальная сумма баллов составляет 30, а качество жизни пациентов при этом обратно пропорционально количеству баллов.

Результаты исследования и их обсуждения. У наблюдавшихся пациентов средний балл APSEA составил  $67,6 \pm 26,7$ . Высокие значения индекса достигались за счет показателей, связанной с недовольством собственной внешностью и ощущением неловкости, психологическими трудностями пребывания в общественных местах, что сравнимо с качеством жизни пациентов с астмой, эпилепсией, диабетом, артритом, коронарной недостаточностью. Среднее значение индекса DLQI:  $8,75 \pm 4,71$ , это говорит о том, что заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента. Выводы. Таким образом, поражение кожи лица при акне вызывает психотравмирующее состояние, которое максимально утяжеляют межличностные и социально-психологические отношения, которые способствуют снижению качества жизни у данных больных. У таких пациентов могут развиваться: социофобия, депрессия, тревожный невроз. В свою очередь, степень негативного влияния акне на качество жизни не сопоставима с объективным состоянием пациентов: даже легкая степень акне может способствовать повышенному риску развития психических заболеваний и стать одной из причин суицидов у 10-24-летних. Поэтому так важно, чтобы медицинские работники, обращающиеся с пациентами с акне, знали о появляющихся симптомах депрессии, чтобы помочь начать ранние вмешательства в психическое здоровье, когда это необходимо.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИНЕГО СВЕТА И ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

*Владимирова Е.В., Владимиров В.В., Косинец В.Н.  
Институт повышения квалификации ФМБА  
России, Лечебно-реабилитационный клинический  
центр Минобороны России, Москва*

Фототерапия является одним из ведущих методов лечения, применяющихся в дерматологии и косметологии. Видимый свет в комбинации с фотосенсибилизаторами из группы порфиринов нашел свое применение в методике фотодинамическая терапия при лечении базалиом, актинического кератоза, болезни Бовена. В спектре видимого света существуют диапазоны различной длины волны, которые глаз воспринимает как различные цвета: от

фиолетового до красного и каждый цвет оказывает свое физиологическое действие на организм человека. Синий цвет (длина волн от 436 нм до 495 нм) оказывает противомикробное и болеутоляющее действие для лечения акне, розацеа, микробной экземы, хронической пиодермии. Применение инфракрасного излучения спектра А (IRA), прошедшее фильтрацию водой (Waterfiltered Infrared A – wIRA), осуществляющее терапевтическое нагревание глубоких слоев кожи, подлежащих тканей и внутренних органов в течение длительных промежутков времени без перегрева поверхностных слоев кожи, приводящее к ускорению циркуляции крови в нижележащих тканях, уменьшение напряжения в мышцах, уменьшение боли, повышение потенциальной энергии клеток организма, повышение деятельности специфических клеточных структур, увеличение активности ферментов и эстрогенов. wIRA помимо термических, имеет нетермические эффекты, которые основаны на прямом возбуждении клеток и клеточных структур, запуская каскад различных клеточных реакции, например влияет на цитохром С, на рост нейронов, возбуждение процессов направленных на заживление ран и др. wIRA с успехом может заменить парафинотерапию. В сочетании с синим фильтром wIRA с успехом нами применен в лечении микробной экземы на фоне трофических язв, при лечении хронической язвенной пиодермии.

## ПОЛУЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНА В КОСМЕТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

*Громова Е.А.*

*Пятигорский медико-фармацевтический  
институт – филиал Волгоградского  
государственного медицинского университета,  
Пятигорск*

В настоящее время проблема поиска и создания лекарственных и косметических средств с использованием новых вспомогательных компонентов, которые были бы не только безопасны, но и способны потенцировать эффект, остается по-прежнему актуальной. В приоритете, вспомогательные вещества, которые близки по структуре тканям и жидкостям организма, могут легко метаболизироваться и утилизироваться. В качестве такого вещества, очень перспективным является коллаген. Коллаген – основной белок соединительной ткани, составляющий у млекопитающих 50-60% всех белков организма. Коллагеновые волокна – основа соединительной ткани животных, содержащейся в кишечнике, желудке, шкуре, легких, вымени и других органах. В настоящее время из коллагеносодержащего сырья получают весьма широкий ассортимент продукции для пищевой, медицинской, кормовой и технической продукции: клей, желатин, оболочки, пленки, шовный материал, протезы, различные кормовые продукты. Медико-биологические свойства коллагена – способность ускорять заживление ран, усиливать адгезию тромбоцитов и вызывать гемостаз при отсутствии антигенности – обусловили его широкое применение. Коллаген является прекрасным материалом для нутрицевтики, нацеленной на поддержание и улучшение состояния кожи, хрящей суставов, костей, а также на спортивное питание. В отличие от других белков, не известно случаев возникновения аллергии на гидролизированный коллаген. По своему действию гидролизированный коллаген в два раза превосходит действие глюкозамина и хондроитина (по результатам произвольного двойного слепого исследования). При упо-

треблении коллагена улучшается подтянутость и упругость кожи, повышается ее способность к регенерации. Исследования показали, что гидролизированный коллаген помогает ускорить заживление повреждений кожи, например, экзем. В состав коллагена входит около 20 аминокислот. Наибольшее значение для физико-химических и фармакологических свойств белка в качественном и количественном отношении имеют аминокислоты пролин и оксипролин. Их уровень определяет количественное содержание и степень чистоты коллагена. Коллаген, предназначенный для медицинских и косметических целей, выделяют из соединительной ткани (кожа и кости) животных и рыб. В рекламных статьях часто фигурирует «морской коллаген», но на конкретные источники этого коллагена ссылки не даются. Наиболее часто сырьем для производства служит коллаген, получаемый в процессе переработки шкур со шкур крупного рогатого скота. Дефицит теоретически обоснованных эффективных технических решений в области глубокой переработки коллагенсодержащего сырья с выделением целевых компонентов остаётся актуальной задачей. На наш взгляд, наиболее перспективным способом производства коллагена является его получение из животного сырья (с помощью обработки протеолитическими ферментами) ввиду его повсеместной доступности и простоты первичной обработки. В медицине и фармации известны основные пути использования коллагена: эффективное раневое покрытие для лечения ран, ожогов, трофических язв и т.д. Другим массовым направлением применения коллагена является его использование в продуктах, называемых «красота изнутри», хондропротекторах и спортивном питании. Это направление стремительно развивается в последние годы, особенно в странах Юго-Восточной Азии. Однако практически все апробированные нами продукты с коллагеном имеют достаточно неприятный (в лучшем случае нейтральный) вкус и цвет, которые маскируются синтетическими добавками. Мы пошли принципиально другим путем, с использованием натуральных ингредиентов. Основной задачей было достижение приятных вкусовых качеств. Предложена форма напитка в виде густого сиропа на основе алтайской калины и шиповника. Поскольку известно, что коллаген усваивается при больших количествах витамина С, мы использовали шиповник вместо добавления синтетического витамина. Продукт проходит испытания в нескольких клиниках красоты. Потребители высоко оценивают его качество. В ближайшее время будут получены и обработаны статистические данные по результатам испытаний.

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОСМЕТОЛОГИИ**

*Дубовая Е.Г.*

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

Нормативно-правовая база по вопросам контроля качества и безопасности медицинской помощи в косметологии включает несколько десятков правовых и ведомственных документов. Таким образом, существует значительное количество указаний, критериев и рекомендаций, более или менее обязательных для исполнения, и можно полагать, что система контроля качества и безопасности медицин-

ской помощи создана. Однако, при организации системы контроля качества и безопасности в косметологической клинике, а это отдельный вид медицинской деятельности, подлежащий лицензированию, мы находимся в достаточно затруднительном положении. В РФ используются заимствованные из зарубежных источников характеристики качества медицинской помощи: результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость, беспристрастность. Кроме того, сегодня обсуждаются такие характеристики качества медицинской помощи: адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожидания и потребности, стабильность процесса и результата. Из официальных источников давно звучит предложение определить основным такой критерий оценки качества медицинской помощи, как удовлетворенность пациента. Считаем, что удовлетворенность пациентов не может служить основным показателем качества медицинской помощи, так как складывается под влиянием множества субъективных факторов: условий оказания помощи, личных предпочтений и ожиданий, т.д. Тем не менее ориентация на потребителя является ключевым принципом пациент-центрированного здравоохранения и современной системы управления качеством. С развитием законодательства о защите прав потребителя появились юридические конфликты (споры) о качестве. Закон о защите прав потребителя сегодня устанавливает требование качества и безопасности услуг, в соответствии с критерием «пригодность для целей, для которых... услуга такого рода обычно используется». Не вполне определено для косметологии! Именно поэтому данную проблему предлагается решать путем введения понятия «цель использования услуги». Подобная цель может быть сформулирована потребителем медицинской услуги и подчиняет себе большое число профессиональных требований. В этом случае при оценке качества медицинской услуги пациент исходит из того, достигнута ее цель или нет, оставляя без внимания уровень лечебно-диагностических технологий и их ресурсное обеспечение. Получается, что цель услуги должна быть сформулирована достаточно широко, включая, например, такие параметры, как «минимизация болевых ощущений», «незаметность следов операции на коже», «применение определенных (конкретно указать) методов лечения, реабилитации» и т.д. Современная конфликтология показывает, что истинной причиной конфликтов пациентов с медицинскими организациями является впечатление пациентов, что по отношению к ним нарушены этические и деонтологические нормы. С точки зрения международной медицинской этики считается, что одной из 10 основных обязанностей врачей является повышение качества медицинской помощи. В эту обязанность входит не только поддержание своей профессиональной медицинской компетентности, но и совместная деятельность со всеми профессионалами по снижению количества медицинских ошибок, по повышению безопасности медицинской помощи, по минимизации перерасхода медицинских ресурсов, по оптимизации конечных результатов лечения и др. По мнению специалистов по управлению качеством, внутренние аудиты, горизонтальные проверки, являются наиболее эффективной формой контроля руководством системы менеджмента качества предприятия. При проведении таких проверок бывает сложно преодолеть психологический барьер: проверяющим и проверяемым важно и необходимо понять, что проверки способствуют улучшению системы качества и повышению конкурентоспособности родного предприятия, а значит и благосостояния каждого сотруд-



ника. Таким образом, сегодня в РФ многоуровневая система менеджмента качества и безопасности позволяет использовать сочетание внутренней и внешней экспертизы качества медицинской помощи. Каждая клиника выбирает оптимальное для себя соотношение внешнего и внутреннего аудита. Для пациентов существенным достоинством клиники является доступная и наглядная информация о применяемой системе мониторинга качества, данное обстоятельство способствует формированию удовлетворенности пациентов.

## ВЛИЯНИЕ АКНЕ НА АФФЕКТИВНУЮ СФЕРУ МОЛОДЕЖИ

*Кондратьева Ю.С., Петренко Т.П., Козлова М.А.  
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

**Введение.** Акне – воспалительное заболевание сально-фолликулярного аппарата, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул и узлов. Частота акне в популяции весьма значительна. Данным заболеванием в различной степени страдают около 80-85% людей в возрасте 12-15 лет и до 11% – старше 25 лет. Акне тесно взаимосвязано с психологическими расстройствами, что отчасти обусловлено эмбриональным развитием кожи и нервной системы из одного зародышевого листка – эктодермы.

**Цели и задачи исследования** Оценка распространенности акне среди лиц молодого возраста, сравнение осведомленности школьников и студентов в вопросах акне, анализ влияния акне на качество жизни и психосоциальную сферу молодых людей в разных возрастных категориях.

**Материалы и методы.** Была разработана анкета оценки клинико-анамнестических данных и психосоциальных аспектов исследуемых на основе вопросов для оценки дерматологического индекса качества жизни. Исследование было открытым, простым и краткосрочным. В анкетировании приняли участие 614 человек: I группа – школьники в возрасте от 13 до 16 лет (192 человека), II группа – студенты в возрасте от 19 до 23 лет (422 человека). Сбор результатов произведен путем анонимного онлайн-анкетирования на сайте [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com), бумажного анкетирования во время проведения интерактивной лекции для студентов «Чистая кожа без акне» и во время работы в общежитиях Алтайского государственного медицинского университета.

**Результаты** Осведомлены о проблеме акне 78 (40,6%) человек I группы: 26 (30,6%) юношей и 52 (48,6%) девушки, во II группе – 300 (71,1%) человек: 99 (60,7%) юношей и 201 (77,6%) девушка. Из респондентов I группы отметили наличие акне 84 (43,8%) человека, среди них 40 (47%) юношей и 44 (41,1%) девушки, из II группы – 196 (46,4%) человек: юношей – 74 (45,4%), девушек – 122 (47,1%). Проявления акне в виде зуда, жжения или болезненности кожи в разной степени отметили 159 (81,1%) студентов: 56 (75,7%) юношей и 103 (84,4%) девушки. Среди школьников на перечисленные симптомы указали 59 (70,2%) человек: 25 (62,5%) юношей и 34 (77,3%) девушки. На депрессию в связи с акне указала 1 (1,2%) девушка из I группы и 17 (8,7%) человек из II группы: 1 (1,4%) юноша и 16 (13,1%) девушек. Тревогу отметили 27 (32,1%) человек I группы, из них 3 (7,5%) юношей и 24 (54,5%) девушки. Во II группе на тревогу указали 90 (46%) человек: 13 (17,6%) юношей и 77 (63,1%) девушек. Повышенную раздражительность отметили 26 (31%) респондентов I группы: 16 (40%) юношей

и 10 (22,7%) девушек и 62 (31,6%) респондента II группы: 37 (57%) юношей и 25 (20,5%) девушек. Не считают акне проблемой 30 (35,7%) человек из группы школьников: 21 (52,5%) юноша и 9 (20,5%) девушек и 27 (13,7%) человек из группы студентов: 23 (30,7%) юноши и 4 (3,3%) девушки. Отрицательное влияние акне на самооценку (от незначительного до очень сильного) выявлено у 151 (77%) студента: 37 (50%) юношей и 114 (93,4%) девушек. Среди школьников 45 (53,5%) человек указало на снижение самооценки в связи с акне: 23 (57,5%) юноши и 22 (50%) девушки. В I группе влияние акне на досуг и социальную активность отметили 18 (21,4%) человек, из них 4 (10%) юноши и 14 (31,8%) девушек. Во II группе – 67 (34,2%) человек: 10 (13,6%) юношей и 57 (46,7%) девушек. Влияние акне на личную жизнь отметили 25 (29,8%) респондентов I группы: 9 (22,5%) юношей и 22 (50%) девушки и 61 (31,1%) человек II группы: 12 (16,3%) юношей и 49 (40,2%) девушек.

**Выводы.** Распространенность акне в возрастных категориях от 13 до 16 лет и от 19 до 23 лет существенно не отличалась (43,8% и 46,4% соответственно). Гендерное преимущество поражения мужского или женского пола не выявлено (46% и 44,8%). Респонденты II группы более информированы о данном заболевании. Клинические проявления акне в виде зуда, жжения и болезненности чаще отмечали девушки II группы. В сравнении со школьниками студенты с акне более подвержены аффективным расстройствам и в 1,4 раза чаще отмечали снижение самооценки. Девушки обеих групп наиболее подвержены тревожности и депрессии, юноши – раздражительности. Влияние акне на досуг, социальную активность и личную жизнь отметили респонденты обеих групп, девушки II группы чаще отмечали это влияние. Наиболее уязвимой группой в плане нозогенных реакций являются девушки в возрасте от 19 до 23 лет.

Таким образом, проблема взаимосвязи акне с психоэмоциональными расстройствами является медико-социальной и актуальной в современной дерматологии и нуждается в организации системы взаимодействия врачей дерматологов и психиатров.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОККЛЮЗИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА ПРЕПАРАТАМИ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

*Королева М.Н.*

*Клиника эстетической медицины и косметологии, Москва*

Актуальность проблемы. За последнее время увеличилось значительное количество пациентов, получавших в прошлом медицинские услуги по косметологии с развитием у них осложнений на фоне оказанных услуг по контурной пластике, химических пилингов, применения лазерных технологий. Возросла обращаемость пациентов в связи с появлением у них отрицательных результатов и осложнений разной степени выраженности от различных косметологических процедур.

Представляем вашему вниманию клинический случай пациента, которой в июле 2017 г. была оказана медицинская услуга – контурная пластика лица (введение препаратов на основе гиалуроновой кислоты в носослезную, скуловую, носогубную и лобную области) однократно и одновременно в

одну процедуру. Пациент К., женщина 36 лет. Вредные привычки отсутствуют, аллергии и хронические заболевания отрицает. Через 2 дня после контурной пластики пациент обратился в клинику с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза, некроз тканей над переносицей и кожи лба слева, онемением и парестезией в области появления некроза. Пациент был осмотрен врачами дерматологом, неврологом и офтальмологом. Пациенту проведено офтальмологическое обследование: визометрия; офтальмоскопия, биомикроскопия оптических сред, бимикроскопия сетчатки; фоторегистрация картины глазного дна помощью фундус-камеры, компьютерная периметрия, тонометрия, оптическая когерентная томография до лечения, после курса терапии и через 1-6 месяцев. Лабораторная диагностика проведена с целью оценки функционального состояния гемостаза, клинический и биохимический анализ крови. Лечение тромбоза ЦВС включало: терапию антиагрегантами и фибринолитиками; периокулярное введение стероидов. Интравитреальное введение ингибиторов VEGF; лазерное лечение, хирургическое лечение – не проводились. Эффективность лечения оценивали по изменению зрительных функций (острота зрения и поле зрения), динамики офтальмоскопической картины, данных ФАГ, оптической когерентной томографии. Через 2 недели наблюдения отмечалось восстановление проходимости вен, геморрагии частично подвергались резорбции, значительно уменьшался отек сетчатки, сократилось количество ватообразных очагов, улучшилось острота зрения и поля зрения. Показанием для лечения фибринолитическими препаратами является любой тип тромбоза ветви ЦВС давностью не более 7 дней. При использовании тромболитиков в более поздние сроки эффекта уже не будет. Поэтому прогностически более значимо начинать терапию не позднее 7-х суток от начала заболевания, что гарантирует пациенту восстановления остроты зрения. Своевременно проведенное лечение привело к регрессу симптоматики и позволило восстановить зрительные функции и качество жизни пациента. Выводы: своевременное направление на обследование смежными специалистами, выявление специфической симптоматики, в случае необходимости – дообследование, приводит к раннему установлению диагноза, проведению адекватного комплекса лечебных мероприятий.

## ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

*Лиса Е.М., Шульгина И.Г.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,  
филиал «Первомайский», Москва*

Цель: оценить эффективность терапии гипертрофических (ГР) и келоидных (КР) рубцов с применением мезотерапевтических методик.

Материалы и методы: 8 пациентов с ГР и 3 пациента с КР после акне, удаления новообразований, мелких травм с давностью образования рубцов от 0,5 до 3 лет, 4 мужчины, 7 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Все пациенты получили лечение, включающее несколько этапов: противовоспалительный (1), ферментативный (2), регенерирующий (3). Препараты вводились в толщу рубцовой ткани посредством мезотерапевтических техник: классической (1,2), ретроградной (2,3), папульной (3) с использованием иглы 30G (0,3\*13 мм). Расстояние между вколами 0,3 см, расход препарата 0,05-0,1 мл на 1 вкол. Данные методики введе-

ния выбраны для максимально равномерного распределения препаратов в патологическом очаге. На этапе 1 проводилось введение глюкокортикостероида (дипроспан) 1 раз в 14 дней, 2-4 процедуры. В результате рубцовая ткань размягчалась, объем образований уменьшался в 1,5-2 раза. На этапе 2 вводился препарат с ферментативной активностью (лонгидаза) 1 раз в 14 дней до 5 процедур. На фоне лечения рубцы уплощались, сравнивались со здоровой кожей, в 5 случаях ткань в очагах приобретала эластичность и цвет окружающей ткани. У 6 пациентов оставалась гиперпигментация, синюшность или атрофия. Этой группе больных проводили этап 3 (микроэлементы и витамины) 1 раз в 7 дней до 5 процедур. У всех пациентов в течение 1 года наблюдения после проведения двух-трехэтапного лечения отмечалось дальнейшее улучшение структуры рубцовой ткани (продолжала уплощаться, становилась более эластичной и приобретала цвет здоровой кожи). Результаты. В результате двух-трехэтапного лечения пациентов с ГР и КР, включающего внутриочаговое введение препаратов с использованием мезотерапевтических методик происходило уплощение, размягчение рубцовой ткани, приобретение цвета, сходного с цветом здоровой кожи в 100% случаях. Все пациенты исследуемой группы были удовлетворены результатами лечения. Терапевтический эффект продолжал нарастать в течение 1 года после окончания терапии. Выводы. Таким образом, лечение ГР и КР, включающее несколько этапов введения лекарственных препаратов в очаги с использованием мезотерапевтических методик приводило к регрессу рубцовой ткани и сохранению терапевтического эффекта в течение 1 года.

## РАЗРАБОТКА МАЗЕЙ, СОДЕРЖАЩИХ ФЕРМЕНТ КОЛЛАГЕНАЗУ КАМЧАТСКОГО КРАБА, И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Локарев А.В.  
Всероссийский научный и технологический  
институт биологической промышленности, пос.  
Биокомбинат, Московская область*

Целью данной работы является разработка оптимальной лекарственной формы для очищения пораженных тканей от детрита, экссудата с использованием протеолитического фермента. Для этого применяются различные протеазы, такие как химопсин, трипсин, фибринолизин, папаин, террилитин, стрептокиназа, а также нуклеазы дезоксирибонуклеаза и рибонуклеаза, другие гидролазы гиалуронидаза, лизоамидаза. Однако с их помощью невозможно решить все вопросы, связанные с очищением ран. Эти ферменты не способны воздействовать на нативный коллаген. Оптимальной является коллагеназа. Наиболее доступным источником сырья для ее получения является гепатопанкреас камчатского краба. С целью подтверждения возможностей использования коллагеназы как ранозаживляющего лекарственного средства нами были приготовлены мази на различных основах: в качестве таковых были использованы олеогель, который должен способствовать ранозаживлению в связи с составляющими основы – оливковое масло и аэросил; а так же одна из наиболее распространенных и востребованных на сегодняшний день гидрофильных основ – карбопол-21 (2001). Технология разрабатываемых мазей была традиционной. Для карбопола в качестве загустителя использовали щелочной компонент. Концентрация приготовленных мазей составила – 2%. Коллагеназу вводили в мазевую основу в виде суспензии.

Стандартизацию полученных мазей проводили с учетом требований ГФ XI. Эксперименты по ранозаживляющему действию приготовленных мазей на термические ожоги проводили на белых крысах-самцах линии Wistar, массой 180-220 г., которые содержались в стандартных условиях вивария при естественном освещении. В опыте участвовали 4 группы животных по 10 особей в каждой: 1 группа – контрольная, препараты не наносили, 2 группа – леченные препаратом сравнения Солкосерил-гель, 3 группа – леченные мазью содержащей коллагеназу на основе олеогель, 4 группа – леченные мазью содержащей коллагеназу на основе карбопол. Термический ожог моделировали аппликацией электронагревательного элемента диаметром 10 мм, при температуре 100°C, в течение 15 с на предварительно депилированный участок кожи в области спины. Это позволяло сформировать ожог 3А степени. Исследуемые мазевые лекарственные формы наносили ежедневно с помощью стерильных шпателей, начиная с 3-х суток после инфицирования и формирования гнойно-некротических ран. Динамику уменьшения площади раны в ходе заживления оценивали в процентах по формуле:  $Y=100 \times S_0 - St / S_0$ , где  $S_0$  – начальная площадь раны,  $St$  – площадь на день  $t$ . Поскольку при нанесении термического повреждения на кожу животных сформировался ожог 3А степени с разрушением кожи до 2/3 сетчатого слоя и некрозом всех элементов придатков кожи, заживление ожоговой поверхности проходило вторичным натяжением с образованием грануляционной ткани и регенерирующего эпидермиса от краев раны. Критерием оценки регенерации служили следующие гистологические показатели: степень отторжения струпа над регенерирующей поверхностью кожи, полнота эпителизации раневой поверхности, степень зрелости сформировавшейся грануляционной ткани по соотношению клеточных и волокнистых элементов. Исходя из вышеописанного, выраженность регенерации по группам распределилась следующим образом: олеогель > карбопол > солкосерил > контроль (без лечения). По-видимому, мазевые основы олеогель и карбопол, размягчая струп, ускоряют его отторжение. Это повышает биодоступность коллагеназы и способствует усиленной наружной оксигенации регенерирующей грануляционной ткани, что в целом ускоряет её созревание. Мазь с карбополом также испытывалась на добровольцах в ЦВКГ им. Н.Н. Бурденко. Получены весьма обнадеживающие результаты при рассасывании послеоперационных рубцов.

## ПИТАНИЕ И НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

*Москвичева Ю.Б.*

*Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. ак. В.И. Кулакова, Москва*

Питанию, как методу профилактики и обязательной составляющей немедикаментозных методов лечения различных патологий, уделяется особое внимание. В последнее время появляются рекомендации, посвященные питанию женщины в менопаузе. Они учитывают особенности протекания обменных процессов у женщин в этот период и направлены на профилактику ряда заболеваний, возникающих только у женщин (напр. рак молочной железы, депрессия в климактерии).

Особое внимание уделяется поддержанию нормального веса. Ведь именно избыточный вес и ожирение – распро-

страненные проблемы менопаузы, развивающиеся на фоне сниженного уровня женских гормонов. Ассоциированные с ними заболевания: гипертония, инсулиннезависимый сахарный диабет – представляют серьезную угрозу жизни и резко ухудшают качество жизни.

Набор веса связан не только с изменением гормонального статуса, но и с множеством психологических проблем у женщин этой возрастной группы. Конфликты в семье, на работе, переоценка жизненных ценностей, снижение стрессоустойчивости в целом, приводят к нарушениям пищевого поведения. Неумение справиться с нарастающим весом усугубляют депрессивные состояния, замыкая порочный круг: стресс – «заедание стресса».

Помочь женщине выйти из этого состояния и справиться с нарушениями пищевого поведения можно. Разработан алгоритм действий для формирования здоровых привычек в питании и физической активности. В том числе с использованием фармакологических препаратов. Освоить такую методику и использовать ее в повседневной практике может врач любой специальности. В том числе и косметологи, чьи отношения с пациентками носят многолетний доверительный характер.

## ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНО-ТРЕНИНГОВОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ВВЕДЕНИЯ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА

*Мынбаев О.А., Шоненков А.В., Никитина Е.А., Сысоева М.Н., Надежкина Н.Н., Цабари А.*

*Московский физико-технический институт (Государственный университет), Болонский университет, Долгопрудный, Московская область, Россия и Болонья, Италия, Астана, Казахстан*

Цель работы. Разработка учебно-тренингового комплекса для самостоятельного обучения и тренинга косметологов и пластических хирургов на примере инъекции ботулотоксина (БТ).

Результаты исследования. Тренинговый комплекс разработан для самостоятельного тренинга и обучения врачей, который позволяет обучаться всем желающим по принципу непрерывного профессионального обучения в любое время и в любом месте. Данный комплекс разнообразных технологических решений предназначен для отработки психомоторных/сенсомоторных, технических/нетехнических навыков и достижения мастерства специалистами при выполнении инъекций БТ в области лица. Комплекс состоит из муляжа и интерактивного шприца. Муляж представляет собой лицо человека, имитированного максимально реалистично в идентичных размерах, реальном масштабе, с использованием эластичных и прочных материалов, которые заменяют кожу, подкожный слой, мышцы, кровеносные сосуды, нервные волокна, фасции и другие элементы. Некоторые структуры муляжа, предназначенные для имитации инъекций БТ, снабжены тактильными сенсорами, которые реагируют на касания иглы интерактивного шприца и передают информацию на экран компьютера. Имитируя процедуру инъекции, врач производит физический контакт иглы с сенсорными структурами, которые представляют собой подкожный слой, мышцы, фасции, кровеносные сосуды или нервные волокна на разной глубине. Сигналы сенсоров передаются по USB-кабелю на



серверную обработку для визуализации взаимодействия интерактивного шприца с тактильными зонами. Это даёт возможность врачу видеть процесс обучения в реальном времени. При этом на экране монитора демонстрируются задетые кровеносные сосуды и нервные волокна, что сигнализирует о неправильных действиях обучающегося. К докладу прилагаются видеодемонстрация с применением данного учебно-тренингового комплекса и проведение мастер-класса для всех желающих.

**Заключение.** Разработан уникальный, не имеющий аналогов в мировой литературе и образовательной практике, тренажер для самостоятельного обучения врачей. В данном учебно-тренинговом комплексе реализованы самые последние достижения мировой науки и технологий, что позволит улучшить эффективность клинической работы косметологов и пластических хирургов.

## **СОЧЕТАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРНОЙ ШЛИФОВКИ КОЖИ ЛИЦА И ПЛАЗМОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНИМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПОСТАКНЕ**

*Пурихванидзе В.А., Орлова П.Г. Пурцванидзе В.А., Орлова П.Г.*

*Медицинский центр высоких технологий «ЛазерВита», Москва*

**Введение.** Лазерная косметология – это современное и высокоэффективное направление медицины, благодаря которому стало возможным устранять многие эстетические недостатки кожи бескровно и без серьезных вмешательств в обменные процессы организма. Благодаря щадящему действию современных лазеров, период реабилитации пациентов значительно сокращается и почти не причиняет дискомфорта. Но такие проблемы, как постакне, рубцы и глубокие морщины, требуют более интенсивного и более многократного воздействия лазера, что в свою очередь, приводит к более длительной реабилитации. Инъекционное введение в проблемные зоны кожи обогащенной тромбоцитами плазмы крови оказывает мощнейшее стимулирующее действие на процессы деления клеток и регенерации тканей.

**Цель и задачи работы.** Показать, что сочетанное применение лазерной шлифовки и плазмолитерапии при лечении пациентов с тяжелыми формами постакне приводит к лучшим результатам, чем применение лазерной шлифовки в отдельности.

**Материалы и методы.** Нами было пролечено 57 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет. 27 из них проводилась только лазерная шлифовка кожи лица (от 1 до 4 процедур). А остальным 30 была проведена лазерная шлифовка в сочетании с плазмолитерапией. Через 3 дня после шлифовки – 1-ая процедура плазмолитерапии, а затем еще две процедуры плазмолитинга с интервалом 1 раз в неделю. Лазерная шлифовка проводилась на фракционном СО2 лазере Mixel. Количество процедур от 2 до 4. Параметры процедуры: мощность 35%, глубина входа лазерного луча 2,0-3,0; расстояние между фракциями – 0,8. Плазмолитерапия проводилась с использованием центрифуги ЕВА-200. Количество процедур от 8 до 16.

**Результаты.** Благодаря сочетанному применению лазерной шлифовки и плазмолитерапии, терапевтический эффект у пациентов с тяжелыми и средними формами постакне был гораздо лучше, чем у пациентов, которым проводилась лазерная шлифовка в монорежиме. Эффект оценивал-

ся визуально с использованием виодерматоскопа и с помощью аппарата Soft Plus.

**Выводы.** Таким образом, можно говорить о том, что сочетанное применение лазерной шлифовки кожи и плазмолитерапии (плазмолифтинга) дает гораздо более выраженный терапевтический эффект и как минимум вдвое сокращает количество процедур лазерной шлифовки и реабилитационный период после неё.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ГИАЛУРОНОВОЙ И ЯНТАРНОЙ КИСЛОТ В ПРОГРАММАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

*Ромашкина А.С., Алленова А.С.*

*Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Медицинский центр АВРОМЕД, Москва*

Многие заболевания кожи, такие как экзема, атопический дерматит, угревая болезнь, себорейный дерматит, розацеа и другие, в период реконвалесценции требуют активного участия как врача-дерматолога, так и врача-косметолога с целью проведения полноценной физиологической эпителизации, увлажнения и предупреждения рубцевания и пигментации. После перенесенных воспалительных дерматозов мы наблюдаем не только глубоко дегидратированную кожу, что связано с уменьшением количества гиалуроновой кислоты, но и изменения в микроциркуляторном русле, что проявляется в виде нарушения тонуса сосудов. Часто в период реконвалесценции дерматозов, после заживления, остается устойчивая гиперпигментация или депигментация, а также атрофические или гипертрофические рубцы, чему способствует длительный процесс регенерации в местах повреждений.

**Цель:** определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую и янтарную кислоты для восстановления кожи и предупреждения осложнений после перенесенных дерматозов.

**Материалы и методы исследования:** под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 30 до 40 лет в стадии ремиссии атопического дерматита (2 пациентки), себорейного дерматита (7), розацеа (2), угревой болезни (7), экземы (2). Все женщины получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего янтарную кислоту в виде 16 мг/мл сукцината натрия и 18 мг/мл гиалуроновой кислоты. Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур. Контроль изменений кожи на структурном уровне осуществлялся нами с помощью метода конфокальной лазерной сканирующей микроскопии *in vivo* (КЛСМ).

**Результаты.** У всех пациенток отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: уменьшение выраженности гиперпигментации, более активная регенерация кожи (по сравнению с аналогичными участками у той же пациентки), улучшение тургора и эластичности

кожи, повышение уровня гидратации кожи. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что большинство из них были удовлетворены полученным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла): 15 пациенток (75%) оценили результат на 3 балла, 5 пациенток (25%) – на 2 балла. Также балльная шкала использовалась для оценки купероза (телеангиэктазий), гиперпигментаций, сухости кожи. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности купероза (средний балл до лечения – 1,2, после лечения – 0,2), пигментации (1,7 и 0,9 баллов), сухости кожи (1,1 и 0,1 балла). Кроме того, эффективность проводимой терапии оценивалась в каждой группе на основании балльной оценки тонауса кожи, неоднородности цвета кожи, увлажняющего эффекта. Оценка проводилась по 3-балльной шкале, где 3 балла – значительно улучшилось, 2 балла – улучшилось, 1 балл – без динамики, 0 баллов – ухудшение. Хороший увлажняющий эффект был отмечен у 18 (90%) пациенток, умеренный – у 2 (10%). При исследовании кожи методом КЛСМ наблюдалось уменьшение площади участков гиперпигментации, а также уменьшение ее выраженности, регресс гиперкератоза, более равномерное расположение волокнистых структур дермы, улучшение микроциркуляции. Также отмечалось увеличение толщины кожи за счет вышеуказанных процессов. Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были.

**Выводы.** Препарат, содержащий гиалуроновую и янтарную кислоты, имеет хорошую переносимость, способствует ускорению регенерации кожи, восстановлению нормальной гидратации кожи, нормализации пигментообразования. Все вышесказанное позволяет считать данную процедуру эффективным методом коррекции косметических дефектов кожи после перенесенных воспалительных дерматозов.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕПИЛЯЦИИ В АКСИЛЛЯРНОЙ ЗОНЕ

*Серебрякова Ю.С., Альбанова В.И.  
Учебный центр «НикОль», клиника «Спектра»,  
Москва*

Аксиллярная зона имеет свои особенности – в ней расположены все придатки кожи (волосяные фолликулы, сальные, эккринные и апокринные потовые железы), крупный сосудисто-нервный пучок, регионарные лимфатические узлы. Кожа этой зоны чувствительна, подвижна, подвержена постоянному растяжению и сдвиганию. К физиологическим особенностям подмышечных впадин можно отнести плохую аэрацию, теплую и влажную среду, что позволяет размножаться многим микроорганизмам. Сально-волосяные фолликулы окружены сетью сенсорных нервных волокон, с чем связана высокая болевая чувствительность. Аксиллярная зона является андроген-зависимой. Толстые пигментированные терминальные волосы в периоде полового созревания появляются у лиц обоего пола, в это же время возникает проблема их удаления. Методы удаления волос принято разделять на эпиляцию (удаление целиком сально-волосяного фолликула или его разрушение, исключая восстановление) и депиляцию (удаление лишь той части стержня волоса, которая находится над поверхностью кожи), а способы удаления волос можно разделить на механические, химические и физические. Механические ме-

тоды включают бритье и подрезание волос, восковую депиляцию, шугаринг, выдергивание волос пинцетом, скрученной нитью или с помощью электроэпилятора, химические – разрушение коркового слоя стержня волос различными веществами и ферментами, физические – ультразвуковую, фотоэпиляцию (лазерную и IPL), электроэпиляцию. Несмотря на многообразие методов удаления волос, осложнения сходны и могут быть разделены на 1) наступающие во время или сразу после процедуры; 2) отсроченные; 3) связанные с имеющимися заболеваниями (как кожными, так и системными). К первой группе относятся проявления простого (раздражительного) и аллергического контактного дерматита, ожоги, отрыв эпидермиса, сопровождающиеся гиперемией, отеком, болезненностью. Степень их выраженности зависит от индивидуальной чувствительности кожи, толщины волос, метода удаления волос, продолжительности процедуры и квалификации мастера. Ко второй группе относятся проявления микробного инфицирования (фолликулиты, фурункулы), врастание волос, посттравматическая пигментация, к третьей – обострения хронических кожных заболеваний (псориаза, витилиго, красного плоского лишая), распространение уже имеющейся до процедуры бактериальной, грибковой и вирусной инфекций, усиление клинических проявлений дерматита, опрелости, рост новообразований кожи. При лечении осложнений в аксиллярной зоне следует учитывать региональные особенности кожи – слабую аэрацию, повышенную температуру и влажность. Предпочтение в местной терапии отдается растворам и порошкам (присыпкам), реже применяются кремы и совсем не применяются мази. Шире в терапии применяют аппаратное физиотерапевтическое лечение. Системная терапия не отличается от общепринятой.

## НАЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНОПАУЗЕ – СПОРНЫЕ МОМЕНТЫ

*Сметник А.А.  
Национальный медицинский исследовательский  
центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. ак. В.И. Кулакова, Москва*

Кожа – гормонозависимый орган. Гормоны (прежде всего половые) влияют на деление клеток эпидермиса и дермы, состояние сальных желез и волосяных фолликулов. Наступление менопаузы и связанное с ней снижение уровня половых гормонов отражаются на состоянии кожи. Наблюдаемые в динамике возрастные изменения кожи проявляются как прогрессивное увеличение растяжимости, вязкости, потеря эластичности. 30% коллагена кожи теряется в первые 5 лет после менопаузы.

Менопаузальная гормоноотерапия (МГТ) способствует повышению барьерной функции кожи; толщина кожи увеличивается на 10-20% на фоне применения МГТ. Благоприятные эффекты эстрогенов помогают предотвратить гормональное старение кожи, блокируя активные изменения в дерме, провоцирующие атрофию, сухость и ранимость кожи.

Правильно подобранная МГТ препятствует потере коллагена у женщин в постменопаузе и восстанавливает его уровень, предотвращает развитие дряблости кожи, увеличивает гидратацию кожи, улучшает репаративные процессы.

Увеличение массы тела в период менопаузы встречается очень часто. Примерно у 60% женщин после наступления менопаузы происходит быстрая прибавка в весе. С возрастом происходит прогрессивное снижение уровней эстро-

генов, прогестерона, гормона роста и ряда других, что способствует изменениям телосложения и прибавке массы тела. При этом жировая ткань является местом синтеза эстрогенов у женщин в постменопаузе.

Таким образом, повышение массы тела – это компенсаторная реакция организма в ответ на снижение выработки гормонов яичниками.

На фоне снижения секреции гормонов яичниками растет общее количество жира и происходит его перераспределение в область передней брюшной стенки, а масса мышечной и костной ткани уменьшается.

В настоящее время накоплены данные, что МГТ способствует снижению массы тела, набранной после менопаузы, наряду с уменьшением количества опасного абдоминально-висцерального жира.

## **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ACNE TARDA. СОЧЕТАННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ПРИМЕНЕНИЯ**

*Смольянова А.О.*

*Клиника лазерной и эстетической медицины «Триактив», Москва*

Акне – наиболее распространенное заболевание кожи, так и иначе проявляющееся в возрасте 14-19 лет почти у 100% юношей и 90% девушек. Не менее значимо – проявления акне в более позднем возрасте – 25-30 лет, так называемое *acne tarda*. Частота встречаемости его в последнее время лишь увеличивается, причем классические методы лечения (назначение ретиноидов, оральных контрацептивов, антибактериальных препаратов) – не всегда эффективны и безопасны, в силу ряда побочных эффектов (позднее акне чаще встречается у женщин, в 25-30 лет это не только пик социальной активности, но и часто возраст планирования беременности).

Настоящим открытием современной аппаратной косметологии стала возможность использования фотодинамической терапии (далее ФДТ) с фотосенсибилизаторами хлоринового ряда в терапии акне. Сочетание синего и красного цвета определенной длины волны способствует уменьшению воспалительных явлений, улучшению качества кожи, стимуляции выработки коллагена I и III типа.

Единственный побочный эффект ФДТ – развитие реактивного акне, успешно купируется сочетанием методики с модифицированным пилингом Джесснера, PRP-технологией, противовоспалительной мезотерапией.

Большая часть пациентов отмечает значительное улучшение состояния кожи и уменьшение воспалительных явлений после курса ФДТ, причем достигается стойкая ремиссия, как при акне легкой степени тяжести, так и при более значимых клинических проявлениях *acne tarda*.



## ОЦЕНКА АТОПИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

*Беянина Д.А., Дёмина Д.В., Сергеева И.Г.  
Новосибирский государственный университет,  
Институт медицины и психологии, Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии, клиника иммунопатологии, Новосибирск*

**Введение.** У ряда пациентов дифференциальный диагноз между атопическим дерматитом (АтД) и псориазом представляет проблему, так как процесс на коже имеет признаки обоих заболеваний. Предположительно, эта тенденция наблюдается у пациентов с псориазом, имеющих атопические заболевания в личном или семейном анамнезе.

**Цель.** Оценить проявления атопии у пациентов с псориазом.

**Материалы и методы.** Было сформировано 3 группы наблюдений: 1-я группа – 14 пациентов с псориазом и атопическими заболеваниями в личном и/или семейном анамнезе; 2-я группа – 13 пациентов с псориазом без атопического анамнеза; 3-я группа – 30 пациентов с бронхиальной астмой. Для оценки наличия состояния атопии всем пациентам проводили кожные скарификационные пробы с аллергенами: домашняя пыль, перо подушки, библиотечная пыль, клещи домашней пыли, шерсть кошки и собаки, перхоть лошади, смесь деревьев, смесь злаковых трав, смесь сорных трав. Для пациентов первой и второй группы оценивали наличие диагностических критериев АтД (Hanifin-Rajka) на момент обращения и наличие атопических заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальная астма) в личном и/или семейном анамнезе. Проводили морфологическое исследование биоптатов кожи пациентов 1-й группы. Все пациенты были в возрасте от 19 до 66 лет. Тяжесть псориаза по индексу PASI варьировала от 0,8 до 11,6. Средний возраст дебюта псориаза составил – 30,2±11,9 лет. Продолжительность заболевания – 7,8±6,8 лет.

**Результаты и обсуждение.** В 1-й группе пациентов, у 11 (78,6%) скарификационные пробы были положительными. Из них сенсibilизацию на смесь аллергенов сорных трав наблюдали у 8 (57%), домашней пыли – у 6 (43%), клещей и шерсть кошки – у 5 (36%), библиотечной пыли, смесь деревьев, смесь злаковых трав – у 4 (28,6%), шерсть собаки – у 3 (21,4%), перхоть лошади – у 1 (7,1%). У 2 (14,3%) пациентов пробы были отрицательные. У одного пациента наблюдалась реакция дермографизма. У 12 (92,3%) пациентов второй группы пробы были отрицательные, в одном случае наблюдалась реакция дермографизма. В 3-й группе с бронхиальной астмой у 2 (6,7%) пациентов реакция на кожные пробы отсутствовала, у 28 (93,3%) – реакция была положительной. Из них на аллерген домашней пыли – у 23 (76,7%), на библиотечную пыль – у 21 (70%), на перо подушки – у 19 (63,3%), на клещей домашней пыли – у 13 (43,3%), на смесь сорных трав – у 12 (40%), на смесь деревьев – у 9 (30%), на смесь злаковых трав – у 8 (26,7%), на шерсть собаки – у 6 (20%), шерсть кошки – у 4 (13,3%). У одного пациента наблюдали сенсibilизацию к антигенам перхоти лошади. У пациентов 1-й группы, по сравнению с пациентами 3-й группы, чаще наблюдали сенсibilизацию к пыльцевым аллергенам и реже к быто-

вым. Большие диагностические критерии атопического дерматита наблюдали у всех пациентов первой группы. 8 (57%) из них имели достаточно критериев для диагноза атопический дерматит, во второй группе только у одного пациента было достаточно критериев для диагностики АтД. В биоптатах кожи пациентов первой группы были найдены симптомы псориаза (акантоз, микроабсцессы Мунро), и для атопического дерматита (спонгиоз, эозинофильная инфильтрация).

**Выводы:** 57% пациентов с псориазом и атопическими заболеваниями в анамнезе имеют достаточно критериев для диагноза атопического дерматита. 78,6% пациентов с псориазом и атопическими заболеваниями в анамнезе имеют состояние атопии по данным скарификационных аллергопроб. Гистологическая картина биоптатов кожи пациентов с псориазом и атопией имеет признаки как псориаза, так и АтД.

## ЛИНЕЙНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ С РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ ЛЕВОГО ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

*Большева А.А., Хамаганова И.В., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Деньдуброва Ф.Н.*

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии департамента здравоохранения Москвы, Москва.*

Линейная форма склеродермии чаще встречается среди пациентов детского возраста. Среди взрослого населения данная форма очаговой склеродермии встречается гораздо реже. Для линейной склеродермии характерно одностороннее формирование полосовидных очагов эритемы и склероза. В большинстве случаев происходит поражение одной половины тела по линиям Блашко в виде очагов уплотнения, плотно связанных с подлежащими тканями. Уменьшение объема гиподермы, фасций мышц, костей приводит к прогрессирующему с годами образованию контрактуры, и как следствие, ограничение двигательной функции.

Представляем собственное наблюдение линейной склеродермии с разгибательной контрактурой левого локтевого сустава.

Большая Н., 37 лет, впервые обратилась в октябре 2017 г. в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с жалобами на высыпания на коже левой верхней конечности, спины, живота; ограничение движений в плечевом, локтевом и I пястно-фаланговом суставах левой верхней конечности; онемение левой кисти руки; чувство «стянутости» в местах высыпаний.

Из анамнеза. Росла и развивалась нормально. В семье и среди родственников подобных заболеваний не установлено. В январе 2016 г. отметила появление высыпаний на коже левого запястья, сопровождающиеся болезненностью. В марте 2016 г. отметила высыпания на коже живота, в связи с чем обратилась к хирургу, которым диагностирован «Лимфоотек», пациентка дообследована в объеме, УЗИ вен в/к – патологии со стороны глубокой и поверхностных венозных систем верхних конечностей справа/слева не вы-

явлено. В связи с распространением высыпаний на кожу левого плеча стационарным лечением в г. Тверь, с диагнозом «очаговая склеродермия, полосовидная, среднетяжелое течение». Пациентке проведена рентгенография левого локтевого сустава: «на рентгенограммах левого локтевого сустава – остеопороз. Высота суставной щели сохранена на всем протяжении. Рентген-признаки эпикондилита.

В связи с затруднением движений в левом локтевом сгибе консультирована ортопедом с диагнозом «очаговая склеродермия. Разгибательная контрактура левого локтевого сустава».

На момент осмотра: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. Локализуется на коже кисти левой руки, предплечья, плеча, левой лопаточной области, живота справа. Представлен мономорфными высыпаниями в виде пятен розоватобурого цвета с тенденцией к трансформации в бляшку. Области сгибательной поверхности левой верхней конечности, диффузно индурированы, сформированной в области локтевого сустава воспалительной контрактурой, очаги атрофии, в том числе рубцовой. Кожа в области высыпаний с трудом собирается в складку, атрофия с западением в центральной части элементов. Дермографизм смешанный. Ногтевые пластины кистей рук и стоп не изменены. Слизистые оболочки свободны от высыпаний. Левый локтевой сустав – невозможно совершить разгибание.

Пациентка получила 3 курса комбинированной терапии в условиях МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Консультирована ревматологом с диагнозом «очаговая склеродермия». На момент осмотра убедительных клинико-лабораторных признаков системной склеродермии нет. С рекомендациями приема препаратов аминохинолинового ряда. С учетом клинической картины, за период первой госпитализации в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» назначены туры гидроксихлорохина сульфата, с положительной динамикой на момент выписки. Учитывая длительное непрерывно рецидивирующее течение кожного заболевания, распространенность и тяжесть патологического процесса, неэффективность ранее проводимых методов системного и физиотерапевтического лечения пациентка получила 9 процедур и в последующую госпитализацию 7 процедур, комплексного лечения с применением курса длинноволнового ультрафиолетового излучения ПУВА – терапией в сочетании с антибактериальной терапией.

Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью данной формы заболевания среди взрослых, формированием контрактуры, торпидным течением заболевания.

## **РЕАКЦИЯ ЯРИША-ГЕРКСГЕЙМЕРА-ЛУКАШЕВИЧА У ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ**

*Дудак В.И., Матевосян С.М., Герман А.О.  
Московский научно-практический центр  
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва*

Реакция Яриша-Герксгеймера-Лукашевича (РЯГЛ) – фебрильная реакция, которая возникает через несколько часов после начала лечения противосифилитическими средствами и особенно ярко проявляется при терапии пенициллином. РЯГЛ – клинический синдром, который проявляется повышением температуры, ознобом, снижением артериального давления, тахикардией, тошнотой, головной

болью, болью в мышцах, усугублением существовавших или появлением новых симптомов основного заболевания, лимфаденопатией и лейкоцитозом. Впервые реакция была описана австрийским дерматологом Адольфом Яришем в 1895 г. и немецким дерматологом Карлом Герксгеймером в 1902 г. Согласно данным классической литературы частота развития РЯГЛ могла достигать до 80% у пациентов, получающих пенициллин. В современных зарубежных исследованиях РЯГЛ наблюдают редко (1,4-1,6%).

Целью нашего исследования явился анализ частоты развития и особенностей течения реакции Яриша-Герксгеймера-Лукашевича у пациентов с сифилисом, получавших специфическое лечение в венерологическом отделении Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии в 2016-2017 гг.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 569 историй болезней больных сифилисом, госпитализированных в 2016-2017 гг. в дерматовенерологический стационар филиала «Клиники им. В.Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Реакция наблюдалась у 14 (2,3%) пациентов, в том числе у 13 мужчин и у 1 женщины. РЯГЛ наблюдалась только у пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек. Реакция не возникала у пациентов с первичным, ранним скрытым и поздними формами сифилиса. У двух (14,3%) пациентов определялся антитела к ВИЧ. Вирусные гепатиты В и/или С были выявлены у 3 (21,3%) больных вторичным сифилисом. У всех пациентов симптомы РЯГЛ возникали после инъекции пенициллина или цефтриаксона через 3-6 часов после начала терапии. На головную боль жаловались 4 (28,6%) пациента; ощущение слабости и разбитости – 2(14,3%) пациента. Повышение температуры выше 37С отмечалось у 11(78,6%) человек. Озноб, лихорадка с повышением температуры тела до 38 и выше – у 5 (35,7%) человек. Появление обильной розеолезной сыпи было диагностировано у 6 (42,9%) человек, увеличение лимфатических узлов – у одного пациента. Особенностью явилась и разная продолжительность реакции. В течение суток проявления РЯГЛ регрессировали у 10 (71,5%) пациентов, в течение двух суток сохранялась, слабость повышенная температура – у 1(7,1%), трое суток – у 3(21,4%) пациентов (головная боль, субфебрилитет). Обсуждение. Таким образом, частота встречаемости реакция Яриша-Герксгеймера-Лукашевича является низкой и составила в нашем исследовании всего 2,5%. Тем не менее для специалиста важно помнить о симптомах РЯГЛ для проведения дифференциального диагноза с аллергической реакцией на пенициллин. Кроме того, клиницистам необходимо предупреждать пациентов о возможности развития симптомов во избежание недоразумений после начала специфического лечения.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО СИНДРОМА – НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО ЯВЛЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ**

*Кадакова О.В., Шатохина Е.А.  
Центральная государственная медицинская академия  
Управления делами Президента РФ,  
Москва*

Введение. Поражение кожных покровов при использовании препаратов таргетной терапии онкологических

заболеваний становится одним из ведущих нежелательных явлений и достаточно часто ведёт к снижению дозы противоопухолевого препарата и даже полной его отмене. Наиболее часто отмена препарата связана с ладонно-подошвенным синдромом (ЛПС, hand-foot syndrome, HFS, hand-foot skin reaction, HFSR). ЛПС проявляется на участках кожи в местах повышенного трения или давления, чаще это проекции выступающих костных структур (пяточной кости, области проекций головок плюсневых костей и зоны давления обувью и одеждой). Согласно последней версии классификации, определяющей вид и тяжесть побочных эффектов противоопухолевой терапии, в разделе нежелательных явлений со стороны кожи, ладонно-подошвенный синдром рассматривается как синдром ладонно-подошвенной эритродизестезии (расстройство, характеризующееся покраснением, выраженным дискомфортом, отеком и дезестезией в ладонях или подошвах стоп). Мультикиназные ингибиторы, применяемые в качестве таргетной терапии, подавляют сразу несколько мишеней-рецепторов, участвующих в ангиогенезе опухоли, и наиболее часто вызывают тяжелые формы ладонно-подошвенного синдрома. Из них сунитиниб сопровождается осложнением в виде ЛПС в 20% случаев, аксинитиб – в 26%, ленватиниб – в 32%, кабозатиниб – в 42%, сорafenиб – в 50-76% по разным источникам и достигает значительной степени выраженности. Расширение показаний и успешность использования новых препаратов таргетной терапии в различных областях онкологии определяют актуальность вопроса о лечении ЛПС и методах его профилактики. Профилактические мероприятия, рекомендуемые пациентам, принимающим таргетную терапию, направлены на предотвращение сухости и раздражения кожи, но, к сожалению, даже при активном проведении таких профилактических мер, достаточно часто наблюдается развитие ЛПС. В связи с чем, комплексное эффективное лечение ладонно-подошвенного синдрома является необходимой составляющей ведения пациентов, получающих противоопухолевую терапию мультикиназными ингибиторами. Цель. Доказать клиническую эффективность комбинированной схемы терапии ЛПС с использованием препарата альфа-липоевой кислоты внутрь и топической терапии в виде мази, содержащей кальципотриол и дипропионат бетаметазона у пациентов, получающих противоопухолевую терапию мультикиназными ингибиторами. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 19 пациентов, получавших противоопухолевое лечение мультикиназными ингибиторами и имевших клинические проявления ладонно-подошвенного синдрома. В 1-й группе (10 пациентов) для лечения ЛПС была назначена комбинация препарата альфа-липоевой кислоты в дозе 600 мг в сутки и мази, содержащей 0,005% кальципотриол и 0,05% дипропионатбетаметазона, 2 раза в день. Во 2-й группе (9 пациентов) проводилось лечение комбинацией наружных препаратов – крем, содержащий 10% мочевины и мазь, содержащую 0,05% дипропионатбетаметазон. Оценка результатов проводилась по индексу IGA (Investigator's Global Assessment), где симптомы (эритема, инфильтрация, десквамация, трещины) оценивались от 0 до 6 по степени выраженности. Пациенты оценивали свои ощущения (парестезии, жжение, боль) по шкале VAS (Visual Analogue Scale) – визуальная аналоговая 5-балльная шкала симптомов. Результаты. У пациентов 1-й группы клиническое улучшение наступило быстрее, наиболее выраженный регресс наблюдался в первую неделю: уменьшение эритемы на 53%, шелушения на 33%, трещин на 54%; значительно уменьшились субъективные ощущения пациентов – паре-

стезий на 65%. Во 2 группе ЛПС регрессировал медленно, до уровня 1-й группы ко 2-3-ей неделе терапии, но в этой группе быстро уменьшилась десквамация – за первую неделю на 53%. Регресс эритемы и трещин за первую неделю составил 43% и 39% соответственно; субъективные ощущения у пациентов были более выраженными. Выводы. Пациентам, получающим таргетную терапию мультикиназными ингибиторами, для лечения ладонно-подошвенного синдрома рекомендуется проведение комбинированной схемы с использованием препарата альфа-липоевой кислоты внутрь и топической терапии в виде мази, содержащей кальципотриол и дипропионат бетаметазона.

## АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

*Калашникова О.В.*

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

Введение. Аллергический контактный дерматит (АКД) является неблагоприятной кожной воспалительной реакцией, вызванной контактом с определенным экзогенным аллергеном, к которому пациент сенсибилизирован. После контакта с аллергеном в коже развивается иммунологическая реакция, проявляющаяся клинически экзематозным воспалением. Причиной развития АКД могут становиться более 3700 химических веществ. Около 60% пациентов, обратившихся к дерматологу по поводу аллергических высыпаний на коже, имеют хотя бы одну положительную реакцию при проведении тестирования, а у 46% пациентов регистрируется диагноз: «Аллергический контактный дерматит». Показатели заболеваемости контактным дерматитом в РФ в последние десять лет имели тенденцию к постепенному росту. В 2005 г. заболеваемость составляла 884,7 на 100 000, а в 2015 г. – 1101,5 на 100 000 населения в целом.

Целью нашего исследования явился анализ возможных аллергенов, вызвавших АКД у детей в возрасте от 5 до 17 лет. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 26 детей с АКД, обратившихся в 2015-2017 гг в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Девочек было 15 (57,7%), мальчиков – 11 (42,3%). Атопическим дерматитом страдали 5 (19,2%) детей, стропулосом – 2 (7,6%), пищевой аллергией – 8 (30,1%). Часть детей с АКД, обратившихся в отделение, имели другой направительный диагноз: периоральный дерматит – у 6 (23,0%), блефарит – у 2 (7,6%), дисгидроз – у 2 (7,6%). Patch-тестирование было проведено одной девочке (в Германии), страдающей тяжелой формой атопического дерматита. Выявлены положительные реакции на цетилстеариалкоголь, входящий в состав эмульгов и кремов, ланолин, фузидовую кислоту, пчелиный воск. В зависимости от дебютной локализации высыпаний нами было выделено 5 групп аллергического контактного дерматита (АКД кожи лица, периоральной области, губ, АКД кожи век, АКД кожи шеи и туловища, АКД кожи рук и АКД кожи ног). Результаты. Причинами контактного дерматита у 8 детей с локализацией на лице явилось использование фторсодержащих зубных паст, жевательных резинок, некоторых косметических кремов, используемых вместо эмульгов. Процесс протекал тяжелее у детей с контактным дерматитом вследствие частого облизывания губ. АКД в области век развивался у двух детей после ремонта (возможная причина – дихромат калия), у одного ребенка – после дезинфекции помещений по поводу клопов. Веществом, чаще всего



вызывающим АКД шеи и туловища (у 10 детей), явился сульфат никеля, входящий в состав металлических украшений, поясов, пряжек и т.д. У трех детей АКД кожи рук развивался на косметические средства, никель, лаки для ногтей. У двух детей был диагностирован АКД при ношении обуви. Для изготовления обуви могут использоваться вещества, имеющие в составе резину (меркаптобензотиазол, карбо-смесь, тиурамовая смесь, ртутная смесь, смесь черной резины и смешанная диалкилтиомочевина), клеи и адгезивные вещества, например, 4-трет-бутилфенол формальдегидная смола. Для производства обуви из дубленой кожи используется дихромат калия.

Обсуждение. Patch-тестирование является золотым стандартом диагностики аллергического контактного дерматита. Список распространенных аллергенов, вызывающих аллергический контактный дерматит у детей, может изменяться в зависимости от множества факторов, таких как окружающая среда, и в зависимости от того, какой образ жизни ведет ребенок и с какими предметами он взаимодействует. Никель по-прежнему остается одним из самых распространенных аллергенов, дающих позитивные реакции у детей. Кроме того, очень важно тестировать детей на потенциальные аллергены, содержащиеся в их личных вещах, которыми они часто пользуются. Поиск аллергенов также должен включать местные антибиотики, кортикостероиды, противогрибковые средства (и самостоятельно купленные, и прописанные врачом), которые могли использовать пациенты для лечения пораженной области. Это необходимо для того, чтобы своевременно выявить аллергию и тем самым, исключив контакт с аллергеном и предприняв все необходимые терапевтические меры, предотвратить развитие АКД у ребенка.

## ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ ИССЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НЕВУСОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВНЫХ НЕВУСОВ И ИХ МАЛИГНИЗАЦИИ

*Карвацкая К.Ф.*

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Заметным вкладом в исследование меланоцитарных новообразований кожи явилось выделение Кларком особых пятен – лентигозной меланоцитарной дисплазии. При последующем изучении этого варианта невуса было введено название «диспластический невус» (ДН), которое следует рассматривать как синоним понятия лентигозная меланоцитарная дисплазия (ЛМД). Диспластические изменения меланоцитов в диспластических невусах рассматриваются как этапы их апитии, в некоторых случаях вплоть до меланомы, что дает основание относить их к облигатным предмеланомным процессам. Одной из актуальных проблем современной дерматоонкологии является диагностика диспластических невусов и разработка наиболее оптимальных подходов к лечению меланоцитарного невуса и профилактики злокачественной меланомы. Данные литературы свидетельствуют о том, что широко применяемые методы терапии как СО<sub>2</sub>-лазер, радиоволновая хирургия, а также неадекватно выбранный объем хирургического иссечения невуса нередко сопровождаются нежелательными осложнениями, в виде рецидивных невусов и их малигнизации. При наличии атипичных меланоцитов в зоне иссечения риск малигнизации такого образования на месте травматизации увеличивается, дисплазия прогрессирует. Цель. Изучение особенностей меланоцитарной дисплазии

разной степени на предоперационном этапе с целью определения индивидуальных границ иссечения ДН, с целью уменьшения риска развития рецидивных невусов.

Материалы и методы. Производилось иссечение клинически атипичных невусов у пациентов с прогрессирующей меланоцитарной дисплазией, без дерматоскопических признаков меланомообразования. Пациенты разделены на контрольную и исследуемую группы. В контрольной группе (10 человек в возрасте от 18-55 лет) иссечение производилось в рекомендуемых границах: захват здоровых тканей 1-2 мм, глубина иссечения до подкожно-жировой клетчатки. В исследуемой группе (10 человек в возрасте от 18-63 лет) иссечение невуса производилось с учетом дерматоскопических изменений строения периферической и центральной зон в течение 6 месяцев, глубины залегания меланоцитов. Границы иссечения: 5-8 мм, глубина иссечения до подкожно-жировой клетчатки.

Результаты. В контрольной группе: гистологически положительный хирургический край у 2 (20%) пациентов, рецидив в течение первых 6 месяцев, рекомендован дерматоскопический контроль, онконастороженность. 8 человек (80%) с отрицательным хирургическим краем, рецидивов в течение 6 месяцев не наблюдалось. В исследуемой группе: у всех пациентов (100%) гистологически подтвержден отрицательный хирургический край, даже при высокой степени меланоцитарной дисплазии. На дерматоскопическом контроле рецидивов не наблюдалось.

Обсуждение. Индивидуальный расчет границ иссечения диспластических невусов уменьшает риск развития рецидивных невусов и снижает риск их малигнизации. Требуются дальнейшие сравнительные исследования в динамике для оценки отсроченных рисков, а также для систематизации ведения пациентов с диспластическими невусами.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

*Кондратьева Ю.С., Филинова С.О.*

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

Склероатрофический лихен (lichen sclerosus et atrophicus) (САЛ) является медленно прогрессирующим хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек, имеющие нередко локализацию и в области гениталий у женщин. Основная цель терапии САЛ замедлить прогрессирование болезни, достичь стабилизации процесса, а затем регресса клинической картины, поэтому лечение должно быть своевременным, многокомпонентным и патогенетически обоснованным. Комплекс лечебных мероприятий при лечении генитальных поражений в случае очаговой склеродермии и САЛ определяется тремя патогенетическими звеньями: избыточным фиброобразованием, нарушением микроциркуляции и иммунными нарушениями.

Цель: оценка клинической эффективности комплексного лечения пациенток с склероатрофическим лихеном с локализаций в области наружных половых органов.

Материалы и методы: на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии АГМУ под наблюдением находилось 16 женщин с диагнозом САЛ наружных половых

органов. Возраст пациенток варьировал от 30 до 65 лет. Длительность заболевания составляла от 2 до 15 лет. Все пациентки получали лечение: антибактериальные препараты пенициллинового ряда, ангиопротекторы (пентоксифиллин или ксантинола никотинат), препараты, улучшающие микроциркуляцию и обладающие репаративными свойствами (актовегин, солкосерил), витаминно-микроэлементные комплексы и ферментный препарат лонгидаза 3000 МЕ вагинально 1 раз в 2 дня – 10 суппозиториями. Наружная терапия включала использование топических глюкокортикоидных кремов слабой активности в комбинации с гелем актовегин или солкосерил. Эффективность лечения спустя 1 месяц оценивали по следующим клиническим показателям: динамика патологического процесса с учетом местной воспалительной картины, индуративных проявлений и трофических нарушений (изменение окраски, снижение сухости кожно-слизистых покровов, исчезновение воспалительной инфильтрации и эпителизации трещин), а также уменьшение или исчезновение зуда и чувства жжения. Полученные результаты: пациентки при обращении отмечали следующие жалобы: изменение кожи в области гениталий – 15 женщин (93,75%), ощущение чувства уплотнения кожи и слизистых наружных половых органов у 8 пациенток (50%), стянутость и онемение беспокоило одинаковое количество пациенток – 8 женщин (50%), чувство зуда – 10 пациенток (62,5%), дискомфорт и болезненность при половом акте – 5 женщин (31,25%). У 2 пациенток (12,5%) наблюдалось одновременно и локализация очагов САЛ на коже. При изучении анамнеза жизни у женщин имелись сопутствующие соматические заболевания: бронхолегочной системы у 10 женщин (62,5%): острые респираторные заболевания – хронический тонзиллит – у 6 женщин (37,5%), частые (до 4 раз в 6 месяцев) ангины у 4 женщин (25%), также имелась патология эндокринной системы: гипотиреоз у 3 женщин (18,75%) и сахарный диабет у 1 женщины (6,25%). В состоянии менопаузы находилось 5 женщин (31,25%). Клиническая картина у пациенток была представлена схожими симптомами – множественными и/или единичными очагами атрофии, в зависимости от стадии заболевания с разной степенью выраженности цвета и склероза, явлений ксероза и трещинами различной глубины. После проведенного лечения такие клинические признаки как воспалительная инфильтрация, зуд, чувство жжения были полностью купированы у всех женщин, сухость кожно-слизистых покровов сохранялась у 2 женщин (12,5%), появление новых трещин наблюдалось всего у 2 пациенток (12,5%).

Выводы: анализируя все вышесказанное, можно говорить эффективности и целесообразности комплексного лечения с включением в схему терапии женщин с атрофическими заболеваниями наружных половых органов ферментных препаратов в виде суппозиториями. Применение данной схемы лечения в нашем наблюдении позволило купировать полностью воспалительную инфильтрацию, зуд, чувство жжения у всех пациенток, уменьшить сухость кожно-слизистых, появление новых трещин.

## ПЕРСПЕКТИВЫ В ТЕРАПИИ АКНЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

*Корняк М.С., Братилова А.В., Львов А.Н.  
Московский научно-практический центр  
дерматологии и косметологии ДЗМ, Москва.*

Акне – хроническое, мультифакториальное заболевание, в основе которого лежат фолликулярный гиперкератоз,

повышенная продукция кожного сала, гиперколониализация *P. Acnes* и воспаление. Для лечения акне, согласно клиническим рекомендациям, используются наружные и системные препараты, к которым относятся: топические ретиноиды, бензоила пероксид, азелаиновая кислота, изотретиноин, системные антибиотики, антиандрогены. Последнее время появляются перспективные методы лечения акне.

На основании анализа 21-й статьи зарубежных авторов, было выделено пять основных препаратов, не используемых ранее для лечения акне. Большинство препаратов проходят клинические испытания. Среди которых особое внимание обращает на себя биологический препарат – антагонист 5-меланокортин рецепторов (МТС 896). Экспериментальные исследования этого препарата показали выраженное снижение секреции кожного сала спустя 4 недели применения, уменьшение количества как воспалительных, так и невоспалительных элементов. По показаниям "off label" используется дапсон – препарат из группы сульфонов, используемый в качестве системной терапии при лепре и герпетическом дерматите Дюринга. Для лечения акне впервые была разработана местная форма дапсона в виде геля с концентрацией 7,5% и 5%. В 2016 г. проводились клинические испытания, в которых в общей сложности приняло участие 4340 испытуемых, от 12 лет и старше. Основным эффектом местной формы апсона является противовоспалительный. Он заключается в подавлении нейтрофильной миелопероксидазы и эозинофильной пероксидазы, подавлении хемотаксиса нейтрофилов, подавлении IL8, PG, LT, TNF- $\alpha$ , лизосомальных гидролаз, подавлении формирования продуктов 5-липооксигеназы. Миноциклин – антибиотик второго поколения из группы тетрациклинов, для наружного применения проходит вторую фазу клинических испытаний. В литературе описаны две формы наружного миноциклина – пена и гель, с концентрациями 4% и 1% соответственно. Применение небольшого количества пены миноциклин один раз в день в течение 12 недель привело к значительному уменьшению воспалительных элементов, начиная с третьей недели использования. Результаты сохранялись до окончания исследования. Однако, несмотря на низкую концентрацию, гелевая форма в отличие от пены лучше проникает в пилосебационный комплекс. Также третью фазу клинических испытаний проходит местная форма антагониста андрогена – крем кортексолон-17 $\alpha$  пропионат 1%. В 2011 г. проводилось клиническое испытание с участием мужчин, в котором оценивались безопасность и эффективность кортексолон-17 $\alpha$  пропионата в сравнении с плацебо и 0,05% кремом третиноином. Кортексолон-17 $\alpha$  пропионат показал очень хорошую переносимость, значительно лучше плацебо, а также клинически был более эффективен, чем 0,05% крем третиноин. Помимо акне этот препарат проходит вторую фазу клинических испытаний для лечения андрогенной алопеции. Проводится исследование геля оксида азота (SB 209), подтверждающее его эффективность. Препарат имеет хорошую переносимость, также отмечалось, что применение оксида азота приводит к уменьшению выработки кожного сала у испытуемых, и, предположительно, уменьшению гиперпигментации. Считается, что основная роль оксида азота при акне заключается в его антимикробной и противовоспалительной активности. Оксид азота воздействует на *P. acnes* и подавляет воспаление, уменьшая высвобождение IL-1 $\beta$  IL-17. В настоящее время гель оксида азота находится в 3 фазе клинического исследования. Из всех перечисленных препаратов только дапсон выпускается и используется для лечения акне дерматологами в Европе и Америке. Остальные препараты находятся в стадии клинических испытаний. Таким образом, помимо традиционных высокоэффектив-

ных методов терапии акне, в последнее время появляются новые лекарственные препараты

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

*Королева М.А.*

*Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва*

Целью нашей работы была оценка эффективности устекинумаба у больных с псориазом и ПсА. Под наблюдением находилось 10 пациентов с диагностированным псориазом гладкой кожи и псориатическим артритом. Среди них 6 (60%) мужчин и 4 (40%) женщины, средний возраст – 44,2±2,7 года. Длительность псориаза – 17,9±2,6, длительность ПсА – 2,6±1,3 года. Для диагностики ПсА использовались критерии CASPAR (поражение кожи, семейный анамнез, дактилит, ревматоидный фактор, рентгенологические признаки).

Все пациенты до настоящего обострения получали системную базисную терапию, однако на протяжении последнего года отмечалась неэффективность лечения. Все пациенты были бионаивными.

После обследования в соответствии с клиническими рекомендациями пациентам был назначен генно-инженерный препарат устекинумаб в дозе 90 мг, вторую инъекцию проводили 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель.

Результаты исследования. Индекс PASI до первой инъекции устекинумаба в среднем составил 31,4±3,7 баллов (тяжелая степень тяжести PASI > 15). Через 12 недель (1 конечная точка) у всех пациентов отмечался эффект с PASI не менее 50%. Таким образом уже в фазу индукции все пациенты были расценены как ответчики и продолжили терапию. В дальнейшем положительная динамика нарастала и к 48 неделям количество ответчиков по PASI75 составило – 10 (100%), по PASI 90 – 8 (80%), по PASI100 – 5 (50%).

Исследование эффективности устекинумаба в отношении суставного синдрома проводилось с учетом индекса ACR 20. Индекс ACR 20 (количество болезненных (из 78) и воспаленных (из 76) суставов, оценка активности ПсА по ВАШ исследователем, самим больным, оценка больным болевого синдрома по ВАШ, показатель функциональной недостаточности HAQ, показатели СОЭ или СРБ)/

В результате терапии достоверные результаты были зафиксированы через 2 месяца от начала лечения ( $p < 0,001$ ), при этом оценка пациентами болевого синдрома и активности болезни в течение первого месяца показала отсутствие значимой динамики –  $p = 0,415$  и  $p = 0,127$  соответственно. К концу 3 месяца по оценке пациентов отмечалась достоверная динамика: снижение боли (количество болезненных суставов) в среднем на 40% отметили 8 (80%) пациентов. Снижение активности ПсА (количество воспаленных суставов) по оценке пациентами составило 64% к концу 6 месяцев. По оценке исследователя к концу 3 месяца: снижение боли (количество болезненных суставов) составило 35%, через 6 месяцев – 67%. Снижение активности ПсА (количество воспаленных суставов) составило 64% через 6 месяцев.

Следует отметить, что ни в одном клиническом случае не отмечалось каких-либо побочных эффектов и нежелательных явлений. Эффективность сохранялась на протяжении

всего периода наблюдений без потери эффективности – PASI < 5 баллов у 100% больных. Таким образом, на настоящий момент все пациенты продолжают поддерживающую терапию устекинумабом.

Выводы. 1. Терапия устекинумабом через 6 месяцев после инициации позволяет достигать PASI 75 у 100% бионаивных пациентов, при этом количество пациентов с PASI 90 и PASI 100 составило 80% и 50% соответственно.

2. Применение устекинумаба положительно влияет на клинические симптомы псориатического артрита: отмечалось снижение боли (количество болезненных суставов) через 6 месяцев на 67% и снижение активности ПсА (количество воспаленных суставов) составило 64%.

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И ИХ ДИНАМИКИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Крахалёва Ю.А., Сергеева И.Г.*

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск*

Введение. Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи является неинвазивным методом исследования, позволяющим визуализировать структурные изменения кожи и оценивать динамику восстановления нормальной структуры кожи в процессе лечения.

Цель. Определить возможности УЗИ кожи в ведении пациентов с атопическим дерматитом (АтД).

Материалы и методы. Методом случайной выборки были сформированы две группы пациентов в возрасте от 0 до 8 лет. Первая группа – дети с АтД разной степени тяжести ( $n = 19$ ), средний возраст 3,7±3,3 года. Вторая группа – дети без АтД и атопических заболеваний в анамнезе ( $n = 18$ ), средний возраст 3,8±2,1 года. Для постановки диагноза использовались критерии Hanifin and Rajka, степень тяжести оценивалась при помощи шкалы SCORAD. УЗИ кожи проводилось в области щек, локтевых сгибов и коленных ямок в обеих группах, в первой группе дополнительно исследование проводилось в очагах поражения и в прилегающем участке здоровой кожи. УЗ-сканирование проводилось на аппарате Skinscanner DUB TPM с датчиком частотой 75 МГц. Глубина сканирования составляла 4 мм, разрешающая способность 21 мкм. Визуализировали эпидермис и дерму, измеряли толщину и уровень эхогенности каждого слоя кожи. Для сравнительной оценки ультразвуковой толщины и плотности кожи был использован коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем здоровом участке кожи к показателям сканограммы в области очагов поражения.

Результаты. При УЗИ кожи в локализациях, типичных для АтД, у здоровых детей визуализировали ровный гиперэхогенный эпидермис и менее гиперэхогенную дерму, в 100% субэпидермальная гипозоногенная полоса отсутствовала. У детей с АтД независимо от степени тяжести при УЗ-сканировании кожи в области очагов поражения наблюдали увеличение толщины эпидермиса ( $КС = 0,693 \pm 0,213$ ), при  $SCORAD > 15$  дерма была утолщена ( $КС = 0,803 \pm 0,124$ ) и имела пониженную эхоплотность ( $КС = 2,230 \pm 1,015$ ). При тяжелом течении АтД ( $SCORAD > 40$ ) эхогенность эпидермиса была снижена ( $КС = 1,620 \pm 0,534$ ). В 76% в очагах поражения



у детей с АТД визуализировали субэпидермальную гипозоногенную полосу, в 78% эпидермис имел неровные контуры. В области здоровой кожи у пациентов с АТД в 78% определяли субэпидермальную гипозоногенную полосу, в 59% эпидермис имел неровные контуры. В процессе лечения у пациентов с АТД отмечались клиническое улучшение и снижение степени тяжести по индексу SCORAD. При УЗ-сканировании было выявлено: уменьшение толщины эпидермиса в 1,2 раза и дермы в 1,6 раз, увеличение эхоплотности дермы в 1,5 раза, уменьшение толщины субэпидермальной гипозоногенной полосы в 1,7 раза и повышение ее эхогенности в 2,7 раза. Эхогенность эпидермиса не изменялась, его неровный контур сохранялся. В 42% в процессе лечения в очагах поражения наблюдали исчезновение гипозоногенной полосы. Обсуждение. При средней и тяжелой степени тяжести АТД были выявлены изменения со стороны дермы – увеличение ее толщины и снижение эхоплотности, что можно рассматривать в качестве УЗ-критерия воспалительного процесса дермы. Отсутствие изменений дермы при SCORAD<15, возможно, говорит о минимальной степени воспаления. Наличие субэпидермальной гипозоногенной полосы в очагах поражения связано с отеком и инфильтрацией воспалительными клетками сосочкового слоя дермы, что отражает выраженность воспалительного процесса. Наличие гипозоногенной полосы у пациентов с АТД в области здоровой кожи может говорить о наличии в ней субклинически протекающего воспалительного процесса, что, в дальнейшем, может привести к возникновению обострения в этих областях. С терапевтической точки зрения, в этом случае целесообразно использование проактивной терапии для предотвращения возникновения обострения и увеличения длительности ремиссии. Мы считаем, что наличие у пациентов с АТД неровных контуров эпидермиса как в очагах поражения, так и в области здоровой кожи, не противоречит современному взгляду о структурных изменениях эпидермиса, вызванных мутацией в гене FLG, однако это требует дальнейшего изучения и наблюдения. В процессе лечения пациентов с АТД наибольшие изменения наблюдали со стороны субэпидермальной гипозоногенной полосы. Возможно, гипозоногенная полоса отражает степень воспалительного процесса, а изменения с ее стороны в процессе лечения могут служить маркером эффективности проводимой терапии. Однако неполное исчезновение полосы говорит о необходимости дальнейшего лечения. Таким образом, мы считаем, что УЗИ кожи отражает как структурные, так и воспалительные процессы, происходящие в коже.

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СТАФИЛОКОККОВОЙ ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ**

*Маркова М.Н.*

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

Синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS) – ургентное бактериальное поражение кожи, развивающееся под действием эпидермолитических экзотоксинов золотистого стафилококка и характеризующееся образованием вялых поверхностных пузырей, напоминающих пузыри при термических ожогах. Заболеваемость варьирует между 0,09 и 0,56 случаев на миллион в общей популяции, что в 10 раз меньше, чем заболеваемость токсическим эпидермальным некролизом. Синдром развивается в первые дни и недели жизни у новорожденных, младенцев или у де-

тей младше 6 лет, колонизированных метициллин-резистентными штаммами золотистого стафилококка II фаговой группы, типы 71 и 55/71. Считается, что персистенция штаммов с геном *fnbV* на слизистой носоглотки повышает риск развития заболевания. В современном течении различают несколько форм SSSS: истинный эксфолиативный дерматит Риттерсхайна, генерализованную, abortивную в виде scarлатиниформной экзантемы и локальную без гематогенной диссеминации токсина, как местное осложнение буллезного импетиго. Легкие формы быстро заканчиваются выздоровлением. Тяжелая форма сопровождается гнойным конъюнктивитом, средним отитом, назофарингеальными инфекциями. Показатели летальности среди детей, даже при условии проведения адекватной терапии, высокие и регистрируются в 3,6-11,0% случаев при осложнениях сепсисом, целлюлитом, пневмонией.

Целью нашего исследования явился анализ современного течения синдрома стафилококковой обожженной кожи. Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ трех случаев SSSS за 2015-2017 гг., диагностированных в консультативно-поликлиническом отделении ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». У одного ребенка 5 лет синдром протекал в виде истинного эксфолиативного дерматита Риттерсхайна, у двух – новорожденного (возраст 10 дней) и младенца (возраст 1,5 месяца) – в abortивной форме в виде scarлатиниформной экзантемы. Все пациенты были мужского пола. Клиническая картина истинного эксфолиативного дерматита Риттерсхайна у ребенка 5 лет развивалась после перенесенного ОРВИ, складывалась из отторжения поверхностного слоя эпидермиса и общих токсических нарушений (лихорадка, болезненность кожи). Определялся положительный симптом Никольского. В течение 5-7 дней происходила эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием, к 14 дню – заживление кожи без образования рубцов. Продолжительность стадии десквамации составляла приблизительно 10 дней. Через 14 дней происходило восстановление кожных покровов. У детей с abortивной формой в виде scarлатиниформной экзантемы в первые сутки наблюдалось покраснение и отек кожи вокруг глаз, носа, рта, а также в области пупка, паховых и подмышечных складок, отмечались неяркие пятнистые высыпания красного цвета с тенденцией к развитию мацерации кожи. Поражение кожи прогрессировало в течение 1-2 суток, затем появлялось выраженное шелушение. Дети находились на искусственном вскармливании, поэтому высыпания первоначально были ошибочно приняты за аллергические проявления. При синдроме стафилококковой обожженной кожи у детей золотистый стафилококк не выделяется из очагов поражения кожи, но обнаруживается в очагах первичного поражения, прежде всего в носоглотке. Исследования крови, как правило, дают отрицательный результат. Обсуждение. Очевидно, что SSSS является редким заболеванием в педиатрической практике в связи с недостаточным его выявлением, скрытым носительством золотистого стафилококка, в том числе у матерей и медицинского персонала. Следует отметить также, что данное заболевание может проявляться симптомами, не характерными для обычных дерматозов: эритродермией, эксфолиацией, пузырями. Поэтому их необходимо дифференцировать с другими десквамативными эритродермиями или буллезными дерматозами. Также имеет место запоздавшая диагностика из-за недостаточной осведомленности врачей, что подтверждает необходимость клинической настороженности в отношении данного заболевания для его ранней диагностики и своевременного лечения.

## ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Масиянская Т.Д.

Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань

**Введение.** Рецидивирующая инфекция вызванная Herpes simplex у серопозитивных к данному вирусу пациентов является крайне распространенной вирусной инфекцией кожи. После окончания периода репликации вируса и формирования специфического противовирусного иммунитета и/или начала специфической противовирусной терапии – вирионы HSV мигрируют из плазмы крови (где находились все это время) в нервные клетки спинальных паравертебральных ганглиев, где находятся в «не активном» состоянии длительное время. При создании условий благоприятствующих обострению герпетической инфекции Herpes simplex по нервным окончаниям из паравертебральных ганглиев начинают медленно перемещаться к поверхности кожи. Для большинства пациентов высокие показатели частоты рецидивов герпетической инфекции значительно снижают качество жизни, именно поэтому поиск альтернатив супрессивной противовирусной терапии является серьезной задачей современной дерматологии. Учитывая общность патогенетических механизмов влияния ботулотоксина на нервно-мышечные синапсы и механизмов проникновения HSV в кожный покров, авторами была предположена гипотеза о возможном влиянии ботулинического токсина типа А (БТА) на частоту рецидивов оролабиального герпеса.

**Цель.** Оценить эффективность интратуморальных инъекций ботулинического токсина типа А на частоту рецидивов оролабиальной герпетической инфекции у серопозитивных лиц.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 122 пациента, страдающих рецидивирующей оролабиальной герпетической инфекцией. Средний возраст пациентов составил 34,4±5,4 года. Дизайн исследования подразумевал включение в исследование пациентов с анамнестическим указанием на 5 и более рецидивов герпеса исключительно в оролабиальной области. На момент включения в исследование у пациентов был низкий уровень специфических IgM к HSV. Все пациенты методом конвертов были разделены на три группы. В первую группу (n=42) вошли пациенты, которым на протяжении двух лет проводились инъекции БТА, по предложенной авторами схеме. Во вторую группу (n=41) вошли пациенты, которые получали стандартную супрессивную терапию, одним из трех синтетических аналогов нуклеозидов (ацикловир, валцикловир, фамцикловир) на протяжении всего периода наблюдения. Третья группа (n=39) была контрольной.

**Результаты.** В результате исследования было выявлено сопоставимое снижение частоты рецидивов оролабиального герпеса в первой (71,3%) и второй группах (76,2%), по сравнению с третьей группой. Некоторые нежелательные лекарственные реакции при применении ботулинического токсина, были связаны с его миорелаксирующим действием в отношении мимической мускулатуры лица. В исследовании была продемонстрирована хорошая переносимость «супрессивной» терапии ботулиническим токсином типа А и несколько большая приверженность пациентов к такого рода вмешательству.

**Обсуждение.** Теоретическим обоснованием возможности воздействия БТА на течение рецидивирующей герпетиче-

ской инфекции заключается в некоторой общности патогенетических механизмов проникновения вирионов HSV в кожный покров и механизмов влияния БТА на нейромышечную передачу. Чтобы попасть в кожный покров, вирусу простого герпеса необходимо пройти по нервным волокнам, что может быть опосредовано с помощью комплекса белков SNARE. Белковые соединения, входящие в состав этого комплекса: SNAP 25, VAMP и синтаксин регулируют проницаемость пресинаптической мембраны аксона нервного волокна, а значит, регулируют «проницаемость» волокна для вирусов на пути к кожному покрову. С другой стороны, комплекс белков SNARE является мишенью для действия ботулинического токсина типа А. Таким образом, в данном исследовании на небольшой выборке пациентов была продемонстрирована потенциальная возможность влияния БТА на частоту эпизодов рецидивирующей оролабиальной герпетической инфекции.

## ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТАКТИЛЬНОЙ СФЕРЫ

Парфенов Е.А.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

**Введение.** Дерматозойный бред (ДБ) – одна из самых тяжелых психодерматологических патологий среди расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова (Смулевич А.Б. и соавт., 2012; Романов Д.В., 2014). ДБ представляет собой патологическую убежденность в заражении паразитами, насекомыми или другими живыми существами, сопровождающуюся коэнезтезиопатиями, телесными, а иногда зрительными и висцеральными галлюцинациями. Как правило, такие больные обращаются за помощью к врачам-дерматологам или к энтомологам, что связано с убежденностью в наличии реального заражения. Для лучшего понимания многообразия наблюдаемых психопатологических феноменов при ДБ и, в первую очередь, их механизмов, необходим междисциплинарный подход, который включает в себя не только заключение врача-дерматолога, врача-психиатра, но также и психологическое обследование. В связи с этим, представляется возможным использование нейропсихологического метода для оценки функционирования тактильной сферы больных с ДБ. Целью данного исследования стало изучение функционирования параметров тактильной сферы, а также выявление мозговых механизмов их нарушений у больных с ДБ и ограниченной "circumscripta" ипохондрией (ОИ) с помощью нейропсихологического метода.

**Материалы и методы.** Выборку исследования составили 15 амбулаторных больных с диагнозом ДБ (3 мужчин, 12 женщин, средний возраст 66 лет). Группой сравнения выступили 10 больных (4 мужчин, 6 женщин, средний возраст 59) с диагнозом ОИ – расстройством более легкого (сверхценного) регистра, также как и ДБ, характеризующегося нарушениями кожной чувствительности и аутодеструктивным поведением, но, в отличие от последнего, не сопровождающегося бредовыми идеями заражения. Нейропсихологическое обследование включало пробы «показ поз пальцев по образцу», «перенос поз пальцев», «локализация при-

косновения», «кожное чтение», «доска Сегена», «трудно-вербализуемые фигуры», «восприятие веса», «восприятие размера», «восприятие текстуры», пробы на стереогноз. По результатам обследования статистически значимые различия между группами были обнаружены в пробах «локализация прикосновений» ( $p < 0,05$ ), «кожное чтение» ( $p < 0,01$ ) и «восприятие текстуры» ( $p < 0,05$ ). Качественный анализ результатов больных с ДБ показал: а) большее количество ошибок в пробах «показ поз пальцев по образцу» и «перенос поз пальцев»; б) более замедленное вкладывание фигур в отверстие в пробе доска Сегена; в) необходимость более тщательного ощупывания предметов в пробах на стереогноз, для того чтобы опознать их. На основании клинической беседы и поведения пациентов во время обследования у большинства больных можно отметить излишнюю многоречивость, ответы не в плане заданного, соскальзывание на истории из прошлого опыта и эмоциональную лабильность, что говорит об особенностях произвольной регуляции. Обсуждение. На настоящий момент экспериментальные данные отмечают наличие дефицита у больных с ДБ в островковой (Eccles et al., 2015; Vicens et al., 2016; Huber et al., 2017), теменной (Eccles et al., 2015; Hirjak et al., 2017; Huber et al., 2017) и лобных долях (Huber et al., 2017; Hirjak et al., 2017), что сопровождается специфическими нарушениями тактильной сферы (Фролова 2006; Тхостов и соавт., 2014). По результатам нашего исследования, больных с ДБ характеризуют нарушения симультанного восприятия стимулов, трудности в определении их локализации, снижение динамических показателей и наличие затруднений при восприятии текстуры, которые образуют симптомокомплекс, связанный с дисфункцией теменных отделов правой гемисферы; а также нарушения кинестетического компонента тактильной сферы и тактильная алексия, представляющие симптомокомплекс, относящийся к билатеральной дисфункции постцентральной области. Эти нарушения свидетельствуют о заинтересованности в патологическом процессе таламо-париетального комплекса головного мозга, преимущественно корковых его отделов, что полностью соотносится с данными литературы (Eccles et al., 2015; Hirjak et al., 2017; Huber et al., 2017). Особенности в произвольной регуляции, проявляющиеся в рамках клинической беседы и поведении больных, подтверждают данные о дисфункции лобных отделов головного мозга (Фролова 2006; Huber et al., 2017; Hirjak et al., 2017) Несмотря на наличие у больных с ДБ мозговых нарушений, необходимо учитывать вклад социокультурных факторов в этиопатогенез данного психопатологического состояния, а также подтвердить результаты данного исследования с помощью нейровизуализационных методик, таких как МРТ.

## **СМЕШАННЫЕ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА И ОНКОПАТОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ШЕЙКИ МАТКИ И ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Петрова И.С.*

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

Актуальность. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты мочеполовых инфекций, обусловленных ассоциацией бактерий и вирусов, характеризующихся их

длительной персистенцией и частым рецидивированием. Вследствие широкой практики оро- и аногенитальных половых контактов, большого количества половых партнеров данные микроорганизмы и их разнообразие спектра обнаруживаются не только в области урогенитального тракта, но и таких локусах, как слизистая оболочка полости рта (СОПР) и прямой кишки. Наряду с этим растет заболеваемость рака слизистой оболочки полости рта (7%), шейки матки (11,6%), прямой кишки (6,5%) в общей структуре онкопатологии.

Целью исследования явилось определение спектра микроорганизмов урогенитального тракта в полости рта, прямой кишки и их роль в формировании длительно текущего воспалительного процесса как фактора риска онкопатологии. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 больных, их них 11 женщин (средний возраст  $27,5 \pm 4,5$  лет) и 7 мужчин (средний возраст  $32,5 \pm 6,5$  лет) с рецидивирующими воспалительными заболеваниями нижних отделов мочеполовой системы. Из данных сексуального анамнеза все женщины (11/100%) и 4/57,14% мужчин кроме генитальных половых контактов практиковали орогенитальные виды, 5/45,45% пациенток и 2/28,57% мужчин – аногенитальные контакты. Жалобы на выделения, зуд/жжение в области половых органов, дизурические расстройства регистрировались у 12/66,67% больных; зуд, дискомфорт в области ануса отмечали 6/33,33% пациентов, жжение и дискомфорт в полости рта – 4/22,22% исследуемых. Всем больным было проведено комплексное обследование, включающее объективный осмотр, микроскопическое, культуральное и молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР в «реальном времени» отделяемого мочеполового тракта, соскобов слизистой оболочки полости рта и прямой кишки. При бактериоскопии уделялось внимание состоянию эпителиальных клеток и характеру изменений ядер.

Результаты исследования. При клиническом осмотре регистрировались гиперемия, отек слизистых гениталий (11/61,11% случаев), выделения из половых путей (9/50% случаев), сгруппированные везикулы (4/22,22% случаев), остроконечные кондиломы (3/16,67%) в аногенитальной области, у одной пациентки наблюдались остроконечные кондиломы в полости рта. Данные культурального и молекулярно-генетического исследований иллюстрировали разнообразие спектра условно-патогенных микроорганизмов в диагностически значимых титрах и возбудителей ИППП не только в соскобах из уретры, влагалища и цервикального канала, но и других исследуемых локусах. В соскобах слизистой оболочки полости рта в 11/61,11% случаев обнаруживалась ассоциация анаэробных бактерий (*G. vaginalis* – 11/61,11%, *A. vaginae* – 7/38,89%, *Mobiluncus* spp. – 7/38,89%) с *Enterobacteriaceae* spp. у 8/44,44% больных и *U. parvum* (7/38,89%), *M. hominis* (6/33,33%) наряду с вирусом папилломы человека (ВПЧ) (5/27,78%) и вирусом простого герпеса 2 типа (ВПГ) (2/11,11%). В соскобах прямой кишки у 7/38,89% обследованных пациентов определялась ассоциация *G. vaginalis* – 4/22,22%, *Candida* spp. – 2/11,11%, *U. parvum* – 5/27,78%, *A. vaginae* – 3/16,67%, *Streptococcus* spp. – 5/27,78%, *M. hominis* – 6/33,33% и *U. urealyticum* – 4/22,22%, ВПЧ – 4/22,22% и ВПГ 2 типа 3/16,67%. Следует отметить, что при микроскопии соскоба СОПР у 4/22,22% больных и прямой кишки у 5/27,78% пациентов с жалобами на зуд/жжение и дискомфорт в соответствующих локусах, наблюдалось количество лейкоцитов сплошь в поле зрения, дискариоз и полиморфизм ядер клеток плоского эпителия.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать выводы о том, что контаминация слизистых оболочек полости рта и



прямой кишки бактериями и вирусами, несвойственными данным локусам, способствуют формированию и поддержанию воспаления, что повышает риск атипии клеток плоского эпителия и соответственно риск онкологического процесса. Для оценки значимости полученных результатов требуются дальнейшие проспективные исследования.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОЖИ ПРИ НАЛИЧИИ ИСКУССТВЕННОГО ПИГМЕНТА

*Петрова К.С., Карпенко А.А., Кулагин Л.В.  
Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

Нанесения татуировок и перманентного макияжа в настоящее время получило широкое распространение. При этом механизмы влияния искусственного пигмента на окружающие его ткани практически отсутствуют. Оптическая когерентная томография (ОКТ) позволяет оценить состояние кожи на уровне эпидермиса и дермы в режиме реального времени и может применяться для оценки ее изменений при наличии искусственного пигмента. Цель работы: определить состояние и выявить возможные изменения в коже, содержащий искусственный пигмент с помощью метода ОКТ. Материалы и методы: обследовано 22 человека (8 мужчин и 14 женщин возрастом от 18 до 25 лет). У всех обследуемых получено добровольное информированное согласие. Осуществлялись сравнительные ОКТ-исследования симметричных участков кожи, не содержащих пигмент и с татуировкой. Оценивалась глубина залегания пигмента, его оптические характеристики, состояние кожи над пигментом. Получено и проанализировано 44 изображений здоровой кожи, 100 изображений с татуировками. В пяти случаях проводилось ОКТ исследование участков кожи с искусственным пигментом непосредственно до и после процедуры лазерного удаления татуировки с целью контроля эффективности процедуры. Использован визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека отечественного производства ОКТ-1300 «ВОК» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005 /2035-05 от 05.08. 2005 г.), лазер Rain Sense MAGIC 3 отечественного производства (ООО «МелСиТек», Дзержинск, Россия) трехдиапазонная система с длинами волн 532, 808 и 1064 нм, программное обеспечение HF\_OCTf\_512Cuda+ViewKub, HF\_OCTf\_Viewer.

Результаты. При расположении пигмента в области верхних отделов дермы оптические атрофических изменения эпидермиса отмечались в 75% случаев, что проявлялось снижением толщины рогового слоя в среднем на 8,81%, а клеточных слоев эпидермиса с на 16,5%, при этом оптические слои эпидермиса не четко не визуализировались. При расположении пигмента в нижних отделах сетчатого слоя дермы, изменения оптических характеристик эпидермиса отсутствовали у всех обследованных. Непосредственно после первой процедуры лазерного удаления татуировки клинические изменения состояния татуировки отсутствовали. Тогда как при ОКТ-исследовании участка татуировки, подвергнутому лазерному облучению отмечались признаки фрагментации гомогенного пигмента на более мелкие части, что проявлялось значительным усилением сигнала в зоне расположения пигмента.

Выводы. При наличии искусственного пигмента в коже происходит развитие атрофии эпидермиса и дермы, рас-

положенных над ним. Это связано, по всей видимости, с нарушением трофики тканей в результате их сдавления пигментом. Данные ОКТ позволяют проводить мониторинг процедуры по удалению искусственного пигмента уже непосредственно после ее проведения, а также позволяет подобрать адекватные параметры излучения исходя из глубины залегания пигмента и индивидуальных особенностей кожи.

## ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ РАССТРОЙСТВА (РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Романова Ю.Ю.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва*

Ведение Трихотилломания (ТТМ) – психодерматологическое расстройство с аутоагрессивным поведением в отношении волос (аутоэкстракцией). Актуальность изучения ТТМ обусловлена значительной распространённостью, гиподиагностикой, выраженным влиянием на качество жизни, психологическими последствиями, а также неопределённостью психопатологической структуры.

Цель. Проанализировать клиническое (психопатологическое и дерматологическое) разнообразие ТТМ. На основании психопатологических характеристик разработать клиническую дифференциацию расстройства с выделением типов ТТМ. Установить закономерности кожного статуса при различных психопатологических типах ТТМ.

Материалы и методы. В исследование были включены больные, соответствующие критериям трихотилломании МКБ-10 и DSM-5 (20 набл.; 3 муж., 17 жен., в т.ч. 7 детей в возрасте до 18 лет; средний возраст – 26,6±13,2 лет). Пациенты были обследованы с применением междисциплинарного подхода психиатром и дерматологом (трихологом). Комплексная клиническая оценка больных, включала оценку дерматологического и психического статуса.

Результаты. В проанализированной группе 90% пациентов (18 набл.) производили аутодеструкцию волос на коже волосистой части головы, из которых 10% (2 набл.) – в сочетании с травматизацией бровей и ресниц; у 2 пациентов наблюдалось изолированное поражение бровей и ресниц. Средний возраст дебюта заболевания – 20 лет. Средняя продолжительность заболевания – 6,6 лет (±5,4 года). Выделено три психодерматологических варианта ТТМ: наиболее частый – компульсивный (12 набл. – 60%), реже – импульсивный (6 набл. – 30%), наиболее редкий – диссоциативный (2 набл. – 10%). При компульсивной ТТМ в клинической картине доминируют тактильные иллюзии. Они сопряжены с восприятием наощупь отдельных волосков как отличных от остальных – других («неровных», «извитых», «жестких»), которые субъективно воспринимаются как «неправильные» и подвергаются аутодепиляции. Свойственно нарастание тревоги при попытках противостоять навязчивости. После удаления волос наблюдается чувство облегчения с редукцией тревожного аффекта. При импульсивной ТТМ экстракция волос реализуется в рамках расстройств импульс-контроля. В качестве телесных ощущений выступают ощущения в виде «пронизываю-

щего» кожу зуда с проекцией в основание волос, сравниваемых пациентами с «иглами», протыкающими кожу. На пике телесных ощущений возникает чувство раздражения, дисфории, редукция которых происходит вслед за актом экстракции. Последняя неизбежна (выдергивание волос происходит группами – «клоками») и реализуется по типу генерализованного витального влечения, сравнимого с голодом или жаждой. Вслед за актом аутодеструкции возникает ощущение внутреннего удовлетворения, «наслаждения». При диссоциативной ТТМ тактильные иллюзии не характерны, пациенты выдергивают волосы как бы незаметно для себя (будучи занятыми делами, находясь в состоянии отрешенности, в просоночном состоянии). При этом происходит отчуждение совершаемых «автоматически» патологических привычных действий с амнезией аутоагрессивного акта. При оценке кожного статуса у пациентов с ТТМ можно было выделить два варианта облысения: в виде диффузного поредения волос с нечеткими очертаниями (в 8 из 18 набл.) и локализованных очагов, имеющих более четкие фигурные очертания – округлые и линейные (в 10 из 18 набл.). Прослеживается зависимость дерматологических клинических проявлений и типа ТТМ. Так, среди пациентов с локализованными очагами с более четкими очертаниями чаще встречался компульсивный вариант ТТМ (7 из 10 набл.), с нечетко ограниченными участками диффузного разрежения волос – импульсивный (5 из 8 набл.) Пациенты с компульсивной ТТМ чаще осуществляли выдергивание локально в привычных местах (где экстракция более удобна, менее заметна, безболезненна). При импульсивной ТТМ более характерна хаотичная неизбирательная экстракция с формированием диффузных участков разрежения. Не установлено закономерностей кожного статуса при диссоциативной ТТМ, что может быть связано с небольшим количеством наблюдений (2 набл.). Обсуждение Результаты исследования демонстрируют клиническую неоднородность ТТМ. Выявленные особенности кожного статуса могут быть следствием предпочтительного поведенческого паттерна аутоэкстракции волос (варианта ТТМ), хотя однозначно судить об этом можно будет лишь по результатам дальнейших исследований.

## **ВИРТУАЛЬНАЯ ШКОЛА ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ "TRIP WITH SKIN": НОВЫЙ ШАГ В МЕТОДОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ**

*Титенко А.В., Сергеева И.Г.*

*Новосибирский национальный исследовательский  
государственный университет, Новосибирск*

Актуальность. Одним из трендов в системе образования является цифровизация научного и теоретического контента. Развитие дистанционных технологий, активное применение интерактивных виртуальных форм взаимодействия, включая игровые, на данный момент привлекает все больше внимания ведущих университетов мира. Цифровизация образования способствует развитию межкультурных коммуникаций, особенно когда информация представлена на английском языке. Дерматовенерологическое сообщество требует привлечение заинтересованных и увлеченных студентов.

Целью проекта является создание интерактивной образовательной среды для студентов медицинских школ и вузов. Результаты. Для реализации проекта была выбрана идея

медицинского путешествия. Научный туризм имеет важное значение для формирования международного профессионального сообщества. Выбранная форма предполагает сформировать интерес у студента к историческим аспектам дерматовенерологии. На момент начала работы виртуальной школы разработано 15 модулей по темам дерматовенерологии. Каждый модуль соответствует определенной стране, чья история связана с проживавшими в ней выдающимися учеными-врачами, которые внесли вклад в изучение заболевания. Данная информация содержится в блоке под названием Tour. Каждый урок включает в себя теоретический материал (Lesson), изложенный в клиповом формате, позволяющим изучить теорию в более запоминающейся форме. Блок Hospital включил в себя клинические случаи из практики профессоров НГУ с комментариями об особенностях клинической картины заболевания. Для тестового контроля созданы вопросы по пяти основным аспектам: патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика заболевания. После выполнения задания студенту открывается следующий модуль. Выводы. Онлайн-школа по дерматовенерологии «Trip With Skin» расположена в виртуальном пространстве Новосибирского национального исследовательского государственного университета ([www.tripwithskin.nsu.ru](http://www.tripwithskin.nsu.ru)). Проект виртуальной школы предусматривает постоянную доработку образовательного контента, введение новых тем и заданий, что будет способствовать поддержанию интереса у студентов.