

IFDC MOSCOW

2018

4ОКТАБРЯ
5 2018 года

УЛ. НОВЫЙ АРБАТ, Д. 36
ЗДАНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА
МОСКВЫ

VIII

Межрегиональный форум
дерматовенерологов
и косметологов

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА
КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ
СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВЕДУЩИЙ СПОНСОР



СПОНСОР



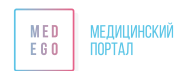
УЧАСТНИК



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



ИНТЕРНЕТ-ПАРТНЕРЫ



Содержание

Обращение к участникам	2
Организаторы и оргкомитет	3
Программа	6
Каталог выставки	12
Тезисы.....	35



Глубокоуважаемые коллеги!

Сердечно приветствую вас на VIII Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов!

Традиционно Форум является весьма масштабным, не только московским и федеральным, но и международным мероприятием. Для участия в нем приглашены известные ученые и научные сотрудники, руководители и врачи практического здравоохранения, зарубежные гости.

Столь широкое представительство свидетельствует о востребованности подобного формата общения, в условиях динамично развивающейся науки и практики в отрасли.

На повестке Форума – актуальные проблемы, связанные с диагностикой, терапией и профилактикой наиболее распространенных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем. В нашей стране решению этих вопросов традиционно отводится приоритетная роль.

Особое внимание будет уделено вопросам организации здравоохранения. Ключевым интересом, несомненно, вызовут секции по дерматоонкологии, детской дерматологии, кожным проявлениям ВИЧ-инфекции, круглые столы и практические мастер-классы. Будет проведена Учредительная конференция Национальной академии дерматологов и онкологов (НАДО).

Делегаты смогут сообщить о своих достижениях и одновременно изучить опыт коллег. Уверен, что в ходе содержательных дискуссий будут выработаны новые интересные идеи и инициативы, что, по сути, и является основной задачей данного мероприятия – Форума эффективного и многостороннего сотрудничества.

От души желаю успешной работы!

Профессор

Н.Н. Потekaев

Организационный комитет

ОРГАНИЗАТОРЫ

Национальный альянс дерматологов и косметологов
Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ
ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии ДЗМ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Хрипун Алексей Иванович – министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

Потекаев Николай Николаевич – главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии (МНПЦДК ДЗМ), заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Баткаев Эдуард Алексеевич – заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

Владимирова Елена Владимирович – заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор

Гомберг Михаил Александрович – президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Кисина Вера Ивановна – профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Короткий Николай Гаврилович – заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Королькова Татьяна Николаевна – заведующая кафедрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель Научно-практического общества врачей косметологов Санкт-Петербурга, вице-президент Национального альянса дерматологов и косметологов, д.м.н., профессор

Круглова Лариса Сергеевна – проректор по учебной работе, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ЦГМА УДП РФ, д.м.н., профессор

Львов Андрей Николаевич – руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич – директор ГБУЗ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, к.фарм.н.

Молочков Владимир Алексеевич – заведующий кафедрой дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д.м.н., профессор

Молочков Антон Владимирович – заместитель директора МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского по научной, учебной и международной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

Перламутров Юрий Николаевич – заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор

Разнатовский Константин Игоревич – главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор

Свечникова Елена Владимировна – заведующая отделением ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ, д.м.н.

Сергеев Алексей Юрьевич – д.м.н., профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Тищенко Андрей Леонидович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, д.м.н., профессор

Титов Константин Сергеевич – заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей МКНЦ ДЗМ, д.м.н.

Фриго Наталья Владиславовна – заместитель директора по научной работе МНПЦДК ДЗМ, д.м.н.

Хамаганова Ирина Владимировна – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

Волнухин Владимир Анатольевич – главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Гаджигорова Аида Гусейхановна – главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н.

Доля Ольга Валентиновна – консультант Московского научно-практического центра ДЗМ, заместитель главного редактора журнала «Клиническая дерматология и венерология», д.м.н., профессор

Жукова Ольга Валентиновна – главный врач МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Иванова Маиса Афанасьевна – главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Карпова Елена Ивановна – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Сапожникова Наталья Александровна – заведующая лабораторным отделом МНПЦДК ДЗМ

Халдин Алексей Анатольевич – главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Шугинина Елена Андреевна – институт ДПО «Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии» РАЕН, к.м.н., доцент

Цыкин Алексей Александрович – доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

Юцковская Яна Александровна – заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Владивостокского ГМУ, директор ООО «Профессорская клиника Юцковских», президент Дальневосточной ассоциации эстетической медицины, председатель Дальневосточного отделения МООСБТ, д.м.н., профессор

ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ

Жиляев Евгений Валерьевич – главный внештатный специалист ревматолог, профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России

Мазус Алексей Израильевич – главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ДЗМ, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом ДЗМ (МГЦ СПИД), заместитель главного врача ИКБ № 2 по медицинской части, д.м.н.

Мантурова Наталья Евгеньевна – главный внештатный специалист пластический хирург Министерства Здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Морозов Сергей Павлович – главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы, директор ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ», д.м.н., профессор

Пампура Александр Николаевич – главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог ДЗМ, заведующий отделом аллергологии и клинической иммунологии обособленного структурного подразделения Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Пушкарь Дмитрий Юрьевич – главный внештатный специалист уролог ДЗМ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Решетов Игорь Владимирович – заведующий кафедрой пластической хирургии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академик РАН, заведующий кафедрой онкологии с курсом пластической хирургии ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена», д.м.н., профессор

Фомин Виктор Викторович – главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) ДЗМ, проректор по научно-исследовательской и клинической работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующий кафедрой факультетской терапии № 1 и директор клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова, член-корр. РАН, профессор

Хатьков Игорь Евгеньевич – главный внештатный специалист онколог ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр», член-корр. РАН, профессор

Цибин Александр Николаевич – главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

ПРОГРАММА

4 октября

Большой конференц-зал

Сектор А

Сектор Б

Сектор Г

09:30	09:30				
09:45	09:45				
10:00	10:00				
10:15	10:15				
10:30	10:30	Торжественное открытие Форума. Пленарное заседание Потемкина Н.Н., Плутяцкий А.Н., Короткий Н.Г., Разнаповский К.И., Королькова Г.Н., Викулов Г.Х., Мантурова Н.Е.			
10:45	10:45				
11:00	11:00				
11:15	11:15				
11:30	11:30				
11:45	11:45				
12:00	12:00				
12:15	12:15				
12:30	12:30	Симпозиум Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (I) Сопредседатели: Курочкин Р.В., Потемкина Н.Н., Тажельников А.А.	Фундаментальная секция (I) Сопредседатели: Фриго Н.В., Воллухин В.А., Королькова Т.Н.	Симпозиум при поддержке компании «Гленмарк Имплантс» Новое в трихологии Сопредседатели: Гаджигорова А.Г., Каюмов С.Ф., Мильхем О.	
12:45	12:45				
13:00	13:00				
13:15	13:15				
13:30	13:30				
13:45	13:45				
14:00	14:00	Симпозиум Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (II) Сопредседатели: Жукова О.В., Иванова М.А., Новожилова О.Л.	Симпозиум Детская дерматология: актуальные проблемы Сопредседатели: Короткий Н.Г., Гребенюк В.А., Тамразова О.Б.	Симпозиум Новое в лечении дерматозов (I) Сопредседатели: Халбин А.А., Викулов Г.Х.	
14:15	14:15				
14:30	14:30				
14:45	14:45				
15:00	15:00				
15:15	15:15				
15:30	15:30				
15:45	15:45				
16:00	16:00	Симпозиум Бактериальные и вирусные инфекции, передаваемые половым путем: наука и практика Сопредседатели: Кисина В.И., Лосева О.К., Гомберг М.А.	Симпозиум Современные лабораторные исследования в дерматовенерологии Сопредседатели: Фриго Н.В., Саложникова Н.А., Демидова М.А.	Симпозиум Новое в лечении дерматозов (II) Сопредседатели: Крулева Л.С., Серов Д.Н.	
16:15	16:15				
16:30	16:30				
16:45	16:45				
17:00	17:00				
17:15	17:15				
17:30	17:30				

5 октября

Сектор А

Сектор Б

Сектор Т

09:30				09:30
09:45				09:45
10:00				10:00
10:15				10:15
10:30	Фундаментальная секция (II) Сопредседатели: Попеляев Н.Н., Львов А.Н.	Симпозиум Новое в лечении дерматозов (III) Сопредседатели: Круглова Л.С., Тамразова О.Б.	Симпозиум Нежелательные явления лекарственных препаратов при лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующей патологии Сопредседатели: Мазус А.И., Грудьев Б.М., Цезанова Е.В.	10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30				11:30
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30	Симпозиум Учредительная конференция Национальной Академии Дерматологов и Онкологов (НАДО) Сопредседатели: Попеляев Н.Н., Быхов М.Ю., Титов К.С.	Симпозиум Новое в лечении дерматозов (IV) Сопредседатели: Перламутров Ю.Н., Львов А.Н.	Практический мастер-класс Дерматоскопическая анатомия Проводит: Мищенко А.В., Кочетков М.А.	12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15				13:15
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15	Симпозиум Дерматоонкология Сопредседатели: Молодцов А.В., Короткий В.Н., Кропотов М.А.	Круглый стол Болезни волос и кожи головы Проводит: Гаджизорова А.Г.	Симпозиум Свободная коммуникация Сопредседатели: Петрова Г.А., Халазанова И.В., Жучков М.В.	14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:00				15:00
15:15				15:15
15:30				15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:45				16:45
17:00				17:00
17:15				17:15
17:30				17:30

09:00–10:00

Регистрация участников

Большой конференц-зал

10:00–10:30

Торжественное открытие Форума. Вручение дипломов

10:30–11:30

Пленарное заседание

Потекаев Николай Николаевич – главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор МНПЦДК ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Плутницкий Андрей Николаевич – руководитель Территориального органа федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) по городу Москве и Московской области

Короткий Николай Гаврилович – заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Разнатовский Константин Игоревич – главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор

Королькова Татьяна Николаевна – заведующая кафедрой косметологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор

Мантурова Наталья Евгеньевна – главный внештатный специалист пластический хирург Министерства Здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Диагностика и лечение меланомы в г. Москве.

Потекаев Н.Н. (15 мин.)

Новые сведения о патологии волос.

Мильхем О. (Великобритания) (45 мин.)

Сектор А

11:45–13:15

Симпозиум

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология»(I)

Сопредседатели: Курынин Р.В., Потекаев Н.Н., Тяжелников А.А.

Безопасность и правовой статус отдельных эстетических и косметологических услуг: выводы и результаты надзорной деятельности.

Курынин Р.В. (20 мин.)

Пути повышения пациенто-ориентированности в медицинской организации.

Тяжелников А.А. (20 мин.)

Управление закупками основных расходных средств медицинской организации.

Зеленова О.В. (20 мин.)

Телекоммуникации как инструмент совершенствования медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

Шестиперов П.А. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

13:30–15:00

Симпозиум

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (II)

Сопредседатели: Жукова О.В., Иванова М.А., Новожилова О.Л.

Вопросы учета и регистрации ИППП в городе Москве.

Новожилова О.Л., Скворцова А.И. (20 мин.)

Организация выявления сифилиса у беременных: состояние и проблемы.

Иванова М.А., Фриго Н.В., Соколовская Т.А. (20 мин.)

Порядок работы с обращениями граждан.

Волкова С.Б. (20 мин.)

Путь трудного пациента.

Поршина О.В. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

15:15–16:45

Симпозиум

Бактериальные и вирусные инфекции, передаваемые половым путем: наука и практика

Сопредседатели: Кисина В.И., Лосева О.К., Гомберг М.А.

Гонококковая инфекция: совершенствование и развитие системы выявления и регистрации в Московском регионе.

Потекаев Н.Н., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Новожилова О.Л.

(20 мин.)

Нехламидийный негонококковый уретрит у мужчин и микроорганизмы, ассоциированные с бактериальным вагинозом.

Есть ли связь?

Ким Д.Г., Гомберг М.А., Гуцин А.Е. (20 мин.)

Практические аспекты ведения больных инфекцией, вызванной *Mycoplasma genitalium*.

Романова И.В., Кисина В.И., Жукова О.В. (15 мин.)

Заболевания, обусловленные условно-патогенными микоплазмами: тактика ведения пациентов.

Ковалык В.П. (15 мин.)

Особенности анамнеза больных поздним кардиоваскулярным сифилисом.

Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н. (20 мин.)

Сектор Б

11:45–13:15

Фундаментальная секция (I)

Сопредседатели: Фриго Н.В., Волнухин В.А., Королькова Т.Н.

Научные достижения МНПЦДК за 2016–2018 годы.

Фриго Н.В., Потекаев Н.Н., Китаева Н.В. (30 мин.)

Топографические и возрастные особенности эластичности кожи.

Королькова Т.Н. (20 мин.)

Капилляроскопия в диагностике склеродермии.

Хамаганова И.В. (20 мин.)

Фототерапия в лечении склеродермии.

Волнухин В.А. (20 мин.)

Полиморфизм клиники простого герпеса.

Халдин А.А. (20 мин.)

13:30–15:00

Симпозиум

Детская дерматология: актуальные проблемы

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Гребенюк В.А., Тамразова О.Б.

Сопроводительное лечение и профилактика атопического дерматита у детей новым отечественным эмолиентом.

Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. (15 мин.)

Новый этап оказания специализированной медицинской помощи больным буллезным эпидермолизом.

Поршина О.В., Часова Г.К., Жукова О.В. (10 мин.)

Опыт применения реглисама при лечении атопического дерматита у детей.

Шарова Н.М., Кукало С.В. (15 мин.)

Педиатрический псориаз: современное состояние проблемы и возможности терапии.

Касихина Е.И. (15 мин.)

Pityriasis rubra pilaris Devergie у детей.

Гребенюк В.Н. (10 мин.)

Акне и коморбидные состояния.

Алеева А.А., Валитова И.В., Панкова А.А., Незашева Е.С.,

Заторская Н.Ф. (10 мин.)

Инновации в уходе за детской кожей.

Тамразова О.Б. (15 мин.)

15:15–16:45

Симпозиум

Современные лабораторные исследования в дерматовенерологии

Сопредседатели: Фриго Н.В., Сапожникова Н.А., Демидова И.А.

Роль современной лаборатории в обследовании пациентов по профилю «Дерматовенерология».

Сапожникова Н.А. (15 мин.)

Аспекты морфологической диагностики меланокитарных новообразований кожи.

Бобров М.А. (15 мин.)

Использование генетических методов в диагностике и дифференциальной диагностике меланомы кожи.

Демидова И.А. (15 мин.)

Лабораторное подтверждение сложного диагноза в дерматовенерологии.

Сапожникова Н.А. (15 мин.)

Возможности и перспективы использования ТАП-технологии в дерматологии.

Аршавская Е.В., Меркулова А. (Эстония) (15 мин.)

Мониторинг выявления инфекций, передаваемых половым путем, среди студенческой молодежи города Москвы.

Полевщикова С.А., Гомберг М.А. (15 мин.)

Сектор Т

11:45–13:15

Симпозиум при поддержке компании «Гленмарк Импэкс»

Новое в трихологии

Сопредседатели: Гаджигороева А.Г., Каюмов С.Ф., Мильхем О.

Об алопециях, или почему нельзя класть все яйца в одну корзину

Гаджигороева А.Г. (20 мин.)

Роль протеогликанов в росте волос. Возможности заместительной терапии

Каюмов С.Ф. (20 мин.)

Выпадение волос у женщин, как результат атрофии волосяного фолликула, обусловленной недостатком протеогликанов. Nourkrin® Новая заместительная терапия протеогликанами.

Мильхем О. (Великобритания) (40 мин.)

Вопросы и ответы (10 мин.)

13:30–15:00

Симпозиум

Новое в лечении дерматозов (I)

Сопредседатели: Халдин А.А., Викулов Г.Х.

Герпес. О чём молчат миллионы...

Халдин А.А. (45 мин.) (доклад при поддержке компании GSK)

Герпесвирусные инфекции: междисциплинарный подход с позиции доказательной медицины. Алгоритм диагностики и клинико-иммунологические аспекты.

Викулов Г.Х. (15 мин.) (доклад при поддержке компании Teva)

Адьювантная терапия акне.

Круглова Л.С. (15 мин.)

Возможности инъекционной косметологии в профилактике и коррекции дерматологических синдромов».

Свечникова Е.В. (15 мин.)

15:15–16:45

Симпозиум

Новое в лечении дерматозов (II)

Сопредседатели: Круглова Л.С., Серов Д.Н.

Псориаз – ожидания пациентов.

Серов Д.Н. (15 мин.)

Нерешенные вопросы терапии псориаза и псориазического артрита. Ингибирование ФДЭ-4 – новый подход. Дискуссия и клинический разбор.

Круглова Л.С., Львов А.Н. (30 мин.) (доклад при поддержке компании «Селджен»)

Профилактика рубцовых осложнений акне: новые терапевтические возможности.

Львов А.Н. (15 мин.)

Современные представления о патогенезе розацеа.

Круглова Л.С. (15 мин.)

Наружная терапия атопического дерматита у детей.

Тамразова О.Б. (15 мин.)

Сектор А

10:00–11:30

Фундаментальная секция (II)

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.

Клиническая дерматология: что нового? (обзор зарубежных публикаций МНПЦДК).

Львов А.Н. (20 мин.)

Кабинет неинвазивной диагностики кожи как инновационная модель ресурсного обеспечения.

Кочетков М.А. (20 мин.)

Дифференциальная диагностика хейлитов.

Терещенко А.В. (20 мин.)

Линейное пруриго: новый клинический подтип.

Бобко С.И. (15 мин.)

Косметологические методики в лечении розацеа.

Хлыстова Е.А. (15 мин.)

11:45–13:15

Симпозиум

Учредительная конференция Национальной академии дерматологов и онкологов (НАДО)

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Бяхов М.Ю., Титов К.С.

Вступительное слово

Потеекаев Н.Н. (10 мин.)

Меланома как наследственное заболевание: что должен знать дерматолог.

Потеекаев Н.Н., Миченко А.В. (20 мин.)

Предшественники меланомы кожи (меланоопасные невусы). Клинико-дерматоскопическая картина и тактика лечения.

Нагаева М.В. (20 мин.)

Беспигментная меланома кожи. Особенности диагностики и лечения.

Красноруцкий А.В. (20 мин.)

Современные аспекты хирургического лечения меланомы кожи.

Титов К.С. (20 мин.)

13:30–15:00

Симпозиум

Дерматоонкология

Сопредседатели: Молочков А.В., Короткий В.Н., Кропотов М.А.

Клинические и морфологические аспекты диагностики актинического кератоза.

Молочков А.В., Обыденнова К.В. (20 мин.)

Успешный случай лечения саркомы Капоши применением низкотемпературной плазмы.

Короткий В.Н., Шемшук М.И. (10 мин.)

Хирургические и консервативные методы лечения базально-клеточного рака кожи головы и шеи. Взгляд онколога.

Кропотов М.А., Яковлева Л. П. (20 мин.)

Таргетная терапия Т-клеточной лимфомы кожи.

Дудина Г.А. (20 мин.)

Рак кожи из клеток Меркеля. Клинические, молекулярно-биологические особенности и лечение.

Орлова К.В. (20 мин.)

15:15–16:45

Разбор клинических случаев

Сектор Б

10:00–11:30

Симпозиум

Новое в лечении дерматозов (III)

Сопредседатели: Круглова Л.С., Тамразова О.Б.

Актуальные вопросы дерматозов сочетанной этиологии.

Круглова Л.С. (45 мин.) (доклад при поддержке компании Байер)

Современные схемы лечения хронических дерматозов.

Тамразова О.Б. (15 мин.)

Тяжелый атопический дерматит: механизмы развития, нерешенные проблемы и перспективы таргетной терапии.

Серов Д.Н. (15 мин.) (доклад при поддержке компании Sanofi)

Дискуссия (15 мин.)

11:45–13:15

Симпозиум

Новое в лечении дерматозов (IV)

Сопредседатели: Перламутров Ю.Н., Львов А.Н.

Терапия и профилактика осложнений при акне.

Перламутров Ю.Н. (30 мин.)

Новые возможности лечения ксерозов при хронических дерматозах.

Львов А.Н. (15 мин.)

Комплексный подход к выбору терапии для пациентов с псориазом.

Серов Д.Н. (15 мин.) (доклад при поддержке компании «Селджен»)

Комбинированная наружная терапия атопического дерматита.

Перламутров Ю.Н. (15 мин.)

Крапивница у детей.

Тамразова О.Б. (15 мин.)

13:30–15:00

Круглый стол

Болезни волос и кожи головы

Председатель Гаджигороева А.Г.

Новые методы лечения при алопециях.

Гаджигороева А.Г. (30 мин.)

Качество жизни у пациентов с алопециями.

Романова Ю.Ю. (15 мин.)

Трихоскопические признаки андрогенетической алопеции.

Цимбаленко Т.В. (15 мин.)

Актуальные вопросы диагностики и терапии дискоидной красной волчанки волосистой части головы.

Вавилов В.В. (15 мин.)

Диффузное поредение волос: как помочь пациенту.

Корсунская И.М. (15 мин.)

Сектор Т

10:00–11:30

Симпозиум

Нежелательные явления лекарственных препаратов при лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующей патологии

Сопредседатели: Мазус А.И., Груздев Б.М., Цыганова Е.В.

Перспективные направления развития Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом.

Мазус А.И., Серебряков Е.М. (20 мин.)

Нежелательные явления в практической деятельности врача.

Груздев Б.М., Цыганова Е.В. (20 мин.)

Нежелательные явления со стороны кожных покровов в клинических исследованиях препарата элсульфавирин.

Шимонова Т.Е. (25 мин.)

Нежелательные явления лекарственных препаратов при лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующей патологии: разбор клинических примеров.

Патран А.В., Груздев Б.М., Цыганова Е.В. (20 мин.)

Дискуссия (10 мин.)

11:45–13:15

Практический мастер-класс

Дерматоскопическая анатомия.

Проводят: Миченко А.В., Кочетков М.А.

13:30–15:00

Симпозиум

Свободная коммуникация

Сопредседатели: Петрова Г.А., Хамаганова И.В., Жучков М.В.

Прижизненный ОКТ-мониторинг морфологического состояния кожи при использовании топических препаратов: путь к индивидуализации терапии.

Петрова Г.А., Петрова К.С., Немирова С.В., Миронычева А.М.,

Ускова К.А. (20 мин.)

Дерматоскопическая картина невусов у пациентов с псориазом: существуют ли особенности при феномене Воллина-Шаршмидта?

Жучков М.В. (20 мин.)

Анализ клональности популяций Т-лимфоцитов в диагностике злокачественных лимфом кожи.

Захарова Е.С., Хаджиева М.Б., Чернышова Е.В., Абрамов Д.С.,

Ларин С.С. (20 мин.)

Экспрессия гена MMP-1 как патогенный маркер локализованной склеродермии.

Соболев В.В., Невозинская З.А., Соболева А.Г., Климов Е.А.,

Корсунская И.М. (15 мин.)

Новый вектор противогрибковой наружной терапии: от инфекционного поражения до клинического преобразования.

Герасимчук Е.В. (15 мин.)

Сектор А

17:00

Официальное закрытие Форума

Компания АВАНТА

143395, Московская обл., Наро-Фоминский р-н, деревня Софьино, д. 2

факс: +7 (495) 783-57-25

электронная почта: atopic@msk.avnt.ru

www.avnt.ru

www.atopicbaby.ru



АВАНТА – один из крупнейших в России производителей качественной и доступной косметической продукции. Собственная научно-исследовательская лаборатория гарантирует разработку и выпуск продукции высочайшего качества.

В 2015 году Аванта выпустила atopic® – серию средств полноценного ухода за кожей детей с atopическим дерматитом, начиная с грудного возраста. Эффективность и безопасность серии подтверждена клиническими исследованиями: atopic® рекомендован дерматологами и педиатрами для улучшения состояния кожи и самочувствия детей с atopическим дерматитом.

АО «АКРИХИН»

Спонсор

105064, Москва, Земляной Вал,
д. 9, 12 этаж. Деловой центр «СИТИДЕЛ»

телефон: +7 (495) 721-36-97

факс: +7 (495) 723-72-82

электронная почта: info@akrikhin.ru



АО «АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармацевтических компаний, выпускающая эффективные, доступные по цене и высококачественные лекарственные средства наиболее востребованных российскими пациентами терапевтических групп.

В продуктовом портфеле компании насчитывается около 200 препаратов, более ста из которых производятся на производственной площадке в Московской области. Наши препараты относятся к основным фармакотерапевтическим направлениям – туберкулез, диабет, дерматология, кардиология, неврология, гинекология и др. и выпускаются в полном соответствии со стандартами GMP. 45% препаратов в объеме реализации продукции, выпускаемой компанией, входят в перечень ЖНВЛП.

Компания «Аравия»

107140, Москва, ул. Верхняя Красносельская, д. 11а, стр. 1

телефон: +7 (800) 505 63 98

электронная почта: info@aravia-prof.ru

www.aravia-prof.ru



Компания «Аравия» – российский производитель профессиональных косметических средств для SPA-шугаринга, ухода за лицом, коррекции фигуры, SPA-маникюра и педикюра. Собственное высокотехнологичное производство, уникальные технологии и рецептуры, квалифицированные специалисты, широкий ассортимент продукции и оптимальные цены – составляющие успешного лидерства компании «Аравия» на косметическом рынке. Ассортимент компании широко представлен на всей территории России и стран СНГ.

Тридерм®



СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ ГИПЕРЕМИИ, ЗУДА И ОТЕКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕРМАТИТАХ. ОТМЕЧЕНО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ*



РЕКЛАМА

**ВОЗДЕЙСТВУЕТ
на источник воспаления**



АО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел. 8 (495) 231-12-00, факс 8 (495) 231-12-02

* К 3-му дню лечения препаратом Тридерм отмечались исчезновение отека, угасание эритемы, инфильтрации, прекращение экссудации, значительное уменьшение зуда, по данным Анисимова Л. А., Сидоренко О. А. Топические стероидные препараты элоком и Тридерм в терапии атопического дерматита у детей // РМЖ. – 2000. – Том 8, № 6. – С. 570–571. Данилов С. И., Пирятинская В. А. Топические глюкокортикостероиды нового поколения в наружной терапии дерматозов // РМЖ. – 2006. – Том 8, № 13–14. – С. 257–260.

Тридерм®. Мазь/крем для наружного применения. МНН, или группировочное название: бетаметазон + гентамицин + клотримазол. Показания к применению: дерматозы, осложненные инфекциями, или при подозрении на такие инфекции, в том числе простой и аллергический дерматит, атопический дерматит (в том числе диффузный нейродермит), ограниченный нейродермит, экзема, дерматомикозы (дерматофитии, кандидоз, разноцветный лишай), особенно при локализации в паховой области и крупных складках кожи; простой хронический лишай. Способ применения и дозы: наносить тонким слоем на всю пораженную поверхность кожи и окружающую ткань два раза в день. Продолжительность терапии зависит от размера и локализации поражения, а также реакции пациента. Если клиническое улучшение не наступает после трех-четырех недель лечения, необходимо уточнение диагноза. Противопоказания: детский возраст до двух лет, повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата, туберкулез кожи, кожные проявления сифилиса, ветряная оспа, простой герпес, кожные поствакцинальные реакции, мазь – также для открытых ран. Побочное действие: очень редко – чувство жжения, эритема, экссудация, нарушение пигментации и зуд; побочные эффекты, встречающиеся при применении местных ГКС, клотримазола и гентамицина. Применение во время беременности и лактации: с осторожностью (особенно в первом триместре), только в случае, когда предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода. При назначении в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного кормления. Особые указания: детям назначают только по строгим показаниям и под врачебным контролем. Наблюдались перекрестные аллергические реакции с аминогликозидными антибиотиками. Любые побочные эффекты, встречающиеся при применении системных ГКС, могут отмечаться и при местном применении ГКС, в особенности у детей. Использование окклюзионных повязок и нанесение на поврежденные кожные покровы способствует усилению абсорбции активных действующих веществ и повышает риск развития системных побочных эффектов. При длительном использовании отмену препарата рекомендуется проводить постепенно. Рег. номер – мазь: П N013503/01, инструкция по применению от 30.05.2016; крем: П N013502/01, инструкция по применению от 19.05.2016. Полную информацию смотрите в инструкции по применению. АО «БАЙЕР», Россия, 107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

L.RU.MKT.CC.08.2017.1919

АО «БАЙЕР»

Ведущий спонсор

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2
телефон: +7 (495) 231-12-00
факс: +7 (495) 231-12-02
www.bayer.ru



Bayer: Science For A Better Life

Bayer – международный концерн с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей. Коммерческая деятельность концерна построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Bayer придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2017 финансовом году численность сотрудников концерна составила приблизительно 99 800 человек, объем продаж – 35 млрд евро. Капитальные затраты составили 2,4 млрд евро, инвестиции в исследования и разработки – 4,5 млрд евро. Более подробная информация доступна на сайте <http://www.bayer.ru>.

BELUPO

119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, кв. 71-72
телефон: +7(495) 933-72-12/13/14
факс: +7(495) 933-72-15
электронная почта: belupo@belupo.ru
www.belupo.com



BELUPO – СПЕЦИАЛИСТ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Компания BELUPO является одним из лидеров в производстве дерматологических препаратов на территории центральной, южной и юго-восточной Европы. В России компания известна как надежный и проверенный партнер дерматовенерологов.

Основой продуктового портфеля являются интересные и доступные препараты: АФЛОДЕРМ®, БЕЛОДЕРМ®, БЕЛОГЕНТ®, БЕЛОСАЛИК®.

Компания BELUPO постоянно развивает свою линейку препаратов, недавние новинки: БЕЛОСАЛИК® СПРЕЙ для терапии волосистой части головы, ГЕНЕРОЛОН® СПРЕЙ (2%, 5% миноксидил) для лечения андрогенетической алопеции, эмолиент БЕЛОБАЗА® для комбинированной терапии дерматозов, эмолиент АФЛОКРЕМ® для применения в детской дерматологии, спрей БЕЛОДЕРМ® ЭКСПРЕСС для быстрой и удобной терапии аллергодерматозов, БОНДЕРМ® (мупицилин 2%) для лечения инфекционных поражений кожи. В 2016 году компания BELUPO дополнила свою линейку антигистаминным препаратом 3-го поколения БЛОГИР®-3 (дезлоратадин) в уникальной форме таблеток для рассасывания, а также в форме сиропа для детей, и препаратом для наружной терапии онихомикозов ОНИХЕЛП® (аморолфин, лак 5%).

Nourkrin®

with MARILEX®

НОВОЕ* В ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРОТЕОГЛИКАНАМИ

ВСЕМИРНО ИЗВЕСТНЫЙ ПРОДУКТ**,
СОДЕРЖИТ ИСТОЧНИК
ПРОТЕОГЛИКАНОВ И ПОМОГАЕТ
ПРЕДОТВРАТИТЬ И ОСТАНОВИТЬ
ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПУТЕМ
НОРМАЛИЗАЦИИ ЦИКЛА ИХ РОСТА¹.



GOLD MEDAL WORLD TRICHOLOGY SOCIETY = ЗОЛОТАЯ МЕДАЛЬ ВСЕМИРНОГО ОБЩЕСТВА ТРИХОЛОГИИ

* СОГЛАСНО ЕДИНОМУ РЕЕСТРУ СВИДЕТЕЛЬСТВ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ, ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПРОДУКЦИИ С КОМПЛЕКСОМ МАРИЛЕКС® (ИСТОЧНИК ПРОТЕОГЛИКАНОВ) ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ - 23.04.2018. ** ПРОДУКТ ПРЕДСТАВЛЕН НА РЫНКАХ БОЛЕЕ ЧЕМ 46 СТРАН, 1. ТНОМ Е, WADSTEIN J, ТНОМ EW, KINGSLEY DH: TREATMENT OF HAIR THINNING AND HAIR AGEING WITH SPECIFIC LECITAN AND LEUCINE PROTEOGLYCANS. A REVIEW. J. APPL. COSMETOL. 32 (JULY/DECEMBER 2014), 105-15. / КИНГСЛИ ГЕНРИ Д., ТОМ Э., ЛЕЧЕНИЕ ИСТОЩЕНИЯ И ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВОЛОС СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ПРОТЕОГЛИКАНАМИ: ЛЕКТИКАНОМ И ЛЕЙЦИНОМ, ЖУРНАЛ ПРИКЛАДНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ, № 32, ИЮЛЬ/ДЕКАБРЬ 2014, СТР. 105-115

 **glenmark**

ООО «ГЛЕНМАРК ИМПЭКС»
РОССИЯ, 115114, МОСКВА, УЛ. ЛЕТНИКОВСКАЯ, Д. 2, СТР. 3, БИЗНЕС-ЦЕНТР «ВИВАЛДИ ПЛАЗА», 2 ЭТАЖ,
ТЕЛЕФОН: +7 (499) 951-00-00 ФАКС: +7 (499) 951-00-00 ДОБ. 7702/7703 WWW.GLENMARKPHARMA.COM WWW.GLENMARK-PHARMA.RU

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

БИОДЕРМА, Франция

111123, Москва, ул. Электродная, д. 13
телефон: +7(495)644-46-13
www.bioderma-lab.com

BIODERMA
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

Лаборатория Биодерма была создана в 1978 г. во Франции, в городе Лионе как фармацевтическая лаборатория, специализирующаяся на выпуске мазевых основ лекарственных препаратов, изготавливаемых по рецепту врача. В настоящее время Лаборатория Биодерма производит дерматокосметические средства для профилактики и лечения различных заболеваний кожи. Лаборатория Биодерма – один из лидеров в медицинских и биологических исследованиях, технологии, развитии и производстве средств медицинской косметики. В своей деятельности Лаборатория ориентируется на дерматологическую практику исходя из потребностей врача и пациента.

Продукция Лаборатории Биодерма занимает 2-е место во Франции среди средств медицинской косметики, выписываемых врачами, и широко представлена на пяти континентах более чем в 100 странах мира.

В России представлены следующие гаммы:

- Атодерм – линия для сухой, очень сухой и атопичной кожи;
- Себиум – линия для смешанной и жирной кожи с тенденцией к акне;
- Сенсибио – линия для чувствительной кожи;
- Нодэ – уход за волосами и кожей головы;
- Цикабио – линия для поврежденной кожи;
- Фотодерм – солнцезащитная программа;
- Гидрабио – линия для обезвоженной кожи.

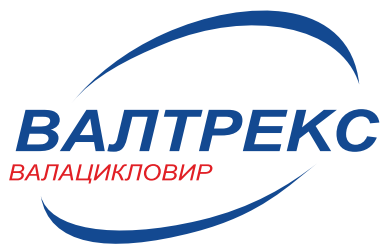
Бэствуд Фарма

125445, Москва, ул. Смольная, д. 24А, оф. 814
телефон: +7 (495) 664-59-70
электронная почта: bestwoodpharma@gmail.com
www.losterin.ru



Бэствуд Фарма – российский производитель специализированных дерматокосметологических средств, а также продуктов диетического и профилактического питания.

Одним из наиболее известных брендов в портфеле компании является линия дерматологических средств Лостерин. Линия Лостерин разработана дерматологами специально для ежедневного ухода за кожей в комплексной терапии хронических кожных заболеваний. Препараты линии Лостерин (крем, шампунь, гель для душа и крем для ног) содержат в своем составе сбалансированную комбинацию активных действующих веществ (нафталан обессмоленный, мочевины, салициловая кислота, экстракты лекарственных трав, натуральные масла), специально подобранных для наиболее эффективного терапевтического воздействия на кожу.



Уверенность в результате, проверенная Вашим опытом!¹⁻⁴



1. Инструкция по медицинскому применению препарата Валтрекс 2. Reitano M, Turing S, Lang W et al. J. Infect Dis 1998;178:603-610 3. IQVIA (IMS) 12'17 4. IPSOS весна 2017

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Валтрекс. П № 015441/01. МНН: валацикловира гидрохлорид 500 мг. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: взрослые и подростки от 12 до 18 лет: Лечение инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных ВПГ, включая впервые выявленный и рецидивирующий генитальный герпес (Herpes genitalis), а также лабиальный герпес (Herpes labialis). Профилактика рецидивов инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных ВПГ, включая генитальный герпес, профилактика цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции, Взрослые: Лечение опоясывающего герпеса (Herpes zoster). Способ применения и дозы: вне зависимости от приема пищи, таблетки следует запивать водой. Лечение опоясывающего лишая (Herpes zoster). Взрослые: рекомендуемая доза составляет 1000 мг 3 раза в день в течение 7 дней. Взрослые и подростки от 12 до 18 лет: Лечение инфекций, вызванных ВПГ. Рекомендуемая доза для терапии эпизода составляет 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней. В качестве альтернативы для лечения лабиального герпеса 2 г два раза в день, через 12 часов. Профилактика рецидивов инфекций, вызванных ВПГ. У пациентов с сохраненным иммунитетом рекомендуемая доза составляет 500 мг один раз в сутки. Профилактика цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции после трансплантации рекомендуемая доза составляет 2 г 4 раза в день, в течение 90 дней и более. Особые группы пациентов: дозу рекомендуется уменьшать у пациентов со значительным снижением функции почек. Противопоказания: гиперчувствительность к валацикловиру, ацикловиру или любому другому компоненту препарата. Детский возраст до 12 лет. Побочное действие: головная боль, тошнота, лейкопения, тромбоцитопения, анафилаксия, головокружение, спутанность сознания, галлюцинации, угнетение сознания. Передозировка: острая почечная недостаточность и неврологические нарушения, включая спутанность сознания, галлюцинации, агитацию, угнетение сознания и кому, а также тошнота и рвота, наблюдались у пациентов, получивших дозы валацикловира, превышающие рекомендованные. Лечение: гемодиализ в значительной степени способствует выведению ацикловира из крови и может считаться методом выбора при ведении пациентов с передозировкой. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: клинически значимые взаимодействия не установлены. Применение при беременности: данных о применении при беременности недостаточно. Препарат следует применять при беременности только в том случае, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода. Период лактации: следует назначать с осторожностью кормящим женщинам. Особые указания: пациентам с риском дегидратации необходимо обеспечить адекватное восполнение жидкости, доза должна корректироваться в зависимости от степени нарушения почечной функции. У пациентов с почечной недостаточностью отмечается повышенный риск развития неврологических осложнений, таким пациентам необходимо обеспечить тщательное наблюдение. С осторожностью: у пациентов с почечной недостаточностью; пациентов с клинически выраженными формами ВИЧ-инфекции; при одновременном приеме нефротоксичных лекарственных средств. Условия отпуска: по рецепту.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата Валтрекс. Для получения дополнительной информации и для сообщения о нежелательном явлении на препарат ГСК обращайтесь в ЗАО «ГлаксосмитКляйн Трейдинг» по адресу: 125167, Москва, Ленинградский проспект, д. 37а, корп. 4, либо по тел.: (495) 777-89-00, факсу: (495) 777-89-01, электронной почте: EAEU.PV4customers@gsk.com



RU/VAL/0011/18 9/18

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ «ВЕРТЕКС»

Спонсор

199106, Санкт-Петербург, Васильевский остров,
24-я линия, д. 27А
телефон/факс: +7 (812) 329-30-41
www.vertex.spb.ru



Фармацевтическая компания «ВЕРТЕКС» является одним из ведущих игроков российской фармацевтической индустрии. Компания придает огромное значение исследованиям и контролю качества выпускаемых препаратов, соблюдению стандартов GMP.

В 2017 году компания стала лауреатом Премии Правительства Российской Федерации в области качества.

В портфеле компании более 200 позиций лекарственных препаратов, косметических средств, БАДов и изделий медицинского назначения. Активно развиваются дерматологическое, гинекологическое направления производства и продвижения продукции.

Дистрибуция продукции компании представлена по всей территории России, часть ассортимента в Казахстане, Белоруссии, Киргизии, Армении и Таджикистане.

GALDERMA

Спонсор

125284, Москва, Ленинградский пр-т,
д. 31 А, стр. 1, БЦ «Монарх»
телефон: +7 (495) 540-50-17
электронная почта: galderma.russia@galderma.com
www.galderma.ru



Galderma была основана в 1981 году как дочернее предприятие компаний Nestle и L’Oreal. На сегодняшний день Galderma является одним из мировых лидеров в производстве лекарственных и косметических средств, а также медицинских изделий для эстетической коррекции. Основные направления деятельности компании – это акне, розацеа, псориаз, онихомикоз, борьба с возрастными изменениями. Продукция компании представлена в более чем 80 странах мира. С 2014 года Galderma на 100% вошла в состав Nestle как основа Nestle Skin Health.

ЗАО «ГлаксoСмитКляйн Трейдинг»

Ведущий спонсор

125167, Москва, Ленинградский пр-т,
д. 37а, корп. 4, БЦ «Аркус III»
телефон: + 7 (495) 777-89-00



GSK — международная научно-исследовательская фармацевтическая компания, разработчик и производитель инновационных лекарств, вакцин и потребительских товаров для здоровья. Миллионы людей во всем мире используют наши продукты, которые помогают им делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше. Штаб-квартира GSK расположена в Великобритании. Компания работает более чем в 150 странах мира. Из 100 тысяч сотрудников GSK более 11 тысяч — сотрудники научных лабораторий.

В России зарегистрировано более 100 рецептурных препаратов GSK. Рецептурные препараты GSK применяются для лечения болезней органов дыхания, инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, заболеваний ЦНС, а также в области урологии, иммунологии, дерматологии и в вакцинопрофилактике. GSK является одним из лидеров индустрии по объему инвестиций в исследования в России.

Подробнее на www.ru.gsk.com

GSK для специалистов здравоохранения: www.doctorgsk.ru

LIBRE DERM

DERMATOLOGY



Глубокое очищение

Себорегуляция

Восстановление кожи + sos-средства



ЛИБРИДЕРМ СЕРАЦИН – ОТ ПРЫЩЕЙ №1!

Клинически доказанная эффективность для жирной кожи и кожи с акне**



- 94% ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЧЕРЕЗ 3 ДНЯ ПРИМЕНЕНИЯ
ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АКНЕ**



ПОЛНЫЙ КОМПЛЕКС СРЕДСТВ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ

Ведущий спонсор

ООО «Гленмарк Импэкс»

115114, Москва, ул. Летниковская,
д. 2, стр. 3, БЦ «Вивальди Плаза»
телефон: +7 (499) 951-00-00
факс: +7 (499) 951-00-00 доб. 7702/7703
www.glenmark-pharma.ru
www.glenmarkpharma.com



Glenmark Pharmaceuticals Ltd. – международная интегрированная фармацевтическая компания, в основе деятельности которой научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. Glenmark осуществляет свою деятельность более чем в 50 странах. Портфель инновационных разработок компании Glenmark состоит из нескольких молекул на разных этапах клинической разработки. Главным образом эти молекулы разрабатываются для лечения онкологических, дерматологических заболеваний и заболеваний органов дыхания. На протяжении 40 лет компания Glenmark улучшает жизнь миллионов пациентов, предлагая безопасные и доступные лекарственные препараты. В России портфель лекарственных препаратов компании состоит из продуктов в следующих основных терапевтических областях: дерматология, пульмонология, отоларингология, педиатрия и общая практика. Офис российского подразделения находится в Москве.

ООО «Джонсон & Джонсон»

Подразделение потребительских товаров:
121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 2, 3 этаж
телефон: +7 (495) 726-55-55
факс: +7 (495) 580-90-29
www.jnj.ru



Компания «Джонсон & Джонсон», основанная в 1886 году, на протяжении всей своей истории руководствуется принципами ответственности, профессионализма и высочайшего уровня качества. Благодаря этому «Джонсон & Джонсон» стала одной из ведущих мировых компаний в области здравоохранения. Сегодня в ее состав входит 265 фирм, а продукция корпорации продается в 175 странах.

Подразделение потребительских товаров ООО «Джонсон & Джонсон» отвечает за одно из старейших направлений деятельности компании и представлено широким ассортиментом средств по уходу за детской кожей, полостью рта, средствами личной гигиены, безрецептурными лекарственными препаратами, а также косметическими продуктами для лица и тела, такими как Johnson's® и Aveeno®.

ИнтерЛабСервис

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 20/13, стр. 2
телефон: +7 (495) 664-28-84
электронная почта: info@interlabservice.ru
www.interlabservice.ru



Компания «ИнтерЛабСервис» более 16 лет осуществляет оснащение клиничко-диагностических, научно-исследовательских и экспертных лабораторий современным оборудованием для молекулярно-биологических исследований, в том числе для выявления и характеристики патогенов, медицинской генетики, полногеномного секвенирования, изготовления и анализа биочипов.

ИЛС представляет на рынках РФ и СНГ интересы мировых лидеров в области разработок решений для молекулярно-биологических исследований и диагностики.

Бренды: AmpliSens (Россия), Hamilton (Швейцария), Thermo Fisher Scientific (США), Axygen (США), Aptaka (Италия).



РЕЗУЛЬТАТ — оправдывает — ОЖИДАНИЯ



- + Долгосрочная эффективность при различных проявлениях псориаза и псориатического артрита¹⁻⁴
- + Благоприятный профиль безопасности, в том числе у пациентов с сопутствующими заболеваниями⁴⁻⁵
- + Таблетированная форма выпуска

1 Papp K, et al. J Am Acad Dermatol. 2015 Jul;73(1):37-49. 2 Paul C, et al. Br J Dermatol. 2015 Dec;173(6):1387-99. 3 Kavanaugh A., et al. ACR 2015. Abstract number 2843. 4 Инструкция по медицинскому применению препарата ОТЕСЛА®. 5 Mease P., et al. ACR 2015. Abstract number 2840.

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ОТЕСЛА®

Регистрационный номер: ЛП-003829. **Торговое название:** ОТЕСЛА®. **Международное непатентованное название:** апремиласт. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа:** иммуномодуляторы, селективные иммунодепрессанты. **Показания:** псориатический артрит. Лечение активного псориатического артрита (ПСА) у взрослых в монотерапии или в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) при недостаточном ответе или при непереносимости предшествующей терапии БПВП. Псориаз. Лечение блещенного псориаза средней и тяжелой степени тяжести у взрослых при недостаточном ответе, наличии противопоказаний или непереносимости базисной противовоспалительной терапии, включая циклоспориин, метотрексат или лекарственные средства, применяемые вместе с ультрафиолетовым-А облучением (ПУВА). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к апремиласту или другим компонентам, входящим в состав препарата, беременность, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет (недостаточно клинического опыта), редкая наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (препарат содержит лактозу). **С осторожностью.** У пациентов, имеющих нарушения психики или указания на наличие таковых в анамнезе, или в случае планируемого приема пациентом иных сопутствующих препаратов, способных вызвать психические нарушения (см. раздел «Особые указания»). У пациентов с почечной недостаточностью тяжелой степени тяжести (см. раздел «Фармакокинетика», «Способ применения и дозы», «Особые указания»). У пациентов с недостаточной массой тела (см. раздел «Особые указания»). **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** **Женщины, способные к деторождению.** До начала лечения необходимо исключить беременность. Женщины, способные к деторождению, должны использовать эффективный метод контрацепции на время терапии. **Беременность.** Данные об применении апремиласта у беременных женщин ограничены. Апремиласт противопоказан при беременности. У мышей и обезьян его эффекты заключаются в эмбриофатальных потерях, снижении веса плода и задержке оксидации у мышей при дозах выше, чем максимальные дозы для человека. Если экспозиция у животных составляла 1,3 от значения клинической экспози-

ции, то негативное действие не развивалось (см. раздел «Фармакологические свойства»). **Период грудного вскармливания.** Апремиласт обнаруживался в молоке мышей (см. раздел «Фармакологические свойства»). Неизвестно, поступает ли апремиласт или его метаболиты в молоко человека. Так как нельзя исключить риск нежелательного воздействия на ребенка при грудном вскармливании, то апремиласт не следует применять в период грудного вскармливания. **Фертильность.** Данные о влиянии на фертильность у человека отсутствуют. В экспериментах на мышах не обнаружено нежелательного влияния на фертильность самцов при экспозиции апремиласта в 3 раза выше клинической, а у самок — при экспозиции, сравнимой с клинической. Данные по неклиническому изучению фертильности представлены в разделе «Фармакологические свойства». **Способ применения и дозы.** Для приема внутрь. Лечение препаратом ОТЕСЛА® может назначать только специалист, имеющий достаточный опыт в диагностике и лечении псориаза и псориатического артрита. Покрытые оболочкой таблетки нужно проглатывать целиком, желательно запивая их водой. Принимать вне зависимости от времени приема пищи. **Дозы.** Рекомендуемая доза апремиласта — 30 мг внутрь 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом примерно 12 часов. Требуется начальное титрование дозы, как показано в Таблице 1. После первоначального титрования повторного титрования не требуется. **Побочное действие.** Наиболее частыми нежелательными лекарственными реакциями (НЛР) в ходе клинических исследований III фазы были нарушения со стороны ЖКТ — диарея (15,7%) и тошнота (13,9%). В основном эти нарушения были легкой или средней степени тяжести и только 0,3% от каждой из этих НЛР были расценены как тяжелые. Эти НЛР возникли преимущественно в первые 2 недели лечения и обычно разрешились в течение 4 недель. Другими частыми НЛР были инфекции верхних дыхательных путей (8,4%), головная боль (7,9%) и головная боль напряжения (7,2%). В целом, большинство НЛР были легкой или средней степени тяжести. Реакции гиперчувствительности редко регистрировались в ходе клинических исследований апремиласта. НЛР зарегистрированы в ходе клинических исследований апремиласта при псориатическом артрите (1945 пациентов) и псориазе (1184 пациента). **Инфекци-**

Таблица 1: Схема титрования дозы

День 1		День 2		День 3		День 4		День 5		День 6 и далее	
Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер
10мг	10мг	10мг	10мг	10мг	20мг	20мг	20мг	20мг	30мг	30мг	30мг

онные и паразитарные заболевания: бронхит, инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит. **Нарушения со стороны иммунной системы:** реакции гиперчувствительности. **Нарушения со стороны обмена веществ и питания:** снижение аппетита. **Нарушения психики:** бессонница, депрессия. **Нарушения со стороны нервной системы:** мигрень, головная боль напряжения, головная боль. **Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения:** кашель. **Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:** диарея, тошнота, рвота, диспепсия, частый стул, боль в верхних отделах живота, гастроэзофагеальный рефлюкс, желудочно-кишечное кровотечение. **Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:** кожная сыпь. **Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани:** боль в спине. **Общие расстройства и нарушения в месте введения:** утомляемость. **Лабораторные и инструментальные данные:** снижение массы тела. **Передозировка.** Апремиласт изучали на здоровых добровольцах в максимальной суточной дозе 100 мг (по 50 мг 2 раза в день) в течение 4,5 дней без признаков дозозамещающей токсичности. При передозировке рекомендуется наблюдение за симптомами и признаками НЛР. При необходимости назначают симптоматическое и поддерживающее лечение. **Особые указания.** Пациентам с редкими наследственными нарушениями в виде непереносимости галактозы, с врожденной недостаточностью лактазы или с нарушениями всасывания глюкозы-галактозы не следует принимать данный препарат. **Нарушение психики:** применение апремиласта ассоциируется с повышенным риском развития нарушений психики, таких как бессонница и депрессия. Случаи появления суицидальных мыслей и поведения, включая суицид, были отмечены у пациентов как с указанием на депрессию в анамнезе, так и без него (см. раздел «Побочное действие»). Риски и польза начала и продолжения терапии апремиластом должны быть тщательно оценены у тех пациентов, которые сообщают об имеющихся у них наруше-

ниях психики или наличии таковых в анамнезе, или в случае планируемого приема пациентом иных сопутствующих препаратов, способных вызвать психические нарушения. Пациент и лица, заботящиеся о пациенте, должны сообщать врачу, назначившему препарат, о любых изменениях поведения или настроения пациента, а также о появлении у него суицидальных мыслей. **Тяжелая почечная недостаточность:** у пациентов с почечной недостаточностью тяжелой степени тяжести доза препарата ОТЕСЛА® должна быть снижена до 30 мг 1 раз в день (см. раздел «Фармакокинетика» и «Способ применения и дозы»). **Пациенты с недостаточной массой тела:** у пациентов с недостаточной массой тела в начале курса терапии необходимо регулярно контролировать массу тела в процессе лечения. В случае необычного или клинически значимого снижения массы тела необходимо провести тщательное медицинское обследование пациента и рассмотреть вопрос о прекращении лечения. **Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами:** апремиласт не влияет или влияет в незначительной степени на способность управлять транспортными средствами или на работу с механизмами. **Условия хранения:** хранить при температуре не выше 30°С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 2 года. Не применять после даты истечения срока годности. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту.

Организация, принимающая претензии: Представительство корпорации «Селджен Интернэшнл Холдингз Корпорэйшн», США
Россия, 125047, г. Москва, ул. 1-я Тверская - Ямская, д.21
Телефон: 8 (495) 777 65 55
2018-RUS-010

ООО «Лаборатория НИЖИ»

127051, Москва, ул. Садовая-Самотечная, д. 24/27
телефон: +7 (495) 664-83-03
www.topicrem.ru

TOPICREM

ООО «Лаборатория НИЖИ» – эксклюзивный дистрибьютор дерматологической косметики TOPICREM производства фармацевтической компании «Laboratoires NIGY» (Франция). TOPICREM – это эффективные и безопасные увлажняющие средства для младенцев, детей и взрослых. Применяются в качестве базового ухода в период обострения и/или ремиссии при ксерозах различных степеней тяжести, atopическом дерматите, псориазе, ихтиозе, акне и др. Продукция под торговой маркой TOPICREM хорошо известна и широко применяется в странах Западной и Восточной Европы, Азии, Ближнего Востока, Африки и Латинской Америки. TOPICREM – это гарантия безопасности и качества продукции, что подтверждено многочисленными клиническими тестами под контролем дерматологов и педиатров.

- Философия марки пользуется успехом уже более 20 лет!
- Надежные, лаконичные и эффективные формулы
- Рецептуры с непревзойденными косметическими качествами
- Продукты подходят для всех членов семьи
- Экономичные формы выпуска

LIBREDERM

телефон: +7 (495) 580-30-69
www.librederm.ru

Ведущий спонсор

LIBRE DERM

DERMATOLOGY

LIBREDERM – это космецевтический бренд, предлагающий современные решения в области дерматологии. LIBREDERM DERMATOLOGY – это средства направленного действия с высокой концентрацией специально отобранных биологически активных компонентов, разработанных с учетом особенностей чувствительной кожи. Формулы LIBREDERM DERMATOLOGY включают инновационные растительные комплексы, которые показали свою эффективность в испытаниях in vitro и in vivo. Безопасность и эффективность каждого продукта обусловлены тщательным тестированием всех этапов производства и выверенностью формул. Международные лаборатории LIBREDERM – это 17 ведущих научно-исследовательских центров по всему миру, предлагающих самые актуальные решения для проблем кожи и волос.

ООО «Лилли Фарма»

123317, Москва, Пресненская наб.,
д. 10, БЦ «Башня на набережной», Блок-А
телефон: +7 (495) 258-50-01
факс: +7 (495) 258-50-05
электронная почта: moscow_reception@lilly.com
www.lilly.ru

Спонсор

Lilly

«Лилли» – ведущая инновационная фармацевтическая корпорация, основанная в 1876 г. Компания развивает партнерские отношения с крупнейшими научными организациями по всему миру, что позволяет ей находить ответы на наиболее острые вопросы здравоохранения и удовлетворять самым неотложным медицинским нуждам людей. Компания проводит клинические исследования в 50 странах мира, имеет научно-исследовательские лаборатории в 8 странах, производственные предприятия в 13 странах.

Сегодня в России представлено более 20 препаратов компании, направленных на борьбу с такими серьезными заболеваниями, как сахарный диабет, рак, остеопороз и психические расстройства. В течение 25 лет своего присутствия в России «Лилли» вносит свой вклад в развитие российского здравоохранения, в соответствии с государственной стратегией «Фарма 2020». Компания реализует инвестиции в исследования и научные разработки, поддержку образования медицинских специалистов и пациентов, передачу производственных технологий.

Мёлнлике Хелс Кээ, Швеция

1151916, Москва, ул. Б. Тульская, д.10, стр. 3
телефон: +7 (495) 232-26-64, +7 (495) 231-16-70
факс: +7 (495) 232-26-65
электронная почта: info.ru@molnlycke.com
www.molnlycke.com, www.molnlycke.ru



Mölnlycke Health Care (Мёлнлике Хелс Кээ) — шведская компания, являющаяся одним из мировых лидеров в разработках, производстве и поставках одноразовой хирургической продукции, а также перевязочных материалов и средств для лечения ран для профессионального здравоохранения. Хирургическое подразделение включает в себя производство хирургического белья, халатов, масок для лица, головных уборов, а также хирургических перчаток. Подразделение компании, отвечающее за средства для ухода за ранами, включает медицинские приборы для лечения ран, перевязочные и фиксирующие средства, а также продукты для ухода за кожей и смягчающие средства. Самые популярные продукты компании, способствующие быстрому заживлению ран, произведены с использованием технологии мягкого силиконового покрытия Safetac.

Санофи

Спонсор

125009, Москва, ул. Тверская, д. 22
телефон: +7 (495) 721-14-00
www.sanofi.ru



«Санофи» – один из мировых лидеров в области здравоохранения. «Санофи» предлагает своим пациентам широкий спектр оригинальных лекарственных средств и дженериков в ключевых терапевтических областях.

«Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед»

Спонсор

129223, Москва, пр-т Мира, ВДНХ,
Деловой Центр «Технопарк», стр. 537/4
телефон: +7 (495) 234-56-11
www.sunpharma.com



«Сан Фарма» является пятой по величине фармацевтической дженериковой компанией в мире. В марте 2015 года произошло слияние компаний «Сан Фарма» и «Ранбакси». Теперь, обладая удвоенными возможностями, компания стремится стать партнером для дерматовенерологов и косметологов, развивая проекты, направленные на дальнейшее развитие профессиональных знаний, опыта и успешного лечения пациентов с проблемой акне. Сегодня дерматологический портфель «Сан Фарма» включает линейку препаратов для лечения всех форм акне: Сотрет (изотретиноин), Адаклин (адапален) и Азикс-Дерм (азелаиновая кислота).

Celgene

Ведущий спонсор

Представительство Корпорации «Селджен Интернэшнл Холдингз Корпорэйшн» (США)
125047, Москва, 1-я Тверская-Ямская ул., д. 21.
телефон: +7 (495) 777-65-55
www.celgene.ru



Транснациональная биофармацевтическая корпорация Celgene, основанная в 1986 году, специализируется на исследовании и разработке инновационных методов лечения онкологических и воспалительных заболеваний, главным приоритетом для нее является забота о пациентах во всем мире.

Мы предоставляем пациентам лечение, которое существенно увеличивает продолжительность их жизни и помогает контролировать симптомы болезни. Мы убеждены, что все, кому наши открытия могут принести пользу, должны иметь возможность воспользоваться ими.

ООО «Си Эс Си ЛТД»

115230, Москва, Варшавское ш., д. 47, корп. 4, этаж 14
телефон: +7 (499) 311-67-71
www.cscpharma.ru



ООО «Си Эс Си Лтд» является официальным представителем европейских производителей в России. В портфеле продуктов компании – оригинальные высококачественные лекарственные препараты, которые представлены на фармацевтических рынках многих стран мира. Это хорошо известные специалистам Макмирор, Макмирор Комплекс, ОКИ и др.

ООО «ТЕВА»

Спонсор

115054, Москва, ул. Валовая, д. 35, БЦ «Wall Street»
телефон: +7 (495) 644-22-34
факс: +7 (495) 644-22-35
электронная почта: info@teva.ru
www.teva.ru



Teva Pharmaceutical Industries Ltd. — один из лидеров мировой фармацевтической отрасли. Компания, штаб-квартира которой расположена в Израиле, ежедневно предлагает высококачественные, ориентированные на потребности пациента решения для миллионов людей по всему миру.

Teva – мировой эксперт в сфере воспроизведенных лекарственных препаратов. Продуктовый портфель компании включает более 1800 молекул: этот широкий спектр позволяет предлагать потребителям воспроизведенные лекарства практически для всех областей медицины.

ООО «ЯДРАН»

119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д.38, оф.VII
телефон: +7 (499) 143-33-71
электронная почта: jadran@jgl.ru
www.jgl.ru



Фармацевтическая компания «Ядран» основана в 1991 году в Хорватии. Помимо Хорватии, представительства компании открыты еще в 7 странах, включая Россию (1999 г.), кроме того компания активно сотрудничает со многими странами восточной Европы и странами Балтии.

«Ядран» сегодня – это компания-производитель более 400 наименований высококачественных лекарственных препаратов, применяемых в различных терапевтических областях. В России группа препаратов, применяемых в дерматологии, представлена следующими лекарственными средствами: Розамет – 1% крем метронидазола для местной терапии розацеа и акне. Зеркалин – 1% раствор клиндамицина для местной терапии акне. Акнекутан – инновационная форма изотретиноина с увеличенной биодоступностью для системной терапии тяжелых и резистентных форм акне. Перфэктоин – крем против ксероза, обеспечивающий длительное увлажнение кожи за счет уникальной молекулы природного происхождения эктоина.

Premierpharm

Спонсор

123112, Москва, ул. Тестовская, д.10, 1 под., 11 эт.
телефон: +7 (495) 795-07-11
электронная почта: info@premier-pharm.ru
www.premier-pharm.ru



Компания Premierpharm – официальный и эксклюзивный представитель ABG LAB LLC (USA) на территории РФ. Приоритетными направлениями деятельности компании ABG LAB LLC является разработка и создание инновационных технологий в области anti-age терапии кожи. Компания ABG LAB LLC хорошо известна как разработчик инъекционных препаратов: Meso-Wharton P199™ и Meso-Xanthin F199™, MesoSculpt C71™ и MesoEye C71™. Эти препараты получили признание ведущих специалистов и нашли широкое применение в практике врачей-косметологов не только в России, но и во многих других странах мира.

Информационные партнеры:

Журнал «Фарматека»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
pharmateca.ru

ФАРМАТЕКА

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Журнал «Фарматека» – это:

- актуальные клинические обзоры
- руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний
- публикация результатов новейших клинических исследований
- обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии
- методологическое обоснование применения лекарственных средств
- круглые столы по актуальным медицинским проблемам
- фоторепортажи с медицинских мероприятий – конгрессов, симпозиумов, форумов
- новости научного сообщества
- освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: 7(495) 786-2557, 786-2543
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
pharmvestnik.ru

Фармацевтический ВЕСТНИК

Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет-портал для специалистов российского фармрынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16 200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 г.

Портал www.pharmvestnik.ru помимо электронного архива газеты содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармотрасли. Посещаемость сайта – более 100 000 уникальных пользователей и более 400 000 просмотров в месяц.

В ноябре 2014 года запущен видеопроjekt «Фармвестник-ТВ», в рамках которого еженедельно публикуются обзоры главных новостей с комментариями экспертов, видеointервью с ключевыми персонами отрасли, репортажи со значимых мероприятий.

Среди постоянных читателей газеты – не только руководители крупнейших предприятий фармотрасли, государственные служащие всех рангов, но и директора и заведующие аптеками, работники первого стола, а также специалисты по управлению персоналом. «Фармацевтический вестник» предоставляет читателям возможность ознакомиться с мнениями ведущих экспертов, представителей органов власти, общественных организаций и лидеров рынка.

Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 786-25-57
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
WWW.MEDVESTNIK.RU



MEDVESTNIK.RU – специализированный портал для практикующих врачей, медицинского персонала и работников системы здравоохранения. Вся необходимая информация на одном сайте: новости, научно-медицинские статьи, интервью, аналитика, видеолекции и многое другое только для специалистов здравоохранения.

Журнал «Альманах клинической медицины»

129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 8
телефон: +7 (495) 688-32-41
электронная почта: o_papara@monikiweb.ru
<https://www.almclinmed.ru/>



АЛЬМАНАХ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

«Альманах клинической медицины» освещает вопросы развития актуальных научных направлений диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, создания и внедрения в практическую медицину новых технологий, приборов и фармпрепаратов, а также проблемы организации здравоохранения. Публикации журнала отражают перспективные разработки современной медицинской науки более чем по 45 направлениям. Журнал публикует статьи по всем аспектам клинической медицины: результаты оригинальных, специальных, фундаментальных исследований с клинической значимостью; обзорные статьи по актуальным проблемам медицины; описания клинических наблюдений; клинические рекомендации.

«Альманах клинической медицины» входит в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук (перечень ВАК). Индексируется в системе Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Пятилетний импакт-фактор РИНЦ 1,894 (2014).

Учредитель: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Основан в 1998 г. Периодичность: 8 выпусков в год. Объем: 120–150 полос.

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

115054, Москва, Жуков пр-д, д. 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последипломного образования врачей различных специальностей: журнал Consilium Medicum, приложения Consilium Medicum – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», Dental Tribune; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.

DNA health Magazine

143421, Московская обл., с. Ильинское, ул. Ленина, д. 24.

телефон: +7(985) 037-08-87

электронная почта: office@dnahealth.ru

http://dnahealth.ru

DNAHEALTH®

Журнал DNA health – современное издание о медицине, которое призывает читателей следить за состоянием своего здоровья и тем самым обеспечить себе долгую и полноценную жизнь.

Каждый номер информирует об актуальных вопросах в области медицины, питания, красоты, спорта, отдыха и других важных аспектах качества жизни.

Интервью и авторские статьи с практическими советами от лидеров в области здравоохранения.

Агентство медицинской информации «МЕДФОРУМ»

127422, Москва ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3, 5 этаж, оф. 3518

телефон: +7 (495) 234-07-34

электронная почта: t.kudreshova@medforum-agency.ru;

podpiska@medforum-agency.ru

webmed.ru

МЕДФОРУМ

В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят 17 медицинских журналов.

Серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям:

- анестезиология и реаниматология;
- акушерство и гинекология;
- гастроэнтерология;
- кардиология и ангиология;
- педиатрия;
- урология;
- эндокринология;
- неврология
- онкология;
- и др.

Журнал «Вестник семейной медицины».

Журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес».

Журнал «Hi+Med. Высокие технологии в медицине» – уникальное издание для широкого круга специалистов в области здравоохранения врачей-диагностов, клиницистов, главных врачей ЛПУ, специалистов профильных министерств и ведомств, организаторов системы здравоохранения, менеджеров медицинских и фармацевтических компаний.

Издательство «Медиа Сфера», Россия

127238, Москва, Дмитровское ш., д. 46, к. 2

телефон: +7 (495) 482-43-29

факс: +7 (495) 482-43-12

электронная почта: info@mediasphera.ru

www.mediasphera.ru



МЕДИА
СФЕРА

Издательство «Медиа Сфера» – одно из крупнейших российских медицинских издательств. Основано в 1993 году группой видных российских ученых-медиков. Выпускает 25 рецензируемых научно-практических медицинских журналов, 24 из которых включены в перечень ВАК, в том числе журналы: «Архив патологии», «Вестник оториноларингологии», «Вестник офтальмологии», «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры», «Доказательная гастроэнтерология», «Доказательная кардиология», «Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко», «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия», «Клиническая дерматология и венерология», «Лабораторная служба», «Онкология. Журнал им. П.А. Герцена», «Проблемы репродукции», «Проблемы эндокринологии», «Профилактическая медицина», «Российская ринология», «Российская стоматология», «Российский вестник акушера-гинеколога», «Стоматология», «Судебно-медицинская экспертиза», «Флебология», «Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова», «Эндоскопическая хирургия».

Многие из них представлены в международных библиографических базах данных MEDLINE, SCOPUS(EMBASE), GOOGLESCHOLAR, РИНЦ, Web of Science (Russian Science Citation Index – RSCI).

Кто есть Кто в медицине, Федеральный отраслевой журнал

107023, Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1

телефон: +7 (499) 704-04-24

электронная почта: journal@kto-kto.ru

www.kto-kto.ru



Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений, служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины.

ИД «Косметика и медицина»

117342, Москва, ул. Бутлерова, д. 176, оф. 341

телефон: 8 (495) 777-54-67

электронная почта: info@cmjournal.ru

www.cmjournal.ru



ИД «Косметика и медицина» (с 1997 г.) выпускает журналы, книги по косметологии и эстетической медицине, организует мероприятия для специалистов.

- Косметика & медицина
- Инъекционные методы в косметологии
- Аппаратная косметология
- Трихология
- ANTI-AGE косметология и медицина

Косметика и медицина – самый большой интернет-магазин специализированной литературы по косметологии и эстетической медицине, а также информационный сервис по обучению. Cosmetics & medicine Publishing House (since 1997) publishes professional magazines and books in the field of cosmetology and organizes professional events for cosmetic industry specialists.

Our magazines:

- Cosmetics & medicine
- Injection methods in cosmetology
- Apparatus Cosmetology
- Trichology
- ANTI-AGE cosmetology and medicine

Cosmetics and medicine - the largest online store of specialized literature on cosmetology and aesthetic medicine, as well as information service for training.

Издательский дом «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС»

115093, Москва, ул. Павловская, д.7, БЦ «Павловский»

телефон: 7 (495) 280 80 15, моб: +7 (963) 927 94 80

электронная почта: lne@lne.com.ru

www.lne.com.ru



ИД «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС» представляет 2 профессиональных издания:

Журнал Les Nouvelles Esthetiques – официальная российская версия ведущего французского и международного издания для специалистов в области косметологии, эстетической медицины, SPA-индустрии, массажистов, директоров, управляющих салонов красоты, медцентров. «Инъекционная косметология» – научно-практический журнал, официальное печатное издание Национального общества мезотерапии (НОМ).

Предназначен для практикующих специалистов в области эстетической косметологии и медицины.

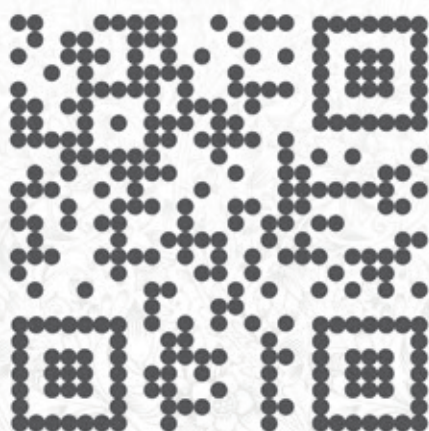
Скачивайте электронную версию журналов!

AppStore; GooglePlay

1nep.ru

Косметология как наука

Крупнейшее русскоязычное профессиональное интернет-издание в области эстетической медицины



/RiskiEsteticheskoiMedicini

www.1nep.ru

+7 (499) 350-51-08

Интернет-партнеры:

Портал 1nep.ru

117485, Москва, ул. Профсоюзная, д. 84/32, под. А 6
телефон: +7 (499) 517-90-37
электронная почта: info@1nep.ru
www.1nep.ru



Первый национальный эстетический портал 1nep.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты.

Портал аккумулирует все важные аспекты и новинки отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, расписание отраслевых мероприятий, каталог клиник и салонов красоты.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12
телефон: +7 (495) 258-97-03
электронная почта: info@vrachirf.ru
vrachirf.ru



«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дайтелинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соцсетях, а также крупнейшей именной базой email-контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>

Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012, Москва, ул. Ильинка, д. 4, Гостиный Двор, БЦ «Деловой», оф. 2102
телефон: +7 495 249 90 35
электронная почта: info@ivrach.com
ivrach.com



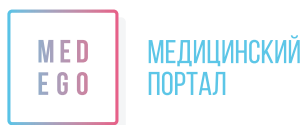
Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей Networks in Health.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17

электронная почта: info@medego.ru
medego.ru



Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская,
д. 64, корп. 1, литер. А, оф. 521
телефон: +7 (812) 380-71-88
электронная почта: kontakt@medsovet.info
medsovet.info/



Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН

Medsovet.info предоставляет:

- Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
 - Форум для врачей и пациентов
 - Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
 - Сервис онлайн-обучения для врачей
 - Медицинские статьи и новости
- и многое другое.

YellMed

Москва, ул. Красная Пресня, д. 28, помещение 4, оф. №9
телефон: +7 (495) 668-10-55
электронная почта: info@yellmed.ru
yellmed.ru



Yellmed – это:

- каталог медицинских учреждений России и зарубежья с актуальной и достоверной информацией;
- медицинские новости страны и мира, материалы про спорт и красоту, интервью со специалистами;
- афиша медицинских мероприятий и конференций;
- медицинский справочник с распространенными заболеваниями, симптомами болезней, способами диагностирования и лечения.

На нашем портале вы найдете о медицине все и даже больше.

Информационный портал «Вестник трихологии»

107113, Москва, ул. Сокольнический вал, д. 1 «Б», 1 этаж

телефон: + 7 (921) 396 -70-27

электронная почта: vestniktrichology@gmail.com

www.trichology.pro



Информационный портал «Вестник трихологии» – интернет-журнал Союза трихологов. Основная задача платформы – информировать о новых медицинских разработках, а также о практическом опыте в областях: трихологии, косметологии, дерматовенерологии. На этом информационном ресурсе врачи найдут новые исследования препаратов; статьи из научных журналов, а также тезисы докладов с конференций; обучающие видео; видеолекции; расписание научных конференций, форумов и выставок.

Портал BeautyDay.Pro

Ростов-на-Дону, пер. Доломановский, д. 53а

телефон: +7 (863) 219-47-00

электронная почта: info@beautyday.pro

www.beautyday.pro



Beautyday.pro – это первый региональный интернет-портал для профессионалов индустрии красоты и эстетической медицины Юга России. Свежие новости, экспертные блоги, новинки профессиональной косметики и оборудования, фото- и видеомастер-классы – всё это в открытом доступе для специалистов и руководителей салонного бизнеса. Портал Beautyday.pro также является самым полным справочником профессиональных брендов и компаний-дистрибьюторов Юга России.

Портал «Эстетический Гид»

420107, Республика Татарстан,

Казань, ул. Павлюхина, д. 37

телефон: +7-917-277-81-11

электронная почта: info@esthetic-gid.ru

www.esthetic-gid.ru



Портал «Эстетический Гид» – это уникальная онлайн-площадка, где собрано все необходимое для специалиста сферы эстетической медицины. Самые свежие новости, мнение признанных экспертов, профильные обучающие мероприятия и конференции, данные обо всех компаниях-дистрибьюторах, работающих на территории России и стран СНГ, библиотека научных работ, а самое главное – потенциальные клиенты, которые ищут своего врача! Создайте свою личную страницу и откройте для себя новые возможности для работы и обучения с порталом «Эстетический Гид»!

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ В МОЛОДЕЖНОЕ МЕДИКО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

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

Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе

Актуальность: Распространенность инфекций, передающихся половым путем (ИППП), давно уже перешагнула эпидемический барьер. Уровень заболеваемости ИППП является достаточно высоким во всем мире. Ежегодно регистрируется 92 млн случаев хламидийной инфекции, 60 млн случаев гонококковой инфекции и 2 млн случаев сифилиса. Заболеваемость ИППП подчеркивается резким омоложением контингента больных – среди молодежи она в 4–5 раз выше заболеваемости среди населения многих стран в целом. Кроме того, наблюдается увеличение заболеваемости вирусной, хламидийной, микоплазменной этиологии, имеющей скрытое, длительное течение, что затрудняет диагностику и ведет к распространению инфекции и развитию осложнений, влияющих на репродуктивное здоровье.

Цель: Изучить частоту встречаемости ИППП среди подростков и молодых людей, обратившихся в Молодежное медико-консультативное отделение (ММКО), и их информированность в области полового просвещения.

Материалы и методы: На базе Молодежного медико-консультативного отделения при ГКБ №1 г. Душанбе были обследованы 248 подростков и молодых людей в возрасте от 14 до 24 лет. Средний возраст пациентов составил $19,3 \pm 2$ лет. Среди опрошенных и обследованных 164 человека (66%) составляли лица женского пола и 84 (34%) мужского. Комплексное клиничко-лабораторное исследование включало: мазок на флору, РИФ и ИФА на наличие инфекций (гонорея, трихомоноз, хламидиоз, гарднереллез, герпес, ВПЧ, кандидоз и микоплазменные инфекции), кровь на RW. Всем обратившимся проведено анкетирование по вопросам полового просвещения. Анкета состояла из нескольких блоков: сексуальное поведение и его самооценка, отношение к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), знания об их влиянии на здоровье, роль информационных средств и методы профилактики ИППП. Результаты исследования: В результате анкетирования выяснено, что время начала половой жизни у 41% ответивших приходилось на возраст 18–20 лет, раннее начало половой жизни (14–16 лет) отметили 18% опрошенных. На перенесенные ИППП в анамнезе указали 48,0% пациентов. При анализе информированности молодых людей об отрицательных последствиях пренебрежения контрацепцией 76,7% указали на нежелательную беременность, 67,8% на возможность заражения ИППП и 57,5% – на воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). На вопрос о том, что может уберечь от вышеуказанных последствий, 71% респондентов отметили презерватив как основной способ защиты. Однако постоянно используют данный метод контрацепции лишь 21,3%, полностью пренебрегают барьерным методом 15,3% опрошенных. Наряду с этим не доверяют своему половому партнеру 51,7%, а чувство

опасности при половых контактах присутствует у 32,9% и полностью отсутствует у 28,8%. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, характеризуется неоднородностью по своей структуре. У 92,2% при проведении клиничко-лабораторного исследования были обнаружены один или несколько возбудителей ИППП. В структуре заболеваний наиболее часто регистрировались трихомонадная – 45,9%, хламидийная – 20,5%, кандидозная – 15,7%, микоплазменная – 9,6% инфекции, в 2,2% случаев определялась гонорейная инфекция, герпес и ВПЧ встречались одинаково часто – по 3%. Почти у половины (47,6%) больных обнаружены два и более возбудителей заболеваний. Пациенты с трихомонадно-кандидозно-микоплазменной инфекцией регистрировались в два раза чаще, чем с кандидо-микоплазменной инфекцией (69,2% против 30,8%). Следует отметить, что кандидозная инфекция ассоциировалась в обеих группах микст-инфекций.

Выводы: Среди респондентов, обратившихся в ММКО, выявлен высокий удельный вес ИППП, из которых большую часть пациентов составили лица с преобладанием смешанного инфицирования, в основном трихомонадно-кандидо-микоплазменные. Латентные формы данных заболеваний не вызывают должной настороженности у пациентов, дерматовенерологов и подростковых гинекологов, оказывая губительное влияние на репродуктивное здоровье молодых людей. Просветительская деятельность медицинских работников, наряду со своевременной диагностикой и лечением, будет способствовать снижению уровня заболеваемости и сохранению репродуктивного здоровья.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

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

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе

Актуальность: Симптомы энтеропатического акродерматита, связанного с врожденным расстройством метаболизма цинка, возникающего в связи с нарушением всасывания этого микроэлемента в тонкой кишке, появляются в младенческом возрасте. Дебют болезни приходится на первые дни жизни ребенка в случае искусственного вскармливания, или же проявления энтеропатического акродерматита возникают в течение нескольких недель после прекращения грудного вскармливания и перевода ребенка на смесь на основе коровьего молока. Заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу. Патогномоничная триада симптомов энтеропатического акродерматита – поражение кожи вокруг естественных отверстий тела (периорифициальный дерматит) и на конечностях (акродерматит), алопеция и диарея.

Цель исследования: Изучить особенности течения энтеропатического акродерматита с учетом возраста ребенка. Материалы и методы: На стационарном лечении в кожном отделении городской клинической больницы №1 находилось 23 пациента. В возрасте до 3 мес – 5, от 3 мес до года – 9, от года до 2 лет – 7, и старше 4 лет – 2 детей. Принцип деления больных на группы проводился согласно клинической картине заболевания.

Результаты и обсуждение: У 19 детей (первая группа) родители состояли в родственном браке, трое из их числа были членами одной семьи. Триада симптомов: дерматит, диарея, алопеция – наблюдалась у всех детей первой группы, причем преобладали дети в возрасте до 1,5 лет. Высыпания симметрично располагались на коже крупных складок, вокруг рта, глаз, в аногенитальной области и области ягодич. Сыпь была полиморфной. На эритематозном фоне определялись везикуло-пустулезные и буллезные элементы, местами крупные мокнущие эрозивные очаги, покрытые серозно-гнойными корками. У 15 пациентов наблюдались паронихии практически на всех пальцах рук. Кроме этого были выраженные явления конъюнктивита, блефароспазм и фотофобия. У детей второй группы (3 ребенка) отмечались проявления на слизистой полости рта: глоссит, явления стоматита, заеды. Высыпания на крупных складках имели причудливую форму с четкими границами насыщенного красного цвета с выраженной мацерацией. Местами отмечались слегка шелушащиеся лихеноидные элементы красноватого оттенка. В третью группу вошел лишь один больной – мальчик в возрасте 4 лет, у которого отмечался баланопостит, дистрофические изменения ногтевых пластинок, гиперкератоз нескольких пальцев стоп. Симптомов диареи и алопеции в последних двух группах не отмечалось. Таким образом, с учетом достижений современной дерматологии течение энтеропатического акродерматита благоприятное, но зависит от точной диагностики и своевременно начатого лечения. Необходимо систематическое диспансерное наблюдение больных дерматологом и педиатром с контролем за поддерживающей дозой препаратов цинка, так как прекращение такого лечения может вызвать рецидив и прогрессирование заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Агафонова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации», Москва

Актуальность: В последнее время выдвигаются теории о роли микробов в развитии розацеа, но на данный момент четкой связи между специфической микробной колонизацией и заболеванием не выявлено. Ни один из микроорганизмов, таких, как *Helicobacter pylori*, *Demodex folliculorum*, *Staphylococcus epidermidis* и *Chlamydia pneumoniae*, не является причиной, вызывающей розацеа. Вероятно, речь должна идти о совокупности микроорганизмов, а не единичной популяции. Недавние исследования показали, что при розацеа наблюдается аномальная активность врожденного иммунитета кожи и повышенная экспрессия TLR2 рецепторов в сравнении со здоровыми людьми, что может объяснять усиленные воспалительные реакции на внешние раздражители. В свою очередь усиленная экспрессия TLR2 может привести к повышенной выработке противомикробных пептидов – кателицидина и сериновой протеазы калликреин (KLK5). Согласно данным исследования, можно сделать вывод о роли микробиоты и TLR2, контролирующей эпидермальное воспаление в патогенезе розацеа. Именно изменение количественного состава совокупности микроорганизмов кожи активизирует TLR с развитием воспаления. В этой связи перспективным будет изучение микробиоты у больных розацеа. Существует сбалансированное взаимодействие между

хозяином и резидентными или транзитными бактериальными популяциями кожи. На этот баланс постоянно влияют внутренние и внешние факторы, которые изменяют состав микробиоты кожи, а следовательно, ее защитную барьерную функцию, что может усугублять течение заболевания. Целью нашего исследования было изучить состав микробиоты кожи больных розацеа при эритематозно-телеангиэктатическом (ЭТПР), папуло-пустулезном (ПППР) и сочетании подтипов розацеа (ЭТПР+ПППР) и выявить отклонения количественного состава микроорганизмов кожи от гомеостаза, а также установить или уточнить этиологии инфекционно-воспалительного процесса, характерные для каждого подтипа.

Материалы и методы: Больные в количестве 30 человек были разделены на группы по 10 человек в зависимости от подтипа розацеа: 1 группа – пациенты с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом, 2 группа – пациенты с папуло-пустулезным подтипом и 3 группа – пациенты с сочетанием данных подтипов. Сравнение результатов проводилось относительно показателей нормы (измеряемый в кл/г *10⁵), доверительного интервала отклонений от нормы и встречаемости в данном биотопе. У всех пациентов был проведен соскоб кожи с последующим проведением анализа по методу хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров.

Результаты: В ходе нашего исследования было выявлено следующее. При ЭТПР мы наблюдали изменения микробиоты кожи за счет снижения количества резидентных микроорганизмов и увеличения количества грибов и вирусов. Вероятно, это может свидетельствовать о специфической более агрессивной работе иммунитета кожи, характеризующейся выработкой большого количества провоспалительных факторов. При ПППР мы наблюдали дисбиоз за счет увеличения числа *Clostridium histolyticum*, *ramosum*. Однако наблюдается значительное увеличение *Peptostreptococcus anaerobius*, *Propionibacterium acnes*, что также характерно для сочетания данных подтипов розацеа. Кроме того, при всех подтипах розацеа наблюдалось значительное увеличение грибов (*Candida* spp.) и *Herpes Simplex*.

Выводы: Исследования микробиоты до настоящего времени в основном были сосредоточены на выявлении бактерий, но важно помнить о многих других типах микроорганизмов, которые также обитают на коже, могут нарушать гомеостаз и быть причиной дисбиоза кожи. Некоторые методы начали идентифицировать такие микроорганизмы как *Malassezia* – дрожжеподобные грибы. Метод хромато-масс-спектрометрии позволил выявить увеличение количества *Candida* spp. На сегодняшний день вирусы являются наименее изученными членами микробиоты кожи. Следовательно, улучшение знаний о микробиоме может открывать новые перспективы в лечении кожных заболеваний с целью нормализации полезной флоры и восстановления защитных функций кожного барьера.

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ ПРИ РОЗАЦЕА

Агафонова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации», Москва

Актуальность: До сих пор существуют различные теории патогенеза розацеа. Активно обсуждаются вопросы классификации заболевания. В связи с разнообразием и

сочетанием клинических признаков требуется дальнейшее изучение взаимосвязи патогенетических механизмов развития розацеа. Остается открытым и обсуждаемым вопрос, как патогенетически можно объяснить степень тяжести и степень выраженности различных клинических симптомов розацеа у конкретного пациента. Благодаря каким механизмам происходит прогрессирование процесса, приводящее к сочетанию подтипов и тяжелому течению у одних пациентов и проявление заболевания в пределах одного подтипа без тенденции к усугублению у других. В связи с этим перспективным является изучение генетической основы развития розацеа.

Целью нашего исследования было изучить генетические маркеры розацеа: сосудистые изменения – ангиогенез: VEGFrS2010963 (эндотелиальный фактор роста сосудов), p22phoxrs4673 (NADPH-оксидаза); нейрогенное воспаление – серотонинергическая система HTR2Ars7997012 (рецептор серотонина 2A), HTR2A rs6313 (рецептор серотонина 2A) при эритематозно-телеангиэктатическом (ЭТПР), папуло-пустулезном (ПППР) и сочетании подтипов розацеа (ЭТПР+ПППР). На основании полученных данных определить основные предикторы развития розацеа и маркер тяжести болезни.

Материалы и методы: Больные в количестве 45 человек были разделены на группы по 15 человек в зависимости от подтипа розацеа: 1 группа – пациенты с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом, 2 группа – пациенты с папуло-пустулезным подтипом и 3 группа – пациенты с сочетанием данных подтипов. Сравнение результатов проводилось с контрольной группой в количестве 20 человек. У всех пациентов был проведен буккальный соскоб стерильными ватными палочками для взятия материала на исследование. Затем проводилось генотипирование однонуклеотидных замен в генах VEGFrS2010963, p22phoxrs4673, HTR2Ars7997012, HTR2A rs6313 в режиме реального времени с использованием конкурирующих TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК.

Результаты: В результате генетического исследования экспрессии генов VEGF; HTR2A(rs6313); HTR2A(rs7997012); P22Phox(rs4673) была выявлена определенная статистически достоверная зависимость изменения экспрессии генов в зависимости от подтипов розацеа. Так, при ЭТПР у большинства пациентов (80%) высокий уровень ($p=0,048$) экспрессии гена VEGF, что свидетельствует о недостаточности эндотелиальной функции у пациентов с данным подтипом розацеа. В то время как в контрольной группе у 90% исследуемых данный показатель в норме. Также достоверные результаты были получены при изучении гена HTR2A (rs6313) – у 93, 3% пациентов отмечалось повышение ($p=0,037$) в сравнении с контрольной группой – у 80% норма. Данный показатель отражает степень компенсаторных реакций со стороны нейрорегуляции воспалительного процесса и сосудистого компонента при розацеа. При ПППР у 100% пациентов наблюдалась повышенная экспрессия гена VEGF, что, по-видимому, объясняет доминирующую роль сосудистого компонента при розацеа и может рассматриваться как предиктор неоваскуляризации у пациентов с данным заболеванием. Кроме этого, у 100% пациентов наблюдалась патология в гене, кодирующем HTR2A (rs6313), что может свидетельствовать о повышенной противовоспалительной активности серотонинергических рецепторов и являться предиктором развития нейрогенного воспаления. Также у 100% пациентов наблюдается повышенная протективная активность гена P22 Phox(Rs4673), вероятно, вследствие наличия

выраженного оксидативного стресса у больных с ПППР, когда в клинической картине преобладают папуло-пустулезные высыпания. В сравнении с ПППР отмечается аналогичность результатов генетического исследования при сочетании ЭТПР и ПППР, что, в свою очередь, свидетельствует об одинаковых патогенетических механизмах развития розацеа. Однако при сочетании подтипов мы наблюдаем более высокое значение шифра аллелей гена HTR2A(rs7997012), который в данном случае мы можем рассматривать как маркер тяжести процесса. Выводы: Все эти исследования дают предпосылки для углубленного изучения генетических предикторов розацеа и выявления предрасположенности к более тяжелому течению болезни, а также выявления коморбидных состояний, усугубляющих течение розацеа.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В СИСТЕМЕ ANTI-AGE ТЕРАПИИ

Айвазова Т.В., Звездина И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: Борьба с возрастными изменениями кожи остается одной из актуальнейших задач современной косметологии. Сегодня методика введения биологически совместимых с тканями человека инъекционных препаратов на основе гиалуроновой кислоты (биоревитализация) занимает лидирующее положение и является одной из самых востребованных в эстетической медицине. Биоревитализация позволяет оказывать мягкое стимулирующее воздействие на клетки дермального слоя кожи, улучшает увлажненность, тон, эластичность кожи, что способствует омоложению. Однако препараты на основе гиалуроновой кислоты позволяют запустить лишь опосредованную стимуляцию фибробластов путем создания оптимальной среды, не содержат строительный материал для восстановления клеток, отсутствует специфическая антиоксидантная защита. Нет в составе препаратов и биорегуляторов, которые бы ускоряли течение биохимических реакций. Поскольку в результате старения снижается синтез и функциональная активность факторов роста, затрагиваются все морфофункциональные структуры кожи, препараты, направленные на борьбу с возрастными изменениями, должны влиять на все патогенетические механизмы старения, замедлять деструктивные процессы. Следующим этапом развития инъекционных методов стал метод биорепарации, и такие препараты были выделены в особую группу и получили название биорепаранты. К биорепарантам нового поколения относится препарат на основе гидролизата плаценты человека. Инновационные технологии очистки плаценты позволяют сохранить в препарате все биологические субстанции и обеспечить полную безопасность. Препарат на основе гидролизата плаценты человека включает в себя уникальное соединение природных компонентов (низкомолекулярные регуляторные пептиды, активные

центры факторов роста, нативную гиалуроновую кислоту, аминокислоты), способствует улучшению обменных процессов в клетках кожи.

Цель исследования: Оценка клинической эффективности и безопасности комбинированного инъекционного применения препаратов на основе гиалуроновой кислоты и гидролизата плаценты человека для коррекции недостатков кожи лица.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 18 женщин в возрасте от 38 до 45 лет. Все женщины получили 3 процедуры биоревитализации препаратом на основе гиалуроновой кислоты и 3 процедуры мезотерапии препаратом на основе гидролизата плаценты человека. Процедуру биоревитализации проводили препаратом на основе гиалуроновой кислоты 18 мг/мл, 1,1 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 3 недели. Для инъекции использовались иглы размером 30 ½ G13 мм. Процедуру мезотерапии – препаратом на основе гидролизата плаценты человека, 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 3 недели. Для инъекции использовались микроиглы размером 34 Gот 4 до 8 мм. Оба препарата вводили интрадермально «папульной» техникой. Интервал между инъекциями препаратов на основе гиалуроновой кислоты и гидролизата плаценты составлял 10 дней. До и после курса инъекционной терапии всем женщинам проводилась УЗ-диагностика кожи.

Результаты: У всех женщин, получивших 3 процедуры биоревитализации препаратом на основе гиалуроновой кислоты и 3 процедуры мезотерапии препаратом на основе гидролизата плаценты человека, отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: повышение уровня гидратации кожи на 75,2 %, улучшение микрорельефа кожи на 39,2 %, улучшение показателей толщины эпидермиса на 10,9%, улучшение показателей толщины дермы на 17,1 %. Аллергические реакции на введение препаратов не были зарегистрированы. Отсутствие эффекта и отрицательной динамики процесса в ходе терапии выявлено не было. Все женщины отмечали хорошую переносимость процедур, подтяжку овала лица, улучшение цвета и качества кожи лица.

Резюме: Вышесказанное позволяет считать метод комбинированного инъекционного применения препаратов на основе гиалуроновой кислоты и на основе гидролизата плаценты человека эффективным методом для омоложения и активно использовать в системе anti-age терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕИНВАЗИВНЫХ TAP- И SELF-ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Аршавская Е.В., Меркулова А.А., Neuman T.
Компания FibroTX, Таллин, Эстония

Одним из популярных направлений в современном здравоохранении является персонализированная медицина, которая предполагает индивидуальный подход к пациенту исходя из его состояния на данный момент. Такой подход позволяет предсказать течение заболевания, эффективность лечения, а также дает возможность пациенту принимать непосредственное участие в процессе лечения и профилактики заболевания. TAP (Transepidermal Analysis Patch, Трансэпидермальный Аналитический Пластырь) и SELF (Skin Exploratory Lateral Flow, Кожный Аналитический Тест на основе Иммунофер-

ментного анализа) технологии, разработанные компанией FibroTX, позволяют применить персонализированный подход к пациенту в области диагностики и мониторинга патологических состояний кожи, включая псориаз, дерматит, витилиго, розацея, акне, а также ряд других заболеваний. Данные тесты дают возможность отслеживать состояние иммунологических процессов, происходящих в коже, без риска и неудобства для пациента, так как являются неинвазивными. SELF тест является экспресс-системой диагностики состояния кожи, он дает возможность определять потенциальные биомаркеры заболеваний и отслеживать эффективность лечения, в том числе и самостоятельно, на дому. TAP-технология выполняет те же задачи, только для осуществления анализа требуется наличие специализированной лаборатории. Принцип обоих тестов основывается на связывании белков/антител, вырабатываемых клетками кожи, подкожной клетчатки, потовыми или сальными железами, с соответствующими антителами/антигенами, нанесенными на матрицу теста, что, по сути, представляет собой модифицированный ELISA-метод (в случае TAP-технологии), либо Lateral Flow-метод (в случае SELF-технологии). Перечень биомаркеров, определяемых с поверхности кожи, включает в себя антимикробные пептиды, хемокины, интерлейкины, С-реактивный белок, факторы роста и многие другие молекулы, играющие роль в патогенезе заболеваний кожи. Оба теста представляют собой мультиплексную технологию, то есть позволяют определять несколько биомаркеров одновременно. Область применения SELF метода в дерматологии: • диагностика заболеваний путем определения специфических маркеров • мониторинг эффективности лечения • ранняя диагностика возможного рецидива для более эффективной профилактики заболевания. Область применения SELF-метода в косметологии: • определение состояния кожи с целью подбора оптимальных средств по уходу • объективное определение эффективности использования средств по уходу • определение возможных нежелательных эффектов от использования средств по уходу • помощь в разработке и тестировании новых средств по уходу для компаний-производителей. Область применения TAP-метода в дерматологии включает все то же, что и SELF-метод, но вдобавок: • поиск и определение специфических биомаркеров кожи для дифференциальной диагностики в сложных случаях (например, псориаз/дерматит) • предсказание эффективности лечения кожных заболеваний (в частности псориаза) биологическими препаратами на раннем этапе. Широкое применение находит TAP-метод и в научных исследованиях: • изучение механизмов и патогенеза заболеваний кожи и подкожной клетчатки при помощи биомаркеров, определяемых непосредственно на месте их активности, то есть на поверхности пораженных участков • разработка новых методов диагностики и мониторинга заболеваний. Несомненным преимуществом TAP и SELF тест-систем является то, что они неинвазивны. На сегодняшний день известны также такие неинвазивные или полунинвазивные методики как tape-stripping и lavage, однако они не нашли широкого применения в науке и практике из-за сложностей с унифицированием методики, низкой воспроизводимости результатов и неудобств в использовании. Использование TAP- и SELF-технологий этих недостатков не имеет. Метод прост в исполнении, стандартизирован и имеет высокую воспроизводимость. На данном этапе TAP тест применяется в исследованиях по мониторингу эффективности лечения псориаза, для дифференциальной диагностики сложных случаев псориаза и дерматита, для определения восстановления кожного барьера в результате лечения местного воспаления ультрафиолетовым облучением, а также в других исследованиях в клинике Тартуского Университета (Эстония) и клинике дерматологии Университета Radboud (Голландия). Ссыл-

ка: Development of TAP, a non-invasive test for qualitative and quantitative measurements of biomarkers from the skin surface K. Orro, O. Smirnova, J. Arshavskaja, T. Neuman and P. Spee; Biomark Res. 2014 Nov 13;2:2

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ИНВЕРСНОГО ПСОРИАЗА

Василенко Т.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: Псориаз – хроническое воспалительное заболевание кожи, распространенность которого во всем мире составляет 0,6–4,8% (в России около 3 млн человек). Пристальное внимание к этому заболеванию обусловлено не только высоким удельным весом среди дерматозов, но и увеличением заболеваемости, учащением тяжелых форм, нередким сочетанием с другими иммуноопосредованными болезнями (атеросклероз, ожирение, сахарный диабет 2 типа), торпидностью к терапии, снижением уровня социальной адаптации и профессиональной активности, качества жизни пациентов. Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению этиологии и патогенеза псориаза, однозначных ответов на поставленные вопросы пока не получено. Из пусковых механизмов псориаза ведущее значение имеют эмоциональный стресс и инфекционные заболевания – тонзиллит, гайморит, мочеполовые инфекции и другие. Достаточно часто псориаз возникает в местах механического повреждения кожи или после приема лекарственных препаратов (β -адреноблокаторов, противогрибковых препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, индукторов интерферона, лития). Наиболее распространенной формой дерматоза является бляшечный псориаз, реже встречается каплевидный, пустулезный, ладонно-подошвенный и артропатический псориаз. Особого внимания заслуживает инверсная форма заболевания, которая диагностируется у 2–6% больных, характеризующаяся изолированным расположением псориазических бляшек в крупных складках тела. Инверсный псориаз обуславливает не только трудности в диагностике, но и определенные сложности терапии вследствие особенностей локализации патологического процесса. Анатомическое расположение высыпаний (подмышечные и паховые складки, аногенитальная область), активность микробиоты кожи в данных областях, а также травматизация и мацерация эпидермиса способствуют формированию нетипичных клинических проявлений псориаза и резистентности к проводимой терапии.

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности ступенчатой терапии инверсного псориаза, а также разработка проактивного лечения с целью предупреждения рецидивов дерматоза.

Материал и методы лечения: Были обследованы и пролечены 30 больных инверсным псориазом (22 мужчины и 8 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст $34,12 \pm 3,89$ лет). На этапе скрининга подробный анализ истории заболевания позволил установить, что триггерными факторами развития данной формы дерматоза являлись стрессовые ситуации у 14 (46,67%) пациентов,

инфекционные заболевания – у 7 (23,33%). У остальных 9 (30,00%) причину развития псориаза установить не удалось. Важно подчеркнуть, что период от появления первичных высыпаний до верификации диагноза у обследованных больных в среднем составил $18,25 \pm 1,25$ месяцев. Данное обстоятельство было связано с преимущественно атипичными для дерматоза высыпаниями. Всем больным была проведена ступенчатая терапия с использованием крема клотбетазола 1% в течение 10 дней, с последующим назначением комбинированного крема, содержащего гентамицин, клотримазол и бетаметазон в течение 20 дней с последующим назначением мази с кальципотриолом 0,005% два раза в неделю на постоянной основе в течение 1 года. В результате проведенной терапии через 10 дней динамика индекса тяжести псориаза PASI составила 60% (с $5,71 \pm 0,14$ до $2,28 \pm 0,21$ баллов), через 30 дней лечения средние значения индекса PASI составили $0,74 \pm 0,05$ баллов (87,04%). В результате проактивной терапии с использованием мази, содержащей 0,005% кальципотриола, рецидивы заболевания были отмечены только у трех больных (10%).

Заключение: Инверсный псориаз является нераспространенной формой заболевания и характеризуется нетипичным течением, что обуславливает трудности в дифференциальной диагностике, в особенности локализации резистентности к проводимой терапии. Проведение ступенчатой терапии с использованием топического глюкокортикостероида очень сильной активности с последующим назначением комбинированного препарата и кальципотриола в качестве поддерживающей терапии способствует быстрому и стабильному устранению симптомов заболевания.

ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН

Волкова С.Б., Поршина О.В., Новожилова О.Л., Часова Г.К.

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

Обращение гражданина (далее – обращение) – это направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в письменной форме или в форме электронного документа предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления. Так трактуется этот термин в Федеральном законе от 02.05.2006г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Работа с обращениями граждан является одним из приоритетов, стоящих перед городскими органами исполнительной власти, позволяющих реализовывать закрепленное Конституцией Российской Федерации право граждан на обращения в государственные органы. Чрезвычайно важен установленный в учреждении Регламент рассмотрения обращений граждан с соблюдением необходимых сроков подготовки ответа заявителю. В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее «МНПЦДК ДЗМ») издан приказ от 01.02.2018г. № 89 «О порядке рассмотрения в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» обращений граждан». Обра-

шение может поступить в следующих формах: устной, письменной, по электронной почте. Реализация права граждан на обращение обеспечивается: • Информирование граждан об их праве на обращение; • Регистрация и учет поступивших обращений; • Рассмотрение поступивших обращений; • Принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращения; • Подготовка и направление ответов заявителям; • Проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения. Информирование граждан о праве на обращение обеспечивается путем размещения информации в доступном месте в печатном виде. Регистрация обращений осуществляется в день их поступления в учреждение. Учету подлежат обращения, поступившие: в письменной форме, по электронной почте, из «Книги жалоб и предложений», из других органов или организаций, при личном обращении гражданина. В случае если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается. Конечным результатом рассмотрения обращения являются: – устный или письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов с учетом принятых мер по ранее поступившим обращениям того же заявителя и содержания данных ему ранее ответов и разъяснений; – необходимые действия, предпринятые по существу поставленных вопросов и с учетом принятых мер по ранее поступившим обращениям того же заявителя и содержания данных ему ранее ответов и разъяснений. Зачастую в обиходной речи обращение приравнивается к жалобе. Федеральный закон 59-ФЗ трактует жалобу как просьбу гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц. Что полезно понимать из потока жалоб: • Наличие жалоб не обязательно означает низкий уровень оказания государственных услуг. • Отсутствие жалоб тоже еще не означает, что с оказанием государственных услуг все в порядке. • Жалоба для государственного служащего не только причина головной боли, но и ценный канал обратной связи. Важно учитывать неэффективное поведение сотрудников при рассмотрении жалоб, что может быть следствием попытки избежать ответственности, желания уклониться от трудного разговора, недостаточной компетентности, оборонительной реакции, низкого уровня приоритетности рассмотрения жалоб, неумения внимательно выслушать «недовольного» гражданина. И, конечно же, необходим анализ поступивших обращений для принятия необходимых управленческих решений.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

Волнухин В.А.

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

Цель исследования: Сравнить профиль эффективности и безопасности существующих методов лечения локализованной склеродермии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных разными формами локализованной склеродермии медикаментозными средствами и методами фототерапии.

Результаты и обсуждение: Среди средств наружной терапии наибольшей эффективностью обладали глюкокортикостероидные препараты высокой и очень высокой степени активности. К их недостаткам следует отнести неудобства при лечении обширных и распространенных очагов поражения, развитие при длительном применении местных побочных эффектов: атрофии кожи, телеангиэктазий, угрей, ксероза и др. В качестве альтернативы топическим кортикостероидам назначались топические ингибиторы кальциневрина, однако эффект от их применения был небольшой. При проведении системной терапии наиболее высокие результаты наблюдали у больных, получавших метотрексат. Недостатком данного метода является необходимость длительного применения препарата (для достижения стойкого эффекта лечение должно продолжаться 1–2 года и более), а также возможность развития ряда побочных эффектов: нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, повышения в крови уровня трансаминаз, лейкопении, тромбоцитопении и др. Терапия глюкокортикостероидами системного действия позволяла уменьшить активность кожного процесса, однако по эффективности она значительно уступала лечению метотрексатом. Среди методов фототерапии наиболее хорошо зарекомендовали себя ПУВА-терапия и УФА-1-терапия: улучшение клинической картины заболевания или полный регресс очагов поражения наблюдались у 80–90% больных. Недостатком методов фототерапии является необходимость проведения длительного курса лечения, включающего 30–40 процедур и более.

Выводы: Лечение больных локализованной склеродермией следует проводить с учетом формы и активности течения заболевания, а также профиля эффективности и безопасности существующих терапевтических средств. При ограниченном поражении кожи в виде эритематозных очагов или бляшек методом выбора является терапия топическими глюкокортикостероидами высокой и очень высокой степени активности, реже – топическими ингибиторами кальциневрина. У больных поверхностными формами бляшечной и линейной склеродермии при отсутствии эффекта от наружных медикаментозных средств показано применение ПУВА-терапии или УФА-1-терапии. При тяжелых формах склеродермии (линейной, генерализованной, пансклеротической) с глубоким поражением подлежащих тканей должно проводиться более агрессивное лечение с применением метотрексата (как в виде монотерапии, так и в комбинации с системными глюкокортикостероидами) или других иммуносупрессивных препаратов.

ЭКТОДЕРМАЛЬНЫЕ ДИСПЛАЗИИ

Гаджимурадов М.Н., Гаджимурадова К.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Махачкала

Мы наблюдали двух пациентов с ангидротической эктодермальной дисплазией (АЭД) с набором дополнительных стигм дизэмбриогенеза (юноша С. 18 лет и мальчика К. 7 лет). Юноша С. утверждает, что температура тела в жаркую погоду составляет 38°C, обливаясь холодной водой, он снижает ее. Кожа вокруг глаз и рта дистрофичная и гиперпигментированная, отмечаются ладонно-подошвенная кератодермия, милиумподобные высыпания в устьях сально-волосяных мешочков лица и на коже туловища. Вслед-

ствии гипопункции сальных желез развились сухость кожи, ихтиозиформное шелушение. Отмечаются характерные особенности лицевого скелета – уши с неправильно сформированными раковинами. У женщин-носительниц мутантного гена могут быть abortивные проявления синдрома АЭД. У матери мальчика К. зафиксирована ладонно-подошвенная кератодермия, нарушение развития зубов и некоторая сухость кожи. Нами также наблюдалась женщина А. 58 лет и мужчина М. 54 лет с гидротической эктодермальной дисплазией (ГЭД). Для ГЭД характерна основная триада симптомов: дистрофия ногтей (рис. 14а,б), кератодермия ладоней и подошв (рис. 15 а,б), гипотрихоз или алопеция (рис. 16 а,б). Необходимо отметить, что ногтевые пластинки медленно растут, присоединяется разрушающая ее паронихия (вплоть до замены ногтя рубцовой тканью). Волосы на волосистой части головы могут сохраняться в детском возрасте, но в период половой зрелости они становятся тонкими или выпадают – вплоть до тотальной алопеции. Брови разрежены, в наружной части могут и отсутствовать. В наблюдаемых нами двух случаях ГЭД бровей и ресниц вовсе не было. Такие же изменения претерпел волосяной покров лобка и подмышечных впадин. Процесс перешел на тыльные поверхности кистей и стоп. Над суставами наблюдается гиперпигментация и гиперкератоз. Зубы у пациентов подвержены кариесу. В зафиксированных нами клинических наблюдениях ГЭД отмечены некоторые особенности в манифестации генодерматоза. Так, у женщины А. 58 лет (имеет здорового сына) волосы полностью отсутствовали с рождения, зрение ослаблено, слух и психическое состояние без отклонений от нормы. Подобная клиника наблюдалась у ее матери и сестры (умерли в зрелом возрасте от «сердечного приступа»). Таким образом, ГЭД проявляется по женской линии, мужчина (сын пациентки) здоров, что ставит вопросы о наследовании ГЭД. Интересно также отметить, что у мужчины М. 54 лет отмечается умеренный гипергидроз подошв.

ТРИХОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Гаджигороева А.Г., Цимбаленко Т.В.

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

Андрогенетическая алопеция (АГА) – наиболее часто встречающаяся форма потери волос, сопровождающаяся прогрессирующей миниатюризацией волосяных фолликулов (ВФ) у генетически предрасположенных мужчин и женщин. АГА у мужчин и женщин имеет одинаковую гистологическую картину и схожие пути патогенеза. В чувствительных ВФ дегидротестостерон связывается с рецепторами к андрогенам, и гормон-рецепторный комплекс активирует гены, ответственные за постепенное преобразование терминальных фолликулов в vellus-волосы. Отражением этого патогенетического процесса миниатюризации является трихоскопическая картина, выявляемая при АГА, которая также схожа у мужчин и женщин.

Цель исследования: Определить трихоскопические диагностические критерии АГА на основе данных обзора литературы и с учетом их применимости в практике.

Материал и методы: Анализ обзора литературы по исходной теме в научно-практических изданиях и в поисковых системах SCOPUS, MEDLINE.

Результаты исследования: Первый алгоритм для исследования болезней волос создан в 2011 году; он представляет собой двухэтапный метод оценки результатов трихоскопии. На первом этапе необходимо отличить нерубцовые формы потери волос от рубцовой алопеции, в зависимости от наличия или отсутствия луковицы волоса («пустых фолликулов»). На втором этапе классифицируются оба типа выпадения волос на основании конкретных трихоскопических признаков. Типичными трихоскопическими признаками при АГА на данный момент являются: 1. Увеличение % vellus-волос более 20% – главный диагностический критерий АГА. Трансформация терминального волоса в vellus-волос является отображением миниатюризации ВФ: волос становится тоньше, менее пигментированным, укорачивается продолжительность стадии анагена. 2. Анизотрихоз (разнородность волос по диаметру) более 20% является ранним диагностическим критерием для постановки диагноза АГА у женщин. Этот признак также является отражением процесса миниатюризации волос и отражает постепенную, в разной степени, миниатюризацию ВФ, в результате которой в зоне присутствуют одновременно терминальные (>50 мкм), промежуточные (30–50 мкм) и vellus-волосы (менее 30 мкм). 3. Желтые точки («yellow dots») – признак увеличенного латентного периода ВФ. В ряде случаев фолликул не вступает в новый цикл роста, в результате чего его устье на коже головы остается пустым на неопределенное время. 4. Повышение % одиночных фолликулярных юнитов наблюдается при снижении количества функционирующих ВФ при пролонгации стадии кеногена, а также при трансформации терминального волоса в vellus-волос. 5. Снижение плотности волос на голове происходит вследствие появления пустых ВФ и миниатюризации терминального волоса в vellus-волос. 6. Перифолликулярная гиперпигментация («brown halo») отражает наличие микровоспаления ВФ и свидетельствует об активности процесса АГА.

Вывод: Трихоскопия – один из основных неинвазивных методов исследования кожи головы и волос. Возможность проведения дифференциальной диагностики при начальных стадиях развития АГА позволяет без проведения биопсии поставить диагноз и осуществлять динамическое наблюдение за течением процесса.

НОВЫЙ ВЕКТОР ПРОТИВОГРИБКОВОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ: ОТ ИНФЕКЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРЕОБРАЖЕНИЯ

Герасимчук Е.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Поликлиника Федерального государственного бюджетного учреждения «52 Клинико-диагностический центр» Министерства обороны России, Москва

Учитывая полиморбидность и полипрагмазию, наружная терапия является приоритетной у больших старших возрастных групп в клинической микологии.

Цель и задачи работы: Оценить эффективность новой запатентованной автором методики для лечения онихомикоза.

Материалы и методы: В рамках настоящего исследования были проанализированы архивные медицинские карты больных, которые проходили лечение в период с 2015 по 2017 г. Верификация диагноза онихомикоза проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 [B35.1] и подтверждалась результатами экспресс-диагностики (прямой микроскопии с применением 10% раствора КОН). Достоверность и обоснованность представленного материала обусловлена использованием шкал и опросников для оценки состояния, проведением необходимой квалифицированной статистической обработки с помощью программ Excel, Statistica (StatSoft).

Результаты и выводы: При анализе 16514 первичных и повторных посещений были отобраны больные в возрасте старше 65 лет ($n=300$, от 65 до 90 лет, женщины – 33%, мужчины – 67%), у которых превалировала дистальная форма онихомикоза (DLSO) с умеренным гиперкератозом 1–2 мм, глубиной поражения от 1/3 до 1/2 длины ногтевой пластинки. У каждого больного было поражено от 1 до 6 ногтей, в среднем – 3; в 100% случаев инфекционный процесс затрагивал один или оба больших пальцев стоп. Данная выборка была разделена на основную ($n=150$; наружная терапия+запатентованная методика) и контрольную подгруппы ($n=150$; наружная терапия), идентичные и сопоставимые по возрастным и гендерным признакам, тяжести онихомикоза, коморбидности с другими дерматозами и соматической отягощенности. Запатентованная автором методика включала инновационный вариант комбинированного кератолитического воздействия на клинически измененную ногтевую пластинку при онихомикозе. Актуальность и значение настоящей работы определяется объемом исходной выборки и проанализированного материала. Исследование, основанное на опыте многолетней работы автора в многопрофильном лечебно-диагностическом учреждении, позволило выделить основные тренды оказания медицинской помощи больным старших возрастных групп. Использование запатентованной методики было связано с рядом преимуществ: клиническая эффективность, не требует посторонней помощи, быстрый эффект, низкая себестоимость, экономичный расход, удобство и отсутствие субъективного дискомфорта при применении.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С АКНЕ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Голоусенко И.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Пролактин является дополнительным фактором, регулирующим секрецию надпочечниковых андрогенов, поскольку у 40% больных с ГПРл имеется нарушение секреции и метаболизма андрогенов – повышение уровней ДГЭА-С и ДГЭА, что приводит к клинике ГА – гирсутизму и акне.

Целью данного исследования явилось изучение влияния каберголина, снижающего уровень пролактина, на течение акне у женщин с ГПРл. Задачей являлась оценка изменений течения акне, результатов лабораторно-инструментальных исследований и аффективных расстройств под влиянием лечения.

Материал и методы: Из 76 пациенток с акне и СГА были выделены в отдельную группу 27 женщин с повышенными значениями пролактина.

Полученные результаты: Исследование гормонального статуса позволило выявить повышение средних значений уровня ЛГ, Т, ДГЭА-С, 17-ОНП, ИРИ и ИФР1, ТТГ, пролактина в среднем до $782,39 \pm 31,05$ МЕ/мл и снижение ПССГ и эстрадиола.

Исследование: Стероидный профиль мочи характеризовался повышением уровня An, Et, DHEA, выраженным повышением суммы и дискриминанты ван де Калсейде. Анализ биохимических показателей крови показал отклонения со стороны углеводного и жирового обмена, которые характеризовались достоверным повышением ИРИ и индекса НОМА-IR, холестерина и ЛПНП. СГТТ выявил и подтвердил наличие ИР. В результате проведения себометрии было установлено, что продукция кожного сала была увеличена во всех точках и достоверно на коже лба, а также на коже подбородка. Анализ психологических отклонений показал различные результаты в зависимости от уровня пролактина. Наиболее часто регистрировались раздражительность, нарушение сна, которое проявлялось диссомнией и снижением активности и продуктивности в повседневной деятельности у работающих больных, повышение тревожных состояний при бессоннице и приступы апатии. Неуверенность в себе и нарушение пищевого поведения регистрировалось у каждой третьей пациентки. Аффективные расстройства были констатированы у 88,89% женщин в виде эпизодов депрессии и тревожных расстройств средней степени.

После всестороннего обследования проводилась монотерапия с использованием препарата, содержащего каберголин в дозе 0,5 мг в неделю в течение 1 года. Под влиянием лечения были зарегистрированы выраженные клинические результаты. Снижение количества закрытых комедонов достоверно уменьшилось только к 12 месяцам наблюдения, а открытых – к 9 месяцам лечения. Уменьшение количества воспалительных элементов происходило более интенсивно, и достоверные различия были зафиксированы уже через 3 месяца терапии. Лечебный эффект через год был достигнут у 88,89% пациенток. Снижение выраженности гирсутизма составило 20,58%, и нормализация антропометрических показателей проявлялась снижением ИМТ за счет уменьшения процента жира. Клиническая эффективность была обусловлена нормализацией показателей гормонального фона за счет снижения ФСГ, ЛГ, Т, ДГЭА-С, пролактина, 17-ОНП, инсулина, ИФР1 и повышения эстрадиола и ПССГ. Также нормализовались показатели стероидного профиля мочи, биохимические данные липидного и углеводного обменов, что проявлялось достоверным снижением холестерина и ЛПНП, а также инсулина и НОМА-IR. Применение каберголина в качестве монотерапии устранило явление ИР, что проявлялось достоверным снижением базального и стимулированного ИРИ. Измерение секреции кожного сала показало достоверное снижение продукции кожного сала во всех точках измерения в среднем на 29,05% от исходного уровня.

Резюме: Таким образом, нормализация параметров гормонального статуса, липидного и углеводного обменов в значительной степени способствовала устранению у женщин с ГПРл проявлений акне.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СИФИЛИСА С В-ЛИМФОМОЙ КОЖИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Голоусенко И.Ю., Глебова Л.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

В-клеточные злокачественные лимфомы кожи (ВЗЛК) представляют собой разнообразную группу заболеваний, обусловленных пролиферацией в коже лимфоцитов с измененным геномом, и составляют примерно 25% от всех кожных лимфом. Проявления при отдельных формах отличаются клиническим разнообразием и могут быть представлены единичными или сгруппированными узелками, узлами сферической формы, инфильтрированными бляшками, пятнами розовато-синюшного цвета. При ВЗЛК высокой степени злокачественности (ранее ретикулосаркоматоз Готтрона) процесс начинается с появления пятен синюшного цвета, которые в течение нескольких месяцев превращаются в бляшки, а затем узлы, которые изъязвляются. Нередко отмечается поражение внутренних органов. Такие формы ВЗЛК составляют 1–3% всех лимфом и отличаются неблагоприятным прогнозом. Дифференциальная диагностика таких лимфом является трудной задачей, так как они схожи, особенно в начале заболевания, с опухолевыми формами Т-лимфом кожи, лейкомидами, саркоидозом, лепрой, глубокими микозами. Мы наблюдали больного, у которого впервые появились пятнистые высыпания красного цвета на коже левой голени. Через 10–14 дней на месте пятен образовались эрозивно-язвенные элементы. Дерматологом был поставлен диагноз «хроническая экзема» и назначено местное лечение гормональными мазями. В связи с ухудшением кожного процесса – появлением множественных язв на коже левой голени, плотных узлов и пятен на коже верхних конечностей и бедер – обратился к сосудистому хирургу, был обследован перед госпитализацией, и были выявлены положительные серореакции на сифилис: РМП-отр., РПГА 4+ 1:320; ИФА положительно 11,7, IgG обнаружен – 6,6; РИФ 3+/4+; РИБТ 59%. Последний раз был обследован на сифилис в 2012. Серологические реакции были отрицательными. Имеет случайные половые связи. После этого был направлен в стационар клиники им. В.Г. Короленко для уточнения диагноза. При серологическом обследовании: РМП-1+, РПГА 4+ 1:640; ИФА положительно 14,0, IgG обнаружен – 4,1; РИФ 4+/4+; РИБТ 70%. Первоначально был поставлен диагноз третичного сифилиса и язвенно-некротического васкулита? Однако проведенная терапия антибиотиками (цефтриаксон, доксициклин) не привела к положительной динамике кожного процесса, и с предполагаемыми клиническими диагнозами гуммозный сифилид? туберкулома? глубокий микоз? проведена диагностическая биопсия из двух видов высыпаний, которая не обнаружила морфологических признаков третичного сифилиса и изменила диагноз на В-лимфому кожи. При иммуногистохимическом исследовании, проведенном для уточнения диагноза, были получены следующие результаты: лимфоциты инфильтрата имеют фенотип CD20+, Bcl -2+, Bcl-6-CD30-, CD21-. Отмечаются рестрикция по Lambda-цепи В-клеточного рецептора, примесь CD3+ активных лимфоцитов. Индекс пролиферации по Ki67 –

30%, что более всего соответствует первичной кожной В-крупноклеточной лимфоме. Больной был выписан для продолжения лечения у онкогематолога с основным диагнозом: ВЗЛК высокой степени злокачественности, сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний. Данный случай свидетельствует о том, что диагностика ВЗЛК в условиях дерматовенерологического учреждения представляет собой трудную задачу, т.к. встречаются не часто, а отдельные формы крайне редко, схожи со многими заболеваниями и в диагностический комплекс должны быть включены клиническое, лабораторное, инструментальное исследования.

STAT4 – ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Грекова Е.В., Олисова О.Ю., Алексеева Е.А., Залетаев Д.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова, Лаборатория медицинской генетики Института молекулярной медицины, Москва

Грибовидный микоз (ГМ) является наиболее частым заболеванием среди Т-клеточных лимфом кожи (85–90%). На ранних стадиях ГМ дифференциальная диагностика достаточно сложна ввиду клинического сходства с некоторыми доброкачественными воспалительными дерматозами: псориазом, экземой, нейродермитом, красным отрубевидным лишаем Девержи. Наименее информативной в диагностическом плане является пятнистая стадия ГМ, дифференциальная диагностика которой проводится в первую очередь с мелко- и крупнобляшечным параспориозом. Достоверность диагноза ГМ, подтвержденного только клиническими, гистологическими и иммуногистохимическими признаками, составляет 50–75%. Молекулярно-генетические исследования, проведенные в последние годы, убедительно доказывают роль генетических факторов в инициации злокачественного процесса и развития опухоли.

Целью исследования явилось изучение генетических маркеров (FOXP3, STAT4, IL-12 В) для ранней диагностики грибовидного микоза.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 42 пациента с ГМ и бляшечным параспориозом (БП), получавших терапию на базе Клиники кожных и венерических болезней им. В.А.Рахманова и ФГБУ «НМИЦ гематологии». Группу больных ГМ составили 29, группу больных БП – 13 пациентов, группу контроля – 10 здоровых лиц. Объектами исследования были пораженные участки кожи больных ГМ, БП и здоровых лиц. Для подтверждения диагноза ГМ проводили клинический осмотр; морфологическое исследование кожи (нередко неоднократное); иммуногистохимический метод (ИГХ) исследования кожи с изучением иммунофенотипов β F1+, CD3+, CD4+, CD5+, CD7+, CD8+, CD45RO+ и индекса пролиферативной активности Ki-67; молекулярно-генетический метод с определением клоальности по реаранжировке гена γ -цепи Т-клеточного рецептора с помощью ПЦР. Анализ экспрессии

генов FOXP3, STAT4, IL12B проводился методом TaqMan Real time-ПЦР.

Результаты: В ходе исследования выявлено, что уровень экспрессии гена STAT4 показал значительное (в 9 раз) повышение экспрессии мРНК транскриптов STAT4 у пациентов ГМ (166) по сравнению с больными БП (17,9; $p < 0,05$) и в 553 раза – со здоровыми лицами (0,3; $p < 0,05$). Также было отмечено статистически значимое преобладание уровня экспрессии мРНК транскриптов STAT4 у пациентов с пятнистой и бляшечной стадиями ГМ (180; 318) по сравнению с больными БП (17,9; $p < 0,05$) и здоровыми лицами (0,3; $p < 0,05$), а также его резкое снижение у пациентов с эритродермической формой ГМ (7,19). В ходе дальнейших исследований в области молекулярных и эпигенетических механизмов патогенеза JAK/STAT сигнального пути STAT4 потенциально может быть предложен в качестве терапевтической мишени при ГМ.

Выводы: Для ранней диагностики ГМ приобретает большое значение уровень экспрессии мРНК транскриптов STAT4. Включение STAT4 в список диагностических признаков повышает точность дифференциальной диагностики ГМ и БП с 59,1% до 81,8% соответственно.

ЭСТЕТИКА ЛИЦА – ВЗГЛЯД СПЕЦИАЛИСТА МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Гуляев А.А.

Центр врачебной косметологии «Эстетик Мед», Школа интегрального оздоровления и перцептивной эстетики, Тула

В современной эстетической медицине для коррекции гравитационного птоза и других возрастных изменений традиционно применяются хирургические операции (фей-слифтинг, блефаропластика, круговая подтяжка, нитевой лифтинг, SMAS-лифтинг и др.), инъекционные методы (ботулинотерапия, введение филлеров, армирование мезонитями и т.д.) и аппаратные методики (электромиостимуляция, фракционный фототермолиз, УЗ-лифтинг и пр.). Несмотря на высокую эффективность данных методов, стоит признать, что подобные вмешательства работают с симптомами (а иногда и только с одним из них), не учитывая патогенетическое влияние таких факторов, как вертикальная поза, влияние биомеханических цепей (мышечные цепи Бюске, анатомические пучки Майерса, мышечные цепочки Войта и т.п.). Само понятие «гравитационный птоз» заставляет обратить внимание на силу гравитации, ведь само положение всех сегментов человеческого тела определяется балансом гравитации и миофасциальных напряжений (Чикуров Ю.В.). В функционировании постуральной системы (П.-М. Гаже) принимают участие такие элементы, как положение нижней челюсти, осанка, состояние подошвенного апоневроза и пр. Таким образом, для создания оптимального баланса и противодействия силе гравитации нужна коррекция всех элементов постуральной системы. Кроме того, локальные лимфодренажные техники зачастую малоэффективны вследствие блокирования ближайших лимфоузлов мышечными и костными элементами, напр., при дисфункции первого ребра наблюдается выраженный регионарный лимфостаз (Вавилов М.П.).

Цель работы: показать эффективность применения глобального мануального лечения в коррекции возрастных эстетических изменений тканей лица.

Материалы и методы: Нами оценена динамика уменьшения проявлений симптомокомплекса проявлений гравитацион-

ного птоза мягких тканей лица в ходе глобального мануального лечения. Тактика лечения включала: – классический медицинский массаж тела, дифференцированный в зависимости от тонуса мышечных групп, и постизометрическую релаксацию мышц с целью коррекции миоадаптивных синдромов – мануальный магистральный лимфодренаж – миофасциальную коррекцию свода стопы и подошвенного апоневроза – остеопатическое лечение дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. На фоне проводимого лечения отмечалось: улучшение цвета лица, повышение плотности кожи лица (данные биоимпедансметрии), исчезновение венозных застоев в области лица и шеи (данные термографии), коррекция «брылей» и «второго» подбородка, изменение глубины и выраженности морщин, заломов, складок в области лица и шеи (данные сканирования кожи). По завершении коррекции постурального баланса проведен курс комбинированного мануального лечения лицевых дисфункций: миофасциальный релиз и скульптурный массаж лица. Удовлетворенность полученными эстетическими результатами составила более 80%. Высокая эффективность и патогенетическая направленность мануальных техник коррекции диктует целесообразность их применения в клиниках эстетической медицины.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ РАБОТЕ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Гуляев А.А.

Центр врачебной косметологии «Эстетик Мед», Школа интегрального оздоровления и перцептивной эстетики, Тула

Традиционно в эстетической медицине с диагностической целью используется дерматоскопия, ультразвуковые исследования, световые методы, а также различные виды анализаторов кожи, основанные преимущественно на методе биоимпедансметрии. В то же время указанных методов недостаточно, например, для объективной оценки вклада в эстетические изменения регионарных лимфостазов, позно-тонических и постуральных нарушений (напр., миоадаптивных синдромов при остеохондрозе позвоночника), дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. Так, при верхнем перекрестном синдроме голова и шея смещаются вперед относительно оси гравитации тела, что изменяет вектор воздействия на них силы гравитации и нарушает тоническое состояние мышц шеи и системы подъязычной кости, что также приводит к регионарному лимфостазу.

Цель нашей работы состояла в показе значимости вклада в проявления эстетических изменений (в частности гравитационного птоза) постуральных и миофасциальных нарушений и внедрении в повседневную практику косметологов и эстетических хирургов доступных и в то же время объективных диагностических инструментов.

Материалы и методы: Обследована группа из 40 пациентов с проявлениями гравитационного птоза мягких тканей лица, ранее не прибегавших к хирургическим и инвазивным косметологическим методам омоложения. В качестве диагностических методов использовались: калиперометрия, инфракрасная термография, функциональное мышечное тестирование и стабилметрия. Калиперометрия – механический метод измерения толщины локальной кожно-жировой складки. Позволяет объективно выявить наличие (или отсутствие) локального избытка подкожно-жировой клетчатки и решить вопрос о целесообразности

применения методов липолиза, а также оценить динамику в случае проведения. Инфракрасная термометрия и термография – методика измерения теплового (инфракрасного) излучения из поверхностных слоев кожи, где располагается поверхностная сосудистая сеть. Наличие участков термоасимметрии позволяет выявить, помимо наличия воспалительных процессов и ангиопатий, регионарные лимфостазы и наличие миофасциальных дисфункций, в частности дисфункциональной височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, методика позволяет быстро и качественно оценивать динамику лечения. Функциональное мышечное тестирование – самый доступный и незаслуженно редко применяемый метод диагностики. Не требующий никаких дополнительных инструментов, кроме рук специалиста и соответствующих знаний. Важность этого метода для специалистов эстетической медицины сложно переоценить. Помимо объективной оценки состояния (тонус, функциональность, подвижность, наличие дисфункций и т.п.) лицевых мышц, что позволит решить вопрос о целесообразности, например, электростимуляции и выбрать точки наложения электродов, выбрать верную «мишень» для ботулинотерапии и пр., данная методика позволяет быстро и качественно оценить состояние скелетной мускулатуры и выявить те самые миоадаптивные синдромы, вклад которых в формирование гравитационногоптоза мягких тканей лица за счет изменений постуры не вызывает сомнения. Стабилометрия – исследование позы и равновесия человека с помощью стабилометрической платформы. Дополняет, обогащает и еще более объективизирует метод функционального мышечного тестирования в направлении оценки постральных нарушений и вклада силы гравитации в эстетические изменения тканей лица. Развитие метода компьютерной стабилометрии в настоящий момент привело к тому, что из сложного метода оценки функции равновесия был создан простой, быстрый и объективный метод определения функционального состояния человека. На сегодняшний день любому специалисту доступны портативные стабилометрические платформы и простые самообучающие компьютерные программы оценки. В результате исследования у всех обследованных нами пациентов выявлены нарушения позы и равновесия (постуральные синдромы), в 40% случаев также выявлены дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. После проведенного комплексного консервативного лечения (массаж, остеопатия, ЛФК) миофасциальных проблем были получены выраженные эстетические изменения (коррекция «брылей» и «второго» подбородка, уменьшение до полного исчезновения «колец Венеры», изменение глубины и выраженности носогубных складок и пр.). Таким образом, мы считаем абсолютно оправданным включение данных методов в программы подготовки специалистов эстетической медицины и их повседневную деятельность.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЭФФЕРЕНТНЫМИ МЕТОДАМИ

Гуляев А.А.

Тулская областная клиническая больница, Школа интегрального оздоровления и перцептивной эстетики, Тула

Системная красная волчанка – одно из наиболее тяжелых и часто встречающихся заболеваний из группы диффузных болезней соединительной ткани, характеризующееся обра-

зованием широкого спектра антител к собственным тканям с депонированием аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов в органах и тканях, что приводит к их повреждению. Нередко тяжелое течение заболевания осложняется такими состояниями, как сепсис, вторичный менингит, трофические нарушения различной локализации и степени выраженности. Больная Л., 46 лет, поступила в палату интенсивной терапии. Диагноз при поступлении: СКВ, хроническое течение, с поражением сосудов (рецидивирующие трофические язвы голеней), кожи, почек (люпус-нефрит); вторичный гнойный менингит; сепсис. Сопутствующие заболевания: герпетическая инфекция. Пациентке проводилась антибактериальная, сосудистая, дезинтоксикационная, гормональная терапия. На фоне проводимого лечения состояние больной без положительной динамики. После совместного осмотра профильных врачей и гемохирурга назначено лечение в отделении гравитационной хирургии крови. Проведены 2 сеанса перфузии крови через фрагменты ксеноселезенки в объеме по 1200 мл крови и инфузия перфузата ксеноселезенки в объеме 400 мл. После первого сеанса перфузии состояние больной улучшилось, озноб уменьшился, температура тела снизилась до 37,5, начался регресс герпетических высыпаний. Второй сеанс перфузии проведен через 3 суток. Состояние больной значительно улучшилось, температура тела снизилась до 37,1, появился хороший аппетит, регрессировали герпетические высыпания. В дальнейшем состояние больной с положительной динамикой, пациентка в относительно удовлетворительном состоянии переведена из ПИТ в профильное отделение и в дальнейшем была выписана из больницы. Трижды бралась кровь на стерильность, в двух случаях высевался эпидермальный стафилококк, при третьем посеве кровь стерильна. Повторная госпитализация через 5 лет по экстренным показаниям. Диагноз при поступлении: СКВ, хроническое течение с поражением сосудов (рецидивирующие трофические язвы голеней, капилляриты, ливедо-вакулит), кожи (эритематозная сыпь), почек (люпус-нефрит). Лечение: нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды, местное лечение, назначения сосудистого хирурга, один сеанс терапевтического плазмафереза, один сеанс гемосорбции. В течение следующего года дважды госпитализирована в отделение ревматологии. Диагноз при госпитализации: СКВ, хроническое течение с поражением сосудов (рецидивирующие трофические язвы голеней, капилляриты, ливедо-вакулит), кожи (эритематозная сыпь), почек (люпус-нефрит). Лечение: НПВП, ГКС, местное лечение, назначения сосудистого хирурга, 2 сеанса терапевтического плазмафереза. Очередная госпитализация в отделение ревматологии через год. Диагноз при госпитализации: СКВ, хроническое течение с поражением сосудов (рецидивирующие трофические язвы голеней, капилляриты, ливедо-вакулит), кожи (эритематозная сыпь), почек (люпус-нефрит). Консервативная терапия, сеансы терапевтического плазмафереза без четкого эффекта. В программу терапии решено включить озонотерапию. Проведено 5 процедур большой аутогемоозонотерапии по стандартной схеме. На фоне лечения – клинико-лабораторное улучшение, включая регресс кожных проявлений и трофических нарушений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Через год госпитализирована в отделение гнойной хирургии с диагнозом: Трофические язвы голеней. В области голеней имеются несколько трофических язв размерами до 10х5, с гиперемией окружающих кожных покровов, некротическим налетом. (В 2001 г. – аутопластика кожным лоскутом, в дальнейшем – консервативное лечение при госпитализациях в отделение ревматологии). При посеве – флора, устойчивая к подавля-

ющему большинству антибиотиков. Проведенное лечение: перевязки, антибиотикотерапия, витаминотерапия, обезболивающие, сосудистые препараты. После консультации гемхирурга назначен курс большой аутогеомозонотерапии: 6 процедур с интервалом в 1–2 дня. На фоне проведенного лечения произошла самостоятельная эпителизация язв за счет краев раны. Таким образом, курсы эфферентной терапии (терапевтический плазмаферез, большая аутогеомозонотерапия) являются клинически оправданными в лечении осложненных форм системной красной волчанки.

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА В ЭСТЕТИКЕ ТЕЛА

Гуляев А.А., Гринев С.Л.

Международный обучающий центр «Bestbody-academy», Москва, Центр врачебной косметологии «Эстетик Мед», Школа Интегрального Оздоровления и Перцептивной Эстетики, Тула

Рынок «суперфудов», нутрицевтиков и БАДов растет с каждым днем. Ассортимент продукции такого рода становится все более обширным. Ряд косметических брендов расширяет спектр своей продукции, выпуская новые БАДы. Некоторые из них – всего лишь дань моде, некоторые действительно работают. Одним из несомненных лидеров является коллаген.

Цель: В эстетической медицине известны препараты коллагена в форме инъекций для коррекции рубцов и атрофических изменений кожи. В то же время еще в исследованиях Oesser S. и соавт. в 1999 г. было показано, что гидролизат коллагена всасывается в желудочно-кишечном тракте, пребывает в крови частично в малой пептидной форме и депонируется в коже в течение 96 ч. Нашей задачей было доказать эффективность перорального приема препаратов коллагена у пациентов различных групп.

Материалы и методы: В качестве нутрицевтика мы использовали спортивную добавку с гидролизатом коллагена (гидролизированные пептиды коллагена 1 и 3 типов), дополнительно содержащую в небольших количествах витамин С (50 мг на 1 г коллагена) и гиалуроновую кислоту (50 мг на 1 г коллагена). Витамин С обуславливает адекватный синтез коллагена в организме, а гиалуроновая кислота является своего рода «цементом», скрепляющим волокна коллагена. Рекомендованная суточная дозировка составляла от 2 до 4 г гидролизата коллагена. Добавка была назначена пациентам, обратившимся по поводу коррекции фигуры (жалобы на «целлюлит» или «дряблость» кожи) и имеющим визуальные признаки гипотонии (гипотрофии) кожи, подтвержденные данными биоимпедансметрического исследования кожи. Пациенты были разделены на 3 группы: • пациенты, принимавшие гидролизат коллагена на фоне курса процедур термолифтинга • пациенты, принимавшие гидролизат коллагена на фоне проведения процедур LPG-массажа • пациенты с выраженной гипотрофией кожи, имеющие противопоказания для проведения физиопроцедур, получавшие добавки с гидролизатом коллагена.

В результате исследования во всех группах отмечены визуальные изменения (улучшение рельефа и увлажненности кожи), а также повышение эластичности согласно инструментальным данным. Наилучшие результаты отмечены в первой группе, чуть меньшие (не статистически значимо) – во второй. В третьей группе отмечались меньшие изменения, чем в первых двух. В то же время такое сравнение не является достаточно объективным, так как в третьей

группе имелись более выраженные изначально изменения. Таким образом, мы считаем применение добавок на основе гидролизата коллагена важным звеном в эстетической коррекции гипотрофических изменений кожи.

К ПРОБЛЕМЕ КОИНФЕКЦИИ СИФИЛИСА И ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Денисова Е.В., Ливощенко Е.П., Каткова К.В., Васильева А.Ю., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Москва

В последнее время отмечается рост числа случаев сифилиса как части микст-инфекции, в частности с ВИЧ. Эпидемиологический процесс ВИЧ-инфекции по большинству характеристик сходен с таковым при сифилисе. Данное сходство касается источников инфекции, путей передачи и условий, приводящих к заражению, а также групп риска заражения. Удельный вес ВИЧ-инфекции среди больных сифилисом варьирует в зависимости от изучаемой группы от 3% в общей популяции до 75% в популяции потребителей инъекционных наркотиков и 90% среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Наличие у пациента одновременно сифилиса и ВИЧ-инфекции увеличивает риск передачи ВИЧ в 2,3–8,6 раза. По данным исследования Коробко А.В. и соавторов, удельный вес ВИЧ-инфекции у пациентов, получивших стационарное лечение по поводу сифилиса, составил в среднем 5,22%. При этом ВИЧ-инфекция была выявлена впервые во время госпитализации для лечения сифилиса у половины пациентов. В структуре заболеваемости сифилисом более половины случаев приходилось на ранние манифестные формы – первичный и вторичный сифилис (60,26%), а доля нейросифилиса – 14,42%, причем преимущественно ранний нейросифилис. Необходимо отметить, у большинства ВИЧ-инфицированных больных имеет место обычное клинико-серологическое течение сифилиса, который поддается адекватной терапии. При длительном течении ВИЧ-инфекции, даже при отсутствии выраженного иммунодефицита, риск развития тяжелых и необычных проявлений сифилиса увеличивается. Однако в небольшом проценте случаев у ВИЧ-инфицированных больных, особенно с умеренным или выраженным иммунодефицитом, клиническая картина, течение, динамика серологических реакций и эффективность адекватной терапии сифилиса резко изменяются. Стоит обратить внимание, что зачастую клиническая картина сифилиса у ВИЧ-инфицированных при первичном сифилисе представлена в виде болезненного твердого шанкра, что чаще всего обусловлено суперинфекцией золотистым стафилококком. В клинике вторичного периода сифилиса преобладают папулезные элементы, склонные к слиянию и локализации на лице. Часто возникает картина злокачественного сифилиса, характеризующегося пустулезными сифилидами и выраженными общими явлениями: лихорадкой, слабостью, головной болью и т. п. Возможно так называемое галопирующее течение сифилиса, когда на фоне вторичных сифилидов появляются высыпания третичного периода сифилиса (бугорки, гуммы). Возможно развитие третичного и нейросифилиса в течение первого года болезни сифилисом. Наш опыт терапии сифилиса у больных ВИЧ-инфекцией показывает, что терапевтическая эффективность пенициллина в адекватных дозах резко снижена. Рецидивы и нейроси-

филис часто появляются после полноценного лечения. Всем больным ВИЧ-инфекцией, заразившимся сифилисом, независимо от стадии сифилиса, необходимо исследовать ликвор и проводить лечение по схемам терапии нейросифилиса. Коинфекция ВИЧ/сифилис в эпидемическом плане представляет сложную и опасную комбинацию. В дерматологических стационарах все пациенты с сифилисом проходят обследование на ВИЧ и гепатиты, однако пациенты с ВИЧ-инфекцией не всегда обследуются на ИППП, а симптомы нейросифилиса расценивают как проявления ВИЧ-инфекции. Таким образом, следует уделять пристальное внимание скринингу ВИЧ-инфицированных пациентов.

СЛУЧАЙ ЛИСТОВИДНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

Денисова Е.В., Плиева К.Т., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Москва

Листовидная пузырьчатка (ЛП) характеризуется неспецифичными высыпаниями по телу в начале заболевания, которые напоминают различные дерматозы – себорейный дерматит, экзему и др. Чаще страдают люди в возрасте от 20 до 40 лет. Различают sporadicкую и эндемическую ЛП. Встречаемость различается в зависимости от географического региона, но в среднем составляет от 1 до 5 случаев на миллион человек в год. В Европе и США наиболее распространена sporadicкая ЛП. ЛП обычно локализуется на лице, волосистой части головы, верхней части спины и груди. Пузыри появляются в верхних слоях эпидермиса, поэтому они очень хрупкие и редко остаются нетронутыми. Для ЛП характерно повторное образование пузырей под корками на месте прежних эрозий. При локализованной форме очаги на лице часто напоминают очаги красной волчанки. При генерализации состояние больного резко ухудшается, повышается температура, присоединяется вторичная инфекция, развивается кахексия. На туловище появляются типичные круглые эрозии диаметром до 2 см, которые покрываются корками и заживают, не образуя рубца, хотя типична поствоспалительная депигментация. В некоторых очагах присутствует гиперкератоз. Изъязвление слизистых встречается редко. Диагностируется ЛП на основании гистологического исследования и иммуноферментного анализа на специфические антитела desmoglein (Dsg1 и Dsg3). В качестве примера приводим историю болезни пациента Б., обратившегося по месту жительства по поводу высыпаний на коже нижних конечностей. Дерматологом по месту жительства был диагностирован «буллезный пемфигоид», направлен на стационарное лечение. При обследовании обнаружены антитела Anti-Desmoglein 1 IgG. Гистологическая картина следующая: Эпидермис с явлениями эозинофильного спонгиоза, наличием субкорнеальных щелевидных полостей, заполненных нейтрофилами, эозинофилами и единичными акантолитическими клетками. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью эозинофилов и нейтрофилов инфильтраты. Гистологические изменения соответствуют листовидной пузырьчатке. Выставлен диагноз: Листовидная пузырьчатка. При последующих обращениях по месту жительства выставялся диагноз Экзема, Герпетиформный дерматит Дюринга, Буллезный пемфигоид, так как клиническая картина больше

соответствовала вышеперечисленным нозологиям. При последней госпитализации повторное гистологическое исследование вновь подтвердило диагноз листовидной пузырьчатки. Тем самым мы хотели бы обратить внимание на необходимость тщательного изучения анамнеза и при неясных клинических проявлениях дерматозов проводить гистологические исследования для подтверждения диагноза и назначения адекватной терапии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКОВ

Добrorодная Ю.Г., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Маркова М.Н.

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

Среди различных этиопатогенетических факторов в развитии псориаза важную роль играют психоэмоциональные механизмы. Отнесение этого дерматоза к психосоматическим заболеваниям основано на огромном клиническом материале, позволяющем проследить первичную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией псориаза. Пути реализации нейрокутаных воздействий во многом остаются неясными и требуют дальнейшего изучения. Как известно, рецидивирующее течение псориаза негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии больных, порождая проблемы быта, учебы, межличностных отношений, затрудняет досуг. В предпринятом нами исследовании приняли участие 30 подростков. Из них 12 юношей и 18 девушек, в возрасте от 11 до 17 лет, с диагнозом «псориаз обыкновенный», находившихся на стационарном лечении в филиале «Коломенский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы». Псориаз у них был в прогрессирующей стадии и носил распространенный характер, с поражением кожи волосистой части головы, туловища, конечностей, и отличался торпидностью течения. Обострение заболевания у 10 больных наблюдалось в осенне-зимнее время, у остальных 20 пациентов – в весенне-летнее, или его течение не зависело от сезона. У 22 больных была выявлена сопутствующая патология: угри, поллиноз, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит, тиреоидит, вазомоторный ринит, тонзиллит, СВД. У 6 пациентов отмечалась избыточная масса тела, у троих – ожирение I-III степени. Провоцирующие факторы у 55% наблюдаемых подростков носили психоэмоциональный характер. Отмечались классические клинические проявления псориаза. До поступления в стационар больные часто использовали ГКС-кремы и мази с временным положительным эффектом. У большинства пациентов были обнаружены существенные различия в способности противостоять стрессам. Так, 55% из них появление и развитие псориаза связывали с психоэмоциональными потрясениями, а 42% – с выраженными негативными эмоциями. Существенную роль играли неспецифические психологические отягощающие ситуации. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности отмечено у подростков, страдающих пси-

риазом. Обостренная восприимчивость к реакциям окружающих, подчас унижающих жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью, боязнью заражения, усугубляют эмоциональную напряженность этих пациентов. Состояние подозрительности и настороженности толкает их на путь негативизма и социальной изоляции. По мере улучшения психологического состояния больных в процессе терапии отмечено снижение интенсивности симптоматики псориаза. Таким образом, полученные нами результаты исследования указывают на влияние психогенных факторов на возникновение и течение псориаза. Несомненную роль при этом играет предшествующая невротическая симптоматика, часто с выраженным расстройством депрессивного круга. Хронический эмоциональный дискомфорт с переживанием чувства недовольства собой, эмоциональной напряженностью, беспокоеством, тревожным ожиданием приобретает форму патогенного фактора. Применение системной семейной терапии в рамках комплексного подхода при терапии псориаза можно считать достаточно эффективным методом, что требует проведения дополнительных исследований.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И РОЛЬ КОПИНГА У ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ В МИНСКЕ

Ерыгина Е.С., Панкратов О.В.

*Белорусская медицинская академия
последипломного образования, Минск*

Сифилис является психологической травмой и влияет на качество жизни (КЖ), которое позволяет определить влияние болезни на физическое и психоэмоциональное состояние человека. Цель настоящего исследования состояла в изучении влияния заболевания на качество жизни пациентов с сифилисом с учетом их реагирования и выбора копинг-стратегии.

Задачи исследования: 1. Изучить показатели качества жизни у пациентов с сифилисом. 2. Изучить особенности КЖ в зависимости от клинической формы сифилитической инфекции. 3. Установить связь степени реагирования на болезнь с уровнем психологического благополучия. 4. Изучить влияние копинг-стратегий на качество жизни пациентов.

Дизайн исследования: Исследование проводили в 2014–2018 гг. на базе Учреждения здравоохранения «Городской клинический КВД» г. Минска. Под наблюдением находились 240 пациентов с сифилисом. Контрольную группу составили 200 лиц без серьезной патологии. Оценку КЖ проводили с использованием опросника MOS SF-36, состоящего из 8 шкал, объединенных в 2 блока – Физическое здоровье (PH) и Психологическое благополучие (MH). Оценку путей преодоления стресса осуществляли с помощью опросника «ИСПЭС: индикатор стратегии преодоления эмоционального стресса», который позволяет выявить ведущую копинг-стратегию – Прямое совладание (ПС), Поиск социальной поддержки (ПСП) или Избегание проблемы (ИП).

Результаты и обсуждение: Среди опрошенных пациентов были 131 мужчина и 109 женщин. Средний возраст составлял $35 \pm 11,7$ года (min/max=16/78 лет). У всех пациентов диагноз сифилиса был выставлен впервые: первичный сифилис – у 11 человек, вторичный сифилис кожи и слизистых – у 46, скрытый ранний сифилис – у 104, скрытый поздний сифилис – у 79 человек. Сравнительный анализ оценки КЖ в исследуемой и контрольной группах не выявил значимых различий по шкалам PH ($p < 0,001$). Суммарный показатель MH у больных

сифилисом был ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Его снижение обусловлено низкими оценками шкал «Психологическое здоровье» (MHth) ($p < 0,001$) и «Социальное благополучие» (SF) ($p < 0,001$). Наблюдались различия ряда шкал в зависимости от клинической формы заболевания: уровень КЖ был ниже у лиц с манифестным сифилисом по шкалам MHth ($p < 0,01$), SF ($p < 0,01$). Показатели шкал «Эмоциональное функционирование» (RE), «Жизненная активность» (VT), «Психологическое здоровье» (MHth), «Социальное функционирование» (SF), «Общее здоровье» (GH) были ниже у больных ранним сифилисом. Согласно результатам опроса, 85 человек испытали стресс при выставлении им диагноза, 82 респондента сообщили, что пережили стресс, но быстро с ним справились, остальные 73 пациента отреагировали спокойно. При изучении параметров КЖ показатели шкал PH во всех группах существенно не отличались ($p > 0,05$). При сравнении показателей MH в группе перенесших сильный стресс наблюдались более низкие уровни КЖ шкал RE ($p < 0,05$), VT ($p < 0,01$), MHth ($p < 0,01$), SF ($p < 0,05$). Респонденты из группы быстро справившихся со стрессом демонстрировали более низкие показатели шкал VT ($p < 0,05$), MHth ($p < 0,05$). Более низкие показатели MH отмечены у лиц с ИП ($p < 0,05$) и лиц, ориентированных на ПСП ($p < 0,01$). В группе пациентов с преобладанием ПС большинство показателей были сравнимы с контрольными. Исключение составила шкала MHth, где среднее значение было ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,01$), но выше, чем в двух других группах сравнения. Пациенты, ориентированные на ПСП, демонстрировали более низкий уровень КЖ по шкалам RE ($p < 0,01$) и MHth ($p < 0,01$). Лица с преобладанием ИП имели более низкие значения шкал RE ($p < 0,05$), MHth ($p < 0,01$).

Закключение: 1. Показатели физического здоровья при сифилисе остаются без изменений, в то время как уровень психологического благополучия существенно снижается ($p < 0,001$), что отражается на качестве жизни пациентов с сифилисом. 2. Форма клинического течения болезни оказывает влияние на показатели психологического здоровья: манифестация заболевания коррелирует со снижением уровня психологического и социального благополучия ($p < 0,01$). 3. Выражено влияние заболевания как стрессового фактора на психологическое здоровье и социальное функционирование ($p < 0,01$ и $p < 0,05$). 4. Ориентирование на прямое совладание более благоприятно отражается на психоэмоциональном и социальном благополучии пациентов с сифилисом ($p < 0,05$), а избегающее поведение оказывает негативное влияние на вышеуказанные показатели ($p < 0,05$). 5. Необходим поиск методик психологической адаптации у пациентов с сифилисом с учетом выраженности реакции на стресс и совладающего стиля поведения.

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА (ПСОРИАЗ ИЛИ БОЛЕЗНЬ ДЕВЕРЖИ У РЕБЕНКА)

**Жарикова П.С., Попов И.В., Гребенюк В.Н.,
Заторская Н.Ф., Бобров М.А.**

*Филиал «Коломенский» Государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Московский научно-практический Центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы», Москва*

Обычно диагноз «Псориаз» ставится на основании осмотра и анамнеза. При возникновении определенных трудностей обычно проводят гистологическое исследо-

вание кожи с целью дифференциальной диагностики, в том числе и с болезнью Девержи (БД). Наблюдавшийся нами случай представляет определенный клинический интерес как пример трудного диагноза в практике дерматолога. Псориаз характеризуется первичными морфологическими элементами – папулами ярко-розового, красного цвета, сливающимися в бляшки, покрытыми серебристо-белыми чешуйками, которые легко отторгаются при поскабливании, а также псориазической триадой симптомов. БД отличает фолликулярный кератоз и желтовато-оранжевый оттенок цвета папул, а также «симптом терки». История развития настоящего заболевания: со слов матери, первые высыпания появились в 2015 году на коже подмышечной области на фоне сильного эмоционального стресса. Педиатр назначил тридерм с временным положительным эффектом. В августе 2017 г. дерматологом по месту жительства поставлен диагноз «Вульгарный псориаз(?)». Амбулаторное лечение (мази элоком, белосалик, акридерм, тридерм) с кратковременным положительным эффектом. Настоящее обострение в течение 1 месяца. Была госпитализирована в дневной стационар филиала «Коломенский», где прошла лечение (Реамберин, клемастин, глицин, эслидин, левокарнитин, наружно: элоком С, 2% серно-салициловая мазь, 3% паста АСД, белосалик лосьон) с кратковременным положительным эффектом. В связи с остротой и распространенностью кожного процесса направлена на госпитализацию в суточный стационар. При поступлении в стационар патологический кожный процесс носил островоспалительный распространенный характер, локализовался на коже волосистой части головы, ушных раковин, туловища, области вульвы, верхних и нижних конечностей. На коже в/ч головы – множественные папулы, мелкие бляшки с обильным наслоением белесоватых плотных корок. Симптом Картамышева – положительный. На коже ушных раковин, туловища и конечностей – множественные папулы, бляшки с четкими границами, красноватого цвета с выраженным шелушением и выраженной инфильтрацией; множественные фолликулярные гиперкератотические папулы, приуроченные к сально-волосным фолликулам. При пальпации определяется «симптом терки». Местами – геморрагические корки в пределах очагов. Псориазическая триада – сомнительная. На коже кистей и стоп участки гиперкератоза. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Дермографизм розовый нестойкий. В биохимическом анализе крови повышение уровня АСЛ-О (468,3 МЕ/мл). Результаты других лабораторных и инструментальных исследований без особенностей. С целью уточнения диагноза пациентке была проведена диагностическая биопсия кожи: «Эпидермис со слоистым ортогиперкератозом, участками компактного параке-ратоза, незначительным акантозом. В верхних отделах дермы слабовыраженные периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Заключение: гистологические изменения могут наблюдаться при болезни Девержи (нефолликулярном элементе кожной сыпи). С учетом слабой выраженности нозологически специфичных изменений для уточнений диагноза рекомендуется повторная биопсия». После курса стационарного лечения (0.9% раствор хлорида натрия, 10% глюконат кальция, клемастин. Наружно: 1% водный раствор метиленового синего, 2% нафталановая паста, бетаметазон мазь, 4% крем с мочевиной, 2% салициловая мазь, 2% салициловый крем на волосистую часть головы. Физиотерапевтическое лечение: УФБ 311, ванны с оксидатом торфа. Отмечалось побледнение элементов, уплощение и смягчение фолликулярных папул, общая тенденция высыпаний к регрессированию. Несмотря на положительный ответ на терапию,

исчезновение красно-оранжевого оттенка высыпаний и смягчение фолликулярного кератоза, фактически диагноз «Болезнь Девержи» исключить нельзя и в настоящий момент, поэтому остается наблюдать за развитием заболевания в динамике, возможно с проведением повторной биопсии в старшем возрасте.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМОЙ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ПО ГОРОДУ МОСКВЕ ЗА 2015–2017 ГГ., ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ

Жукова О.В., Новожилова О.Л., Кисина В.И., Мельниченко О.О., Захарова А.Б., Скворцова А.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), подлежат обязательной статистической регистрации в соответствии с учетной формой № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилис, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки» (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.03.2015 № 13–2/25, приказ Управления Роспотребнадзора по городу Москве от 16.03.2018 № 29 «О порядке регистрации случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в городе Москве»).

Цель исследования: Провести ретроспективный анализ заболеваемости бактериальными и вирусными ИППП в городе Москве за период 2015–2017 гг.

Материалы и методы: Данные федеральной статистической отчетности за период 2015–2017 гг.: формы федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» (форма № 9) и № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой» (форма № 34), утвержденные приказом Росстата от 29.12.2011 № 520. В 2016 году Формы № 9 и № 34 представили 146 медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы, 2 федеральных государственных бюджетных учреждения, 6 коммерческих медицинских организаций (из числа более чем 600 негосударственных медицинских организаций города Москвы). В 2017 году формы № 9 и № 34 представили 129 медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы, 15 федеральных государственных бюджетных учреждений, 16 коммерческих медицинских организаций (из числа более чем 600 негосударственных медицинских организаций города Москвы).

Результаты: В результате ретроспективного анализа официальных статистических форм отчетности в 2017 г. на территории города Москвы зарегистрировано 9823 случая ИППП (в 2016 г. – 10697, в 2015 г. – 10693), т.е. абсолютное число зарегистрированных в 2017 г. в городе Москве случаев ИППП уменьшилось на 8,2% и на 8,1% по сравнению с 2016 г. и 2015 г. соответственно. Показатели заболеваемости

мости ИППП в городе Москве за анализируемый период по отдельным нозологиям представлены следующим образом. Гонококковая инфекция: в 2017 г. зарегистрировано 294 случая, что на 26,8% и 37,9% ниже показателей 2016 г. и 2015 г. соответственно (в 2016 г. – 405, в 2015 г. – 471). Урогенитальный трихомониаз: число зарегистрированных случаев в 2017 г. составило 1156, что на 13,1% и 11,4% ниже показателей 2016 г. и 2015 г. (в 2016 г. – 1320, в 2015 г. – 1280). Урогенитальная хламидийная инфекция: в 2017 г. выявлено 1310 случаев, что на 19,7% и 38,7% ниже показателей 2016 г. и 2015 г. (в 2016 г. – 1630, в 2015 г. – 2110). Аногенитальный герпес: всего в 2017 г. зарегистрировано 1043 случая, что на 14,3% ниже показателей 2016 г. и на 27,6% ниже, чем в 2015 г. (в 2016 г. – 1206, в 2015 г. – 1411). Аногенитальные бородавки: в 2017 г. выявлено 2253 случая, что на 4,6% выше показателей 2016 г. и на 19,1% ниже показателя 2015 г. (в 2016 г. – 2152, в 2015 г. – 2744). Представленные данные свидетельствуют о том, что и в течение 2015–2017 гг. число зарегистрированных случаев как бактериальными, так и вирусными урогенитальными ИППП (за исключением аногенитальных бородавок) неуклонно снижается. Заболеваемость сифилисом: в 2017 г. зарегистрировано 3767 случаев заболевания сифилисом, что на 5,9% ниже показателя 2016 г. и на 38,8% превышает показатель 2015 г. При этом 2199 (58,4%) из 3767 пациентов составили иностранные граждане и лица без гражданства, планирующие получить патент или разрешение на работу в Российской Федерации. Выводы: В течение 2015–2017 гг. на территории города Москвы отмечена тенденция к снижению числа зарегистрированных случаев ИППП. Однако данные официальной статистики не отражают реальную картину заболеваемости ИППП. Подавляющее большинство негосударственных и ряд государственных медицинских организаций не предоставляют сведения о диагностированных ИППП; существует свободный доступ к приобретению антимикробных препаратов в связи с их безрецептурным отпуском в аптеках города; отсутствуют единые подходы к тактике ведения больных ИППП и преемственность между врачами-дерматовенерологами, акушерами-гинекологами, урологами при оказании медицинской помощи больным ИППП и другие проблемы, требующие принятия организационно-методических мер по их устранению.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВУСОВ У ПАЦИЕНТОВ ПСОРИАЗОМ: СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ФЕНОМЕНЕ ВОЛЛИНА-ШАРШМИДТА?

Жучков М.В.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областной клинический кожно-венерологический диспансер», Рязань

Целью работы было исследование невоклеточных невусов у пациентов с псориазом, как на фоне псориатических эфлоресценций, так и в рамках феномена Воллина-Шаршмидта. Материалы и методы: В исследование было включено 146 пациентов, страдающих псориазом, у которых было обнаружено и исследовано 367 приобретенных невусов (тип Кларка, Мишера и Унны). Средний возраст пациентов в исследовании составил 45,4±6,7 лет. Всем пациентам в исследовании проводилась дерматоскопическое исследование с анализом полученного изображения с помощью модифицированного анализа паттерна Киттлера. После проведения дерматоскопического исследования пациентам производи-

лась эксцизионная биопсия осмотренных очагов с последующим патогистологическим исследованием.

Результаты и выводы: Первым и наиболее важным результатом данного исследования стало подтверждение существования феномена Воллина-Шаршмидта, т.е. формирования большей части пигментных невусов у пациентов с псориазом вне псориатических эфлоресценций. В нашем исследовании были также выявлены некоторые особенности дерматоскопического изображения невусов, находящихся вне и в пределах псориатических эфлоресценций. Кроме того, различия в дерматоскопической картине между теми невусами Воллина-Шаршмидта и пигментными невусами, которые оценивались, после устранения клинических признаков псориатических эфлоресценций.

КОМПЛЕКСНАЯ БИОРЕПАРАЦИЯ И РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ КОЖИ С ПРИЗНАКАМИ СТАРЕНИЯ

Задюченко Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

В условиях влияния агрессивных факторов мегаполиса у человека после 30 лет прогрессивно развиваются изменения кожи в результате накопления свободных радикалов, истощения клеточного пула, нарушений взаимодействия между клетками, снижения синтетической способности фибробластов, что приводит к развитию фото- и хроностарения, проявляющемуся пониженным тургором, неоднородным рельефом, дряблостью и дегидратацией, тусклостью и гиперпигментацией кожи лица. На данном этапе развития косметологии наибольшей популярностью обладают мезотерапевтические пептидные препараты, на основе гиалуроновой кислоты, способные не только гидратировать дерму, но и таргетно перезапускать работу клеточных структур и сигнальных молекул, что приводит к естественному омоложению кожных покровов за счет повышения синтетической способности собственных фибробластов. Однако многие из них достаточно травматичны, имеют сезонные (весна-лето) или индивидуальные противопоказания и длительный период реабилитации.

Поэтому целью нашей работы явилась разработка эффективного комплексного метода по устранению признаков старения кожи с наименьшим повреждающим эффектом и восстановительным периодом.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 34 женщины от 37 до 49 лет (средний возраст составил 43,3 года), проживающих в условиях крупного мегаполиса, постоянно работающих. Все пациентки имели видимые клинические признаки старения I и II типа. При клиническом осмотре на коже лица регистрировалось следующее: в 12,5% случаев имели место пигментные пятна различной интенсивности и размера, в 14,2% определялся тусклый цвет лица, 17,8% сниженный тургор, 21,6% неровный рельеф и поствоспалительные пятна и в 33,9% случаев наблюдалась выраженная дегидратация и умеренно выраженные мелкие морщины. В зависимости от вида и выраженности тех или иных изменений кожи лица, пациенткам был назначен курс следующих процедур: 3–5 инъекций препарата на основе гиалуроновой кислоты с пептидными

комплексами (гиалуроновый гель с мезопептидами 2%) методом интрадермальных папулы, 4–5 процедур срединного пилинга, в состав которого входит 33% трихлоруксусная кислота, 3% перекись водорода и 5% койевая кислота. Процедуры введения геля и пилинга (техника «мезопил») чередовались между собой с интервалом 10 дней.

Результаты: Видимые изменения кожных покровов, свидетельствующие об эффективности косметологических воздействий, наблюдались в 37,8 % случаев уже после 2 процедур введения мезопептидов и 2 процедур пилинга. Клинико-эстетический эффект – значимое выравнивание рельефа, осветление пигментных пятен, восстановление тургора кожи, а также восстановление гидратации кожи – наблюдался в 42,4% после 3 процедур мезопептидов и 4 процедур пилинга. В 19,8% случаев максимальный положительный эффект наблюдался только после 5 процедур пилинга и введения мезопептидов, что, вероятно, связано с исходным состоянием кожи. Показатели вакуумной кутометрии у лиц с выраженными изменениями вернулись в пределы возрастной нормы, у других достигли верхних границ нормы. При интрадермальных инъекциях мезопептидов реабилитационный период (рассасывание папул) в среднем занял 3 дня в 55,4% случаев, 4 дня – 41,7%, а в 2,9% 5 дней. Аллергических реакций на введение препарата отмечено не было. Большинство женщин – 84,8% – срединный пилинг перенесли очень хорошо, и реабилитационный период (эритема и шелушение в месте нанесения) составил не более трех дней. У 11,3% наблюдалась эритема в области нанесения в течение 5, а у 3,9 % 6 дней.

Выводы: Сочетанное применение интрадермальных мезопептидов и срединного пилинга у лиц с признаками фото- и хроностарения позволяет в достаточно короткие сроки (в среднем 2,5 месяца) и с минимальным периодом реабилитации (3,5 дня) добиться выраженного анти-эйдж эффекта. В зависимости от кратности введения и особенно в сочетании друг с другом эти препараты способствуют более активному укреплению и обновлению дермо-эпидермальных структур, повышая синтетическую способность фибробластов и нормализуя нарушенные клеточные взаимодействия.

КОНЦЕПЦИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Зайнуллина О.Н.

Институт дополнительного профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

Определение степени тяжести атопического дерматита у детей является важным диагностическим тестом, поскольку выбор тактики лечения напрямую зависит от степени тяжести течения заболевания. Наиболее распространенный способ определения степени тяжести течения атопического дерматита – по полуколичественной шкале SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Она включает комплексную оценку трех информационных блоков: распространенность кожных поражений, их выраженность или интенсивность и субъективные симптомы. На сегодняшний день изменения кожного покрова по шкале SCORAD определяют визуально, что затрудняет суждение о глубине и степени поражения кожи и снижает эффективность назначенного

лечения, уменьшает период ремиссии и повышает количество рецидивов. В связи с этим представляется актуальной объективизация патоморфологической картины кожи неинвазивными методами, в частности методом оптической когеррентной томографии (ОКТ). Метод представляет собой оптический метод исследования и позволяет отображать структуру биологических тканей организма в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения, обеспечивая получение прижизненной морфологической информации на микроскопическом уровне. Исследования здоровой кожи человека различной локализации на основе анализа ОКТ-изображений позволяют установить, что роговой слой, клеточные слои эпидермиса, зона дермо-эпидермального соединения (зона взаимного проникновения сосочков дермы и эпидермальных выростов) и верхняя часть сетчатого слоя дермы имеют свои оптические эквиваленты и делают кожу доступной для исследования методом ОКТ. Цель работы: Разработка способа оценки тяжести течения атопического дерматита у детей методом ОКТ для выбора оптимальной топической терапии.

Материалы и методы исследования: Предложенным способом исследованы очаги воспаления у 17 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 3 до 12 лет, в том числе 8 девочек и 9 мальчиков. Давность заболевания составляла от 0,5 до 12 лет. Проводилась спектральная ОКТ очагов воспаления и путем изучения оптических слоев определяли выраженность патоморфологических изменений в коже. При обнаружении увеличения высоты 1 слоя, его неоднородности и неодинаковой высоты на всем протяжении выставлялась легкая степень тяжести заболевания; при увеличении высоты 1 и 2 слоев, снижении контраста между 2 и 3 слоями, уменьшении интенсивности сигнала в пределах 3 слоя, неоднородности 2 слоя определяли среднюю степень тяжести заболевания; при увеличении высоты 1 и 2 слоев, уменьшении контраста между 2 и 3 слоями, уменьшении интенсивности сигнала в пределах 3 слоя, уменьшении контраста между 3 и 4 слоем, неоднородности 4 слоя диагностировали тяжелую степень тяжести атопического дерматита.

Полученные результаты: воспалительный процесс по данным ОКТ-изображений соответствует более тяжелой степени заболевания, чем при визуальной оценке по шкале SCORAD. Данный способ наиболее актуален при средней и тяжелой степени тяжести атопического дерматита. Применение метода ОКТ у детей с атопическим дерматитом повышает точность оценки степени тяжести заболевания, что позволяет выбрать правильную тактику лечения, повысить ее эффективность, добиться стойкой ремиссии и предотвратить возникновение рецидивов.

ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЗОТРЕТИНОИНОМ

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Незашева Е.С., Алеева А.А., Панкова А.Н.

Филиал «Коломенский» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

На сегодняшний день акне является одной из самых частых проблем, с которой юноши и девушки обращаются к дерматологам и косметологам. Угри доставляют пациентам как физический, так и моральный дискомфорт, на-

нося при этом неизгладимый отпечаток на самооценку и как следствие приводя к различным психоэмоциональным нарушениям. В ходе проведенного анализа первичных обращений пациентов в клинко-диагностическое отделение (КДО) филиала «Коломенский» в 2017 г. отмечено, что заболевание акне занимает одну из лидирующих позиций по частоте встречаемости и является одним из актуальных для всего населения, вне зависимости от возраста и пола. Из 12763 случаев впервые обратившихся пациентов в КДО, диагноз L70 был выставлен 1162 пациентам, что составило 9% от всех впервые обратившихся пациентов и, соответственно, 13% среди группы диагнозов «L00–99 Болезни кожи и подкожной клетчатки». Это второй, наиболее часто регистрируемый в КДО диагноз среди данной группы заболеваний кожи и подкожной клетчатки, которая, по данным статистики филиала 2017 г., составила в общей сложности 66,2% всех первичных обращений. Среди возрастной группы 15–17 лет доля обратившихся с акне пациентов достигает 75%. Таким образом, наибольшее распространение проблема акне получила именно у молодежи, что связано с особенностями пубертатного возраста и патогенезом заболевания.

Нередко акне сочетается с другими кожными заболеваниями. По данным статистики филиала «Коломенский», в КДО 95% от всех случаев с диагнозом L70 составляют пациенты с тяжелой формой заболевания, из них 35% страдают сопутствующими патологиями, такими, как себорея волосистой части головы, псориаз обыкновенный, витилиго, атопический дерматит.

Подход к лечению акне является комплексным, методы терапии зависят от степени заболевания. При легком течении болезни используются наружные методы лечения, включающие в себя себорегулирующие и антибактериальные препараты. При течении заболевания в более тяжелых формах в настоящее время врачами КДО широко и успешно используются системные ретиноиды – синтетические метаболиты витамина А. Препаратом выбора является изотретиноин (роаккутан, сотрет и акнекутан). В основе его действия лежит себостатический эффект, в результате которого уменьшается размер сальной железы, снижается активность ее деятельности. Кроме того, препарат оказывает кератолитический эффект, нормализуя скорость пролиферации клеток эпителия и обеспечивая достаточное отшелушивание ороговевших чешуек. При строгом соблюдении рекомендаций, побочные эффекты изотретиноина не нарушают качество жизни больного, а положительный эффект от терапии приводит к выздоровлению. В ходе терапии изотретиноином в течение первых трех месяцев с момента лечения нами отмечалась выраженная положительная динамика по основному заболеванию с полным регрессом высыпаний к 8–9 месяцу терапии. Необходимо отметить, что, наряду с положительной динамикой основного заболевания, на фоне системной терапии изотретиноином мы отмечали выраженный клинический эффект и сопутствующих патологий, выражающийся в регрессе высыпаний себорейного дерматита, псориаза, атопического дерматита, а также снижении частоты обострений данных сопутствующих заболеваний.

Таким образом, изотретиноин обладает выраженным терапевтическим эффектом в отношении коморбидных кожных заболеваний, что является безусловным преимуществом в лечении больных дерматовенерологического профиля, так как нередко один пациент имеет в анамнезе не одно кожное заболевание.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Заторская Н.Ф., Корнят М.С., Труфанова Е.Ю., Полевщикова С.А., Попов И.В., Пилявская С.О., Маркова М.Н., Нам И.Н.

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

Известно, что дерматозы у детей имеют ряд значительных клинических особенностей по сравнению с дерматозами у взрослых. Особое место в детской практике занимают пузырьные дерматозы, в частности герпетиформный дерматит Дюринга (ГДД). ГДД редко встречается у детей. За последние 3 года в детском стационаре МНПЦДК ДЗМ зафиксировано всего 2 случая ГДД. Для данного заболевания характерна клиническая картина, представленная сгруппированными высыпаниями, в том числе пузырьками, симптом Никольского отрицательный. Лабораторно – отсутствие акантолитических клеток в мазках, отпечатках при повышенном содержании эозинофилов в пузырьной жидкости. Также прослеживается тесная связь ГДД с глютен-чувствительной энтеропатией. По данным литературы, в ряде случаев у детей, несмотря на выраженную клиническую картину ГДД, нередко отсутствуют эозинофилия, высыпания не всегда склонны к группировке, часто располагаются в области гениталий, крупных складок, у некоторых пациентов наблюдается тенденция к излечению в юношеском возрасте. В филиале «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ в июле 2018 года проводилось лечение ребенка 13 лет с диагнозом: герпетиформный дерматит Дюринга. Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 4-х лет, когда впервые появились высыпания на коже локтевых и коленных областей. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Наблюдался и лечился у дерматолога амбулаторно с диагнозом атопический дерматит, однако лечение было неэффективным. Спустя 9 месяцев гистологически и клинически был установлен диагноз герпетиформный дерматит Дюринга. Диагностическая биопсия кожи была дополнена не прямой реакцией иммунофлюоресценции, при которой вдоль базальной мембраны отмечалась фиксация IgA в виде множества четких гранул. Помимо этого ребенку была проведена биопсия двенадцатиперстной кишки: выявлена энтеропатия Marsh 2. С ноября 2015 г. проводилось лечение дапсоном с неполным положительным эффектом. Обострение кожного процесса отмечает несколько раз в год, связывает с алиментарными погрешностями, настоящее – около 3 недель назад. При госпитализации отмечается типичная клиническая картина, представленная мелкоузелковыми элементами розового цвета, единичными пузырьками диаметром 0,3–0,5 см с плотной крышкой, склонными к группировке, эрозиями на месте вскрывшихся пузырей, точечными эскориациями, геморрагическими корочками. Высыпания локализовались на коже подбородка, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, ягодиц. При обследовании ребенка цитологическим методом были обнаружены клетки, по морфологии схожие с акантолитическими, в пузырьной жидкости отмечалось высокое содержание сегментоядерных нейтрофилов (76%), эозинофилов – 1%. Эозинофилия крови (7% N:1–5%). Также в сыворотке крови методом иммунофлюоресцентного анализа определено наличие IgA к тканевой трансглутаминазе (32.636 ОЕд/мл). За время лечения в стационаре ребенок получал препарат сульфоновой группы (дапсон), противовоспалительные, антигистаминные препараты в возрастных дозировках, наружно – раствор анилинового краси-

теля, 5% паста АСД. На фоне проведенного лечения кожные высыпания регрессировали. Пациент выписан на поддерживающей терапии дапсоном под наблюдение дерматолога по месту жительства. Ребенку были даны рекомендации после выписки, включающие в себя безглютеновую диету, исключение из рациона йодсодержащих продуктов, охранительный режим. Данный клинический случай демонстрирует особенности течения и диагностики ГДД в детском возрасте, что подчеркивает необходимость определения IgA к тканевой трансклутаминазе в крови для подтверждения диагноза в случае отсутствия типичных лабораторных изменений в пузырной жидкости. Определение в сыворотке крови антител класса IgA к тканевой трансклутаминазе методом ИФА является высокоспецифичным методом в дифференциальной диагностике пузырных дерматозов.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ЦЕНТРА. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ЗА 2016–2017 ГГ. ПО ДАННЫМ ФИЛИАЛА «КОЛОМЕНСКИЙ» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ

**Заторская Н.Ф., Урлин М.В., Негашева Е.С.,
Валитова И.В., Алеева А.А., Панкова А.Н.,
Ивкин В.В.**

*Филиал «Коломенский» Государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Московский научно-практический Центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы», Москва*

1 декабря 2015 г. был создан Филиал «Коломенский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ – Детская клиника, обслуживающая детское население города Москвы и оказывающая плановую специализированную амбулаторную консультативно-диагностическую, стационарную и стационарзамещающую медицинскую помощь по профилю «Дерматовенерология». Анализ показателей консультативно-диагностической помощи в филиале «Коломенский» показал, что в целом в 2017 г. было всего 34949 посещений по поводу заболеваний, из них доля впервые обратившихся пациентов составила 36,5% (12763 человека), что составило 103,9% к аналогичному показателю 2016 года (12283). Структура заболеваемости впервые обратившихся пациентов в 2017 году по возрастным группам составила: 0–12 месяцев – 222 человека (1,7%); 1–6 лет – 4464 человека (35%); с 7 до 14 лет наибольшая группа пациентов (43%) – 5479 человек, 15–17 лет – 1663 (20,3%), взрослых – 857 человек (6,7%). По гендерному признаку пациенты поделились примерно на одинаковые группы (5876 (46%) девочек и 6887 (54%) мальчиков). В структуре заболеваемости наибольшее количество – 66,2% – пациентов пришлось на болезни кожи и подкожной клетчатки (L00–98). Наиболее часто пациенты обращались с atopическим дерматитом (L20.8) – 1780 человек (14% всех обратившихся); с различными формами акне (L70) – 1162 человека (9%); с дерматитами, осложненными вторичной инфекцией и инфекционными дерматитами (L30.3), – 776 человек (6%). Инфекционные заболевания (A00–B99) зарегистрированы были у 18% всех обратившихся. В структуре данной заболеваемости из 2314 человек: 1162 человека (50%) составили вирусные бородавки, 602 человека (26%) – контагиозные моллюски, микроспория (дерматофития) головы и туловища – 133 человека (5,8%). С целью ранней диагностики доброкачественных и злокачественных

новообразований кожи (C00 – D48) в 2017 году обратились 603 человека (4,8%). В консультативно-диагностическом отделе (КДО) филиала «Коломенский» в 2017 году проведено 226 хирургических иссечений новообразований с наложением косметических швов и взятием биопсий (в 2016 году соответственно – 70). С жалобами на заболевания придатков кожи обратилось 737 человек (4,3%). Из них 47,7% (351 человек) с болезнями ногтей и 386 человек (52,3%) с alopeciaми различного генеза. В структуре заболеваемости детей в дневном стационаре в 2017 году преобладал atopический дерматит (L20) – 243 человека (35,7%), псориаз (L40) – 140 человек (20%), контагиозный моллюск (B08.1) – 87 человек (12,4%). Сравнивая показатели с 2016 годом, необходимо отметить, что в 2016 году преимущественную часть пациентов дневного стационара составляли больные контагиозным моллюском – 32,7% (244 человека), на atopический дерматит приходилось 18,6% (139 человек), псориаз – 12,8% (96 человек). В структуре заболеваемости среди детей на суточной койке в 2017 году значительная часть приходилась на пациентов с диагнозами: atopический дерматит (L20) 35,5% (314 человек), микоз волосистой части головы и микоз туловища (B35.0, B35.4) – 21,3% (188 человек), псориаз (L40) – 16% (130 человек). В заболеваемости детей в 2016 году превалировали те же нозологии. Количество пролеченных в стационарах филиала «Коломенский» детей в 2017 году составило 882 пациента стационара круглосуточного пребывания и 700 пациентов дневного стационара, всего 1582 человека. По сравнению с 2016 годом количество пролеченных пациентов сократилось на 5% (80 человек), что в абсолютных цифрах составляло 908 пациентов суточного стационара и 730 пациентов дневного стационара. Анализируя стационарные показатели за 2016/2017 г. важно учитывать сокращение среднегодового коечного фонда практически на 28,8%, с 45 коек до 30 коек. При этом количество пролеченных больных в 2017 г. по сравнению с 2016 г. уменьшилось лишь на 3,8% (с 918 до 884 человек). По сравнению с 2016 г. отмечается улучшение основных показателей работы больницы в 2017 году. Оборот койки в стационаре в 2017 г. составил 29,5 и увеличился на 21,9% по сравнению с 2016 г. Средняя длительность пребывания больного в 2017 г. уменьшилась с 12,9 дня в 2016 г. до 11,2 дней в 2017 г. Показатель занятости койки в 2017 г. составил 330 дней, увеличившись по сравнению с 2016 годом (312 дней) на 5,5%. Летальность за 2015–2017 г. составила – 0%. Улучшение показателей оказания медицинской помощи в филиале «Коломенский» в 2017 году связано также с широким применением OMC-стандартов качества, контроля длительности лечения, количества посещений и преемственности в работе с другими филиалами МНПЦДК ДЗМ.

АНАЛИЗ КЛОНАЛЬНОСТИ ПОПУЛЯЦИЙ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ КОЖИ

**Захарова Е.С., Хаджиева М.Б., Чернышова Е.В.,
Абрамов Д.С., Ларин С.С.**

*Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия
Рогачева» Министерства здравоохранения РФ,
Москва*

Дифференциальная диагностика злокачественных лимфом кожи является сложной задачей в практике врача-дерматолога, что обусловлено разнообразием нозологических

форм, а также сходством клинических проявлений с воспалительными дерматозами и рядом других заболеваний, обусловленных инфильтрацией дермы реактивными лимфоцитами. Особую группу составляют периферические Т-клеточные лимфомы (ТКЛ), львиная доля которых встречается в практике врача дерматолога. ТКЛ отличаются крайне агрессивным течением и, за редким исключением, плохим прогнозом. ТКЛ считаются редкими заболеваниями, однако в последние годы в мире отмечен рост числа больных злокачественными лимфомами. Увеличение числа случаев лимфом кожи происходит параллельно с ростом системных лимфопролиферативных заболеваний, среднегодовые темпы прироста которых в Российской Федерации составляют 1,58%. В целом на долю всех лимфом приходится 15% от всех гемобластозов, 15% из которых составляет группа ТКЛ. В настоящее время для диагностики злокачественных лимфопролифераций традиционно применяют сочетание иммуногистохимических, цитоморфологических и иммунофенотипических методов. Однако в 10% случаев дифференциальная диагностика между опухолевой и реактивно измененной в ответ на инфекцию лимфоидной тканью с использованием классических методов затруднена. Существенный вклад в качество диагностики лимфопролиферативных заболеваний вносит субъективный характер оценки гистологических срезов. Последние достижения в области молекулярной биологии позволили внести существенный вклад в понимание патогенеза ряда дерматологических заболеваний, в частности лимфопролиферативных новообразований кожи. Представление о том, что все опухолевые клетки происходят из одной клетки-предшественницы, другими словами, имеют клональную природу, позволяет оценивать принадлежность измененной ткани к одному клону методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и, таким образом, минимизировать недостатки традиционных методов диагностики. Целью исследования является оценка диагностической чувствительности метода детекции моноклональных популяций методом ПЦР с последующей детекцией продуктов амплификации капиллярным электрофорезом в полиакридамидном геле с использованием флуоресцентной метки для дифференциальной диагностики злокачественных лимфопролиферативных заболеваний кожи.

Материалы: В ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России было проанализировано 268 образцов костного мозга/парафин-фиксированных тканей пациентов, из которых у 188 пациентов диагностировали острые В- и Т-лимфобластные лейкозы, 80 пациентов поступили с целью дифференциальной диагностики между злокачественными лимфопролиферативными заболеваниями и реактивной воспалительной лимфоидной инфильтрацией кожи и/или лимфоузлов.

Методы: Оценка клональности 268 поступивших образцов была детектирована методом ПЦР с последующей детекцией продуктов амплификации методом капиллярного электрофореза в полиакридамидном геле. В основе данного метода диагностики лежит процесс V-D-J рекомбинации, происходящий в процессе созревания Т-лимфоцитов в тимусе. V-D-J рекомбинация затрагивает генетические локусы, кодирующие белковые цепи Т-клеточного рецептора (ТКР). Данные генетические локусы состоят из множества V, D и J сегментов. В ходе созревания Т-лимфоцитов случайно отобранные V, D и J сегменты соединяются, формируя функциональный, «зрелый» ген ТКР. Описанные перестройки происходят в каждом лимфоците независимо, обеспечивая в норме биоразнообразие популяции лимфоцитов. При развитии лимфопролиферативных за-

болеваний все опухолевые клетки происходят от одного предшественника и имеют идентичный функциональный ген, кодирующий ТКР. «Зрелые» гены ТКР являются удобной мишенью для диагностики методом ПЦР. Описанный метод подходит для детекции клональных популяций широкого спектра Т-клеточных лимфом, что является вспомогательным инструментом для повышения достоверности гистологического исследования.

Результаты: Диагностическая чувствительность метода для острых лимфобластных лейкозов составила 100%, 75% для ТКЛ, в том числе ангиоиммунобластной Т-клеточной лимфомы, подкожной панникулитоподобной Т-клеточной лимфомы, грибовидного микоза.

Выводы: Определение клональных продуктов реаранжировки Т-клеточного рецептора методом ПЦР с последующей детекцией продуктов амплификации капиллярным электрофорезом в полиакридамидном геле эффективно в качестве вспомогательного инструмента для дифференциальной диагностики широкого спектра злокачественных ТКЛ.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ СТЕРЖНЕЙ ВОЛОС С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ КОСМЕЦЕВТИКИ

Звездина И.В., Айвазова Т.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

После сезона отпусков в трихологических клиниках значительно возрастает число пациенток, обращающихся с жалобами на изменение качества и структуры волос. Основной причиной ухудшения качества волос в летний период, безусловно, является воздействие средовых факторов: УФО, ветер, резкий перепад температур, морская соль, частое мытье и сушка волос. В результате волосы становятся сухими, неэластичными, жесткими, тусклыми, теряют «шелковистость», приобретают неопрятный вид, напоминая пациенткам «мочалку».

Цель: Изучить влияние средовых факторов на состояние стержней волос у женщин с разными типами волос и оценить эффективность косметических средств при коррекции нарушения их структуры.

Материалы и методы: К нам обратились 32 пациентки с изменениями структуры и качества волос после отдыха на морских курортах. Длительность пребывания на курорте в среднем составила 11,9 дней. Возраст пациенток варьировался от 17 до 66 лет. Среди них женщин с окрашенными волосами было 25, и 7 пациенток имели натуральный цвет волос. Среди пациенток с окрашенными волосами было 16 блондинок, 7 темноволосых пациенток и двое рыжих. Окрашивание волос подавляющим большинством женщин (19) было приурочено непосредственно к отпуску и выполнено максимум за неделю до его начала. Среди пациенток с окрашенными волосами преобладали пожилые женщины с выраженной сединой (4), юные русоволосые девушки (2) и одна пациентка среднего возраста с каштановым цветом волос. Во время отдыха пользовались головными уборами 12 представительниц прекрасного пола (в основном рыжие и брюнетки), солнцезащитные средства для волос нерегулярно использовали 9 женщин и комбинацию двух способов защиты применяли только 5 пациенток.

При микроскопическом исследовании стержней волос до коррекции были выявлены: рыхлость и пористость кутикулы (результат дегидратации), продольные и поперечные микротрещины на всем протяжении стержня волоса, продольное расщепление дистальных отделов стержня, снижение отражательной способности поверхности волоса (тусклость). Всем пациенткам было рекомендовано применение увлажняющего космецевтического комплекса в виде шампуня, кондиционера и маски на основе касторового и оливкового масел, содержащего в качестве активных ингредиентов также силиконы, гидролизированный эластин, мочевины, глицерин и другие компоненты. Маска наносилась 2 раза в неделю на слегка влажные немытые волосы по всей длине в течение одного месяца. Для усиления эффекта пациенткам со значительным повреждением структуры волос было рекомендовано нанесение маски под полиэтиленовую шапочку.

Результаты: на фоне применения увлажняющего комплекса положительная динамика наблюдалась у 100% пациенток, однако ее выраженность различалась. Наиболее быстро признаки восстановления структуры волос были заметны у молодых пациенток с натуральным цветом волос и у пациенток, использовавших комбинацию защитных средств на отдыхе. Поскольку изначально у них наблюдались минимальные изменения кутикулы, результат был заметен уже после нескольких первых процедур. Наиболее длительный срок восстановления отмечался у крашенных блондинок, что, наиболее вероятно, связано с дополнительным химическим повреждением стержней волос. При микроскопическом исследовании после лечения было выявлено полное или частичное закрытие чешуек кутикулы и восстановление отражающей способности волоса, тогда как микротрещины и продольное расщепление дистальных концов волос требовали дополнительной коррекции. Резюме: Проведенное исследование демонстрирует более выраженное действие средовых факторов на уже поврежденные стержни волос, необходимость использования комбинированных средств защиты и эффективность увлажняющих космецевтических средств с целью восстановления структуры волос.

АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ В КОСМЕТОЛОГИИ

Карпова Е.И., Данищук О.И., Демина О.М.

Кафедра кожных болезней и косметологии факультета дополнительного профессионального образования Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» России, ООО «Клиника Данищука», Москва

Актуальность применения высокоэффективных и вместе с тем малоинвазивных технологий как в клинической, так и в эстетической медицине несомненна. На сегодняшний

день для омоложения кожи и борьбы со старением применяются разнообразные методы: мезотерапия, химические пилинги, лазерная дермабразия, пластическая хирургия, фотоомоложение, фракционный фототермолиз. Старение кожи – прогрессивный процесс, при котором повреждающее воздействие вредных факторов окружающей среды накладывается на естественное старение кожи и определяет внешний вид человека. Первые признаки старения чаще всего проявляются в средней зоне лица. Это обусловлено как анатомическими, так и функциональными ее особенностями. На сегодняшний день существует целый спектр способов коррекции этой зоны: от применения фракционных лазеров, ботулотоксина, филлеров до хирургических вмешательств разной степени сложности. Успешность коррекции зависит от адекватного выбора метода лечения (или их сочетания). В свою очередь выбор того или другого способа коррекции зависит от правильной оценки состояния тканей этой зоны, индивидуальных особенностей и нередко от пожеланий самого пациента. Поэтому перед специалистом стоит нелегкая задача определить объем вмешательства для получения максимального эффекта омоложения в периорбитальной области и в тоже время избежать нежелательных явлений и осложнений.

ОНИХОДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ

Касихина Е.И., Кочетков М.А.

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

Изменение вида ногтевых пластин является серьезной эстетической и психологической проблемой, приводящей к нарушению социальной адаптации детей. Для клинициста ведение пациентов с ониходистрофиями является непростой задачей: недостаточно ясно сформулированы подходы к диагностике, окончательно не установлены причины возникновения ониходистрофий, нет четких схем лечения и путей решения этой проблемы по причине многофакторности патологии. По нашему опыту заболевания и дефекты ногтевых пластинок составляют от 5 до 10% в структуре обращаемости среди детей.

Цель работы – оптимизация диагностики и тактики лечения ониходистрофий у детей на основании анализа структуры и клинико-anamnestических особенностей заболевания.

Материал и методы: Наиболее часто изменения ногтевых пластин у детей отмечались при онихомикозах, псориазе, гнездовой алопеции, наследственных заболеваниях, психических отклонениях. Идиопатические ониходистрофии составляли примерно 15% от всей обращаемости по поводу изменения ногтей. Идиопатические ониходистрофии встречаются преимущественно у девочек младшего и среднего школьного возраста (от 7 до 12 лет). Здесь очевидна роль экологических и стрессовых факторов. Большинство детей с ониходистрофиями хронически недосыпают из-за серьезной учебной нагрузки. Диагноз ониходистрофии правомочен только после исключения грибковой инфекции как дерматофитной, так и недерматофитной этиологии. Последняя в детской практике стала встречаться гораздо чаще в связи с ростом эндокринной патологии у детей (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит, ожирение и т.д.). Онихомикозы у больных с ониходистрофиями были диагностированы в 24% случаев, что свидетельствует о

том, что структурные изменения ногтевых пластинок при дерматозах являются предрасполагающим фактором колонизации их грибами. Факторами, способствующими развитию дистрофии ногтя у детей, явились травмы, психические отклонения в поведении (онихофагии, сосание пальцев, искусственные дерматиты), наследственные причины, гиповитаминозы, интоксикации. Спровоцировать нарушение нормального роста аппарата ногтя могут различные соматические заболевания, инфекции, нервные стрессы, дефицит необходимых микроэлементов, обеспечивающих полноценную работу антиоксидантной защиты организма (цинк, селен, железо, медь). В процессе анализа анамнестических данных было выявлено, что у 90% детей наблюдается сочетание ониходистрофий и заболеваний опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз, вальгусные деформации стопы, плоскостопие и пр.), а также проявлений диффузной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Фенотип ребенка с ДСТ включает синдром мобильности суставов, деформации позвоночника, малые аномалии сердца, малые аномалии развития желчного пузыря, нарушение рефракции, синдром вегетативных дисфункций и др. Возможно, что успех лечения ониходистрофий у детей зависит от комплексного подхода, включающего коррекцию выявленных нарушений у смежных специалистов (невролога, ортопеда, кардиолога, педиатра). Проведенный факториальный и клинический анализ позволил разработать диагностический алгоритм, включающий анамнестический, клинический, дерматоскопический и лабораторный анализ, позволяющий предположить характер течения, прогноз и стратегию лечения ониходистрофий у детей. Знания дерматоскопических особенностей изменения ногтевых пластин при различных кожных заболеваниях позволяют специалисту-дерматовенерологу дифференцированно подходить к диагностике хронических дерматозов. Основными направлениями в лечении ониходистрофий должны стать устранение причины, терапия основного заболевания и восстановление питания аппарата ногтя и тканей вокруг него. Терапевтический подход к коррекции ониходистрофий включает в себя медикаментозные препараты, улучшающие микроциркуляцию и укрепляющие стенки сосудов, а также физиотерапевтические методы лечения и массаж.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Шацкая Е.Е.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

Лихеноидный парапсориаз имеет вариабельное клиническое течение, характеризующееся рецидивирующими высыпаниями со спонтанным регрессом. Современная классификация включает парапсориаз лихеноидный и оспенновидный острый (PLEVA) и парапсориаз лихеноидный хронический (PLC). PLEVA и PLC являются звеньями непрерывного клинко-патоморфологического процесса,

представляя собой два противоположных спектра заболевания, и могут сосуществовать одновременно, включая промежуточные варианты. PLC встречается в 3–6 раз чаще, чем PLEVA. Тяжелый вариант заболевания с язвенным поражением известен как лихеноидный петириаз с язвенно-некротическими изменениями и гипертермией – Pityriasis lichenoides with ulceronecrosis and hyperthermia (PLUH), или язвенно-некротический вариант болезни Мухи-Габермана. Лихеноидный парапсориаз встречается среди всех этнических групп и во всех географических регионах. Среди заболевших преобладают дети и взрослые молодого возраста, что не исключает развитие заболевания в любом возрасте. Цель работы – провести катамнестический анализ случаев лихеноидного парапсориаза среди детей, находящихся на амбулаторном лечении и наблюдении в консультативно-поликлиническом отделении «ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ» в 2017–2018 гг.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 5 детей с диагнозом острый лихеноидный оспенновидный парапсориаз в возрасте от 2,5 до 14 лет, среди них 4 (75%) мальчика и 1 (25%) девочка. Это соответствует литературным данным, согласно которым частота встречаемости заболевания выше среди представителей мужского пола (соотношение от 1,5:1 до 3:1). Следует отметить, что до обращения в консультативно-поликлиническом отделении диагноз парапсориаза не был выставлен ни одному пациенту. Дети получали лечение по поводу ветряной оспы, аллергического дерматита, атопического дерматита, васкулита, нуммулярной экземы. До лечения высыпания на коже характеризовались появлением плоских папул розового цвета размером до 0,8 см, покрытых чешуйками сероватого цвета, отделяющихся целиком при поскабливании (шелушение по типу «облатки»). У всех мальчиков был продолжительный субфебрилитет, определялись положительные симптом пурпуры и феномен щипка. У мальчиков (возраст дебюта парапсориаза варьировал от 3 лет 9 месяцев до 11 лет) после антибиотикотерапии (в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями) в течение месяца папулы полностью регрессировали с образованием вторичных эритематозных пятен, очагов стойкой гипер- и/или депигментации. Эволюционные высыпания имели тенденцию к регрессу в течение 3–4 месяцев. При дерматоскопии определялись точечные сосуды и геморрагические корочки на эритематозном фоне, чешуйки сероватого цвета. У наблюдаемой девочки лихеноидный парапсориаз (по типу PLUSH) дебютировал в 1 год 6 месяцев и был подтвержден гистологически. В течение анализируемого временного периода кожный процесс имел распространенный, персистирующий характер и отличался устойчивостью к проводимой системной и наружной терапии. Высыпания были представлены папулами розового цвета и пузырьками с центральным геморрагическим некрозом, а также мелкими плоскими лентикулярными папулами с шелушением в центре по типу «облатки». На месте вариолиформных элементов формировались множественные белесоватые атрофические рубчики, часть папул разрешалась с формированием очагов вторичной гиперпигментации. При дерматоскопии дополнительно к вышеописанным признакам определялись атрофические беловатые очаги без структуры нормального кожного рисунка, роста пушковых волос. Всем детям было проведено серологическое обследование с целью исключения вирусносительства. Положительные титры антител класса IgG к вирусу Эпштейн-Барр – выявлены у четырех пациентов, герпесвируса человека VI типа (ВГЧ VI) – у всех пяти пациентов, к цитомегаловирусу – у двух пациентов. Таким образом, в течении заболевания предположительно существует взаимосвязь между его тяжестью и возрастом ребенка. Ранний дебют заболевания

обуславливал более агрессивное течение параспориоза с выраженным рубцеобразованием. У детей в развитии параспориоза нельзя исключить провоцирующую роль герпесвирусов (Эпштейн-Барр, цитомегаловирус и ВГЧ VI). Острый лихеноидный вариолиформный параспориоз у детей является относительно редким заболеванием, поэтому имеет место высокий процент ошибок при постановке диагноза. Необходима расширенная дифференциальная диагностика с другими папулезно-сквамозными дерматозами, а также с заболеваниями, сопровождающимися везикулярной сыпью.

ЭРАДИКАЦИЯ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

Ключникова Д.Е., Кандалова О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Введение: На протяжении десятилетий дерматологи прослеживали взаимосвязь нарушений функций желудочно-кишечного тракта и различных заболеваний кожи. Одной из актуальных эстетических и медицинских проблем для пациентов среднего возраста является розацеа. Сенсibiliзирующее и токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности условно патогенной биоты желудочно-кишечного тракта также имеет определенное значение в формировании воспаления кожи, роста и пролиферации клеток эндотелия сосудов, проявляющихся стойким покраснением и формированием папулопустулезных элементов.

Задачи исследования: Выявить взаимосвязь между клиническими проявлениями розацеа с инфицированием *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 19 пациентов в возрасте от 25 до 52 лет ($\pm 39,5$ лет), 13 (68,4%) женщин и 6 (31,6%) мужчин. 14 больных (73,7%) предъявляли жалобы на стойкое покраснение лица. Из них у 11 женщин (84,6%) и 3 мужчин (50,0%) локализация высыпаний наблюдалась в области носа, подбородка, лобной и височной области по линии роста волос, в околоушной зоне, а также по линии роста бороды и усов. Эритематозно-телеангиэктатический тип розацеа наблюдался у 5 больных (26,3%), сочетание папулопустулезного подтипа с эритематозно-телеангиэктатической было зарегистрировано у 11 больных (57,9%), фиматозный тип у 3 больных (15,9%). Больные были обследованы у гастроэнтеролога (ЭГДС с определением *Helicobacter pylori* или уреазный дыхательный тест, УЗИ органов брюшной полости). Согласно результатам обследования и рекомендациям гастроэнтеролога была назначена системная анти-*Helicobacter* терапия.

Результаты: Обследование у гастроэнтеролога показало наличие *Helicobacter pylori* в значимом титре у 15 (78,9%) пациентов, дискинезию ЖВП и признаки хронического холецистита у 8 пациентов (42,1%), признаки поверхностного неэрозивного гастрита у 13 пациентов (68,4%). Пациентам, у которых была обнаружена инфекция *Helicobacter pylori*, была назначена терапия в течение 1 недели: омепрозол 20 мг 2 раза/сут, кларитромидин по 500 мг 2 раза/сут, метронидазол по 500 мг 2 раза/сут. Через 2 недели после проведенной терапии у 13 больных (86,6%) было отмечено значительное уменьшение симптомов розацеа без назначения местной терапии.

Заключение: Проведенное исследование свидетельствует о том, что розацеа может сочетаться с различными нарушениями ЖКТ, в частности с инфекцией *Helicobacter pylori*. В спектр обследования пациентов с данной патологией кожи возможно включение уреазного дыхательного теста, а назначение эрадикационной терапии дополняет терапевтические возможности в лечении этого дерматоза.

КОЖНАЯ ФОРМА ДИАБЕТА КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА НЕКОТОРЫХ УПОРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Коган А.И. (заслуженный врач РФ), Кладова А.Ю. (к.м.н.), Немировская И.Ю.

Филиал «Южный» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Из литературы хорошо известно о существовании так называемого *Diabetes cutaneous* (кожный диабет), который описывается большинством авторов как комплекс кожных проявлений, наиболее часто развивающихся на фоне имеющегося сахарного диабета. Однако имеется целый ряд наблюдений, свидетельствующих о развитии у отдельных пациентов изолированных проявлений кожного диабета без повышения сахара крови, определяемого стандартным биохимическим методом.

Если зависимость целого ряда кожных заболеваний от диабета давно и хорошо известна, то возможность возникновения некоторых диабетических дерматозов при отсутствии диагностированного сахарного диабета еще далеко не всегда достаточно учитывается. Предполагается, что инсулинорезистентность, при которой биохимические показатели крови долгое время остаются нормальными, может сопровождаться отложением сахара непосредственно в коже и ее придатках. Появившиеся при этом различные кожные проявления (липоидный некробиоз, *acanthosis nigricans*, рецидивирующая кольцевидная гранулема, дисхромии по типу диабетической дерматопии голеней, кожный зуд, поверхностные инфекции кожи, пруриго, ксантомы и др.) могут протекать крайне упорно, давая нередкие рецидивы и с трудом поддаваясь обычной терапии.

Клиника подобных дерматозов может быть крайне разнообразной. Высыпания наблюдаются самого разного характера и очень разной распространенности, часто имеют место ограниченные формы. Нередко им сопутствует зуд различной интенсивности. Общее состояние таких больных обычно подавленное, наблюдается обострение невротозов. Под нашим наблюдением находился 21 пациент в возрасте 35–65 лет. Среди них были больные со следующими диагнозами: липоидный некробиоз – 2, черный акантоз – 3, пруриго – 4, дисхромии с элементами ксероза и атрофии голеней – 4, рецидивирующий кандидоз крупных складок – 3, рецидивирующая эритразма – 2, интертриго – 3. Все наши больные были обследованы у терапевта. Содержание сахара в крови и моче у всех больных было в пределах нормы. Зная о возможном влиянии кожного диабета на течение ряда хронических рецидивирующих дерматозов и не исключая при этом вероятности их диабетической основы, мы, помимо стандартной терапии, начали использовать в их лечении местное применение инсулина. Лечение проводилось на более или менее ограниченных участках. У большинства больных (20/24) обычно к концу месяца лечения наблюдалось улучшение. При этом высыпные элементы хорошо рассасывались, прекращались новые

высыпания, в очагах заметно уменьшались воспалительные проявления и зуд, восстанавливался нормальный цвет кожи; у пациентов с рецидивирующими формами кандидоза, эритразмы и интертриго прекращались рецидивы.

Наш практический опыт дает основание рекомендовать местное использование инсулина в терапии ряда упорных кожных процессов. Мы считаем целесообразным более глубокое и пристальное изучение влияния кожного диабета на течение многих хронических дерматозов.

ЧЕСОТКА В СЕМЕЙНОМ РАКУРСЕ

Корнят М.С., Труфанова Е.Ю., Иноятва Л.А., Гребенюк В.Н., Затурская Н.Ф.

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

В филиале «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в июне с.г. по поводу чесотки проводилось лечение семьи из 7 человек (трое детей Г. 6 мес, У. 3 года, А. 3 года, мать, отец, прабабушка и прадедушка). До этого пациенты наблюдались в областном КВД в течение 1,5 лет, где получали неоднократное противочесоточное лечение акарицидными препаратами – эмульсией бензилбензоата, аэрозолем «Спрегаль». Одной из причин длительного течения заболевания и связанного с ним лечения являлась реинвазия, так называемая «пинг-понговая инфекция», обусловленная неполноценным лечением контактных лиц в очаге, а также отсутствием проведения должной дезинфекции. Установлено, что очагом реинвазии являлась прабабушка (89 лет), которая ввиду возрастных когнитивных изменений, со слов матери, отказывалась от проведения необходимых лечебных мероприятий и дезинфекции в полном объеме, что стало причиной многократной реинвазии других членов семьи. При осмотре пациентов наблюдалась типичная клиническая картина чесотки, осложненной вторичной инфекцией. Она была представлена множественными папулами, чесоточными ходами, пятнами ярко-розового цвета и эскориациями, покрытыми серозно-геморрагическими корками. Высыпания локализованы на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица, сопровождались зудом, усиливающимся обычно в ночное время. Диагноз подтвержден лабораторно (в соскобе обнаружен *S. scabiei*). Учитывая данные анамнеза, в частности повторяющиеся реинвазии, отсутствие условий для проведения должной дезинфекции, клиническую картину, дети и мать были госпитализированы в суточный стационар филиала «Коломенский» для проведения противочесоточного лечения. Остальные члены семьи, в том числе и прабабушка, были пролечены амбулаторно, в квартире была проведена дезинфекция. В стационаре дети получали антигистаминные препараты, наружно – эмульсию бензилбензоата, 3% пасту АСД в возрастных дозировках, мать обрабатывалась 20% мазью бензилбензоата. Процедуры проводили на 1-й, 4-й, 7-й, 10-й дни в вечернее время, после предварительного мытья под душем. Всем пациентам после очередного цикла лечения меняли нательное и постельное белье. Уже в первые дни лечения наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения зуда, нормализации сна, а также уменьшения клинических проявлений, новые элементы сыпи не появлялись. Однако после 2-го цикла обработки у пациентов сохранялись скудные клинические симптомы и в соскобе вновь был обнаружен *S. scabiei*. На 12-й день пре-

бывания в стационаре, после 4-х циклов лечения, элементы сыпи регрессировали, наступило клиническое выздоровление, подтвержденное лабораторно. Наблюдаемый нами случай семейной чесотки, принявшей затяжной характер, представляет собой редкость и связан с недостатком санитарно-просветительской и лечебно-профилактической работы. Стойкий положительный результат зависит не только от правильного лечения, но и от подробного объяснения пациентам правил самостоятельной лечебной обработки и проведения дезинфекции. В своей работе мы руководствовались отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Чесотка», принятым приказом №162 МЗ РФ (от 2003 г.), где представлены памятки для больных чесоткой и для родителей детей, больных чесоткой, содержащие подробную информацию о правилах проведения лечебных и противоэпидемических мероприятий.

ПРОБИОТИЧЕСКИЙ КОМПАРТМЕНТ НА СТРАЖЕ СЛИЗИСТЫХ БАРЬЕРОВ

Лахтин М.В., Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Байракова А.Л., Алешкин В.А.

Московский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва

С 2004 года изучаем новые компоненты пробиотического компартмента (ПК) мукозальных микробиоценозов (ММБ) человека. Исследованы лектины пробиотиков (ЛП) (кислые [к], слабощелочные [ск] и щелочные [щ]; лактобацилл [Л] и бифидобактерий [Б]: кЛЛ, скЛЛ, щЛЛ, кЛБ, щЛБ), штаммы – кандидаты в пробиотики. Цель – оценить потенциал защитного действия ПК на слизистые организма.

Результаты:

1. ПК перестраивает ММБ в направлении здорового статуса, влияет на QS, соотношение видов дрожжеподобных грибов (ДПГ), нарушает коммуникации условных патогенов.
2. Рост ДПГ наиболее значимой эпидемиологической группы I (*S.albicans* и *S.tropicalis*) супрессируется в присутствии свободных и сорбированных ЛП, преимущественно как аЛБ> кЛЛ, а в случае группы III (*S.krusei*) – как аЛЛ> аЛБ. При пролонгировании действия ЛП массивы ДПГ (коммуникационные «тела» [КТ]) лизируют. ДПГ группы II (*S.glabrata*) утрачивают эффективность вирулентных факторов (IgA1- и IgG-протеиназ) в присутствии кЛП.
3. Против КТ группы I реализуется предсказуемо направленный синергизм: кЛЛ и щЛБ; кЛЛ и кЛБ; щЛБ и фитолектины; кЛЛ/ кЛБ и Нистатин (проявляется действие Нистатина на антимикотик-резистные кандиды); кЛБ и Амфотерицин, Итраконазол или Кетоконазол. ЛП активны против антимикотики-резистентных ДПГ, предотвращают расширение прежних и образование новых грибковых ниш (*S.albicans*).
4. ЛП синергичны против КТ (против *S.albicans* [кЛБ> кЛЛ] и *S.aureus* [кЛЛ>кЛБ]). Атакующие мозаики сорбированных ЛП прогнозируемо воздействуют на антибиотикорезистентные КТ. Возрастает результирующая доступность КТ другим антифунгалам.
5. Ранние суспензии ДПГ с ЛБ или ЛЛ характеризуются диссонансностью биоритма (прогнозируемым повышением доступности антифунгалам у *S.tropicalis* при сравнении с *S.krusei*).
6. Распределение в ММБ пленки-образующих видов ДПГ прогнозируемо изменяется в присутствии пробиотикоподобных лактобацилл видов – ингредиентов Ацилакта (нарушение межвидовых коммуникаций ДПГ приводит к ослаблению защиты условных патогенов).

7. Функционирование КТ ММБ отражает закономерности экологических ниш в биотопе, применимые для слизистых.

8. В случае инфекции «кандиды+аспергиллы [прорастают позже]» резистентность КТ к ЛП повышается, но отсутствует в областях с достигнутым лизисом у кандид, что указывает на перспективность использования анти-*C.albicans*-лекарств против *A.niger* (до биоритмической активизации аспергиллов).

9. ЛП обладают потенциалом предотвращать развитие биотопов в направлении предопухолевых состояний путем поддержания нормального функционирования ММБ слизистой как мукозального органа. При этом возможна поддержка пробиотической микрофлоры посредством пребиотиков из состава комплексов с ЛП.

10. Оксидантный антимикробный потенциал, в том числе повышенная способность Ацилакта к обесцвечиванию пигментов (пигментов как потенциальных предвестников меланома-подобных предонкологических образований кожи), реализуется с участием скЛП; скЛП в условиях окислительного стресса колокализированы (что способствует кофункционированию) с оксидоредуктазными системами рI 5–6, а кЛП и щЛП колокализированы с полисахаридными и другими антиоксидантами. Это может быть перспективным для приготовления комбинационных профилактических и косметических метаболитно-клеточных мазей и кремов.

11. Максимальная эффективность путей влияния ЛП на инфекционный процесс в биотопном ММБ может быть достигнута при согласовании действий ЛП, микробов защитного ряда (пробиотико-подобных и пробиотических) и антибиотиков. Открывается перспектива разработки персонализированных режимов сочетанного использования ингредиентов ПК.

12. Системы ПК реализуют антиинфекционное влияние в организме в рамках существующих метаболических осей организма через коммуникационную сеть слизистых барьеров (полостных и наружных). Использование ПК против полостных патологий усилит эффективность ПК в отношении наружных эпителиально-слизистых барьеров. Сложность механизмов антипатогенного действия ПК, а также амплификация воздействия ингредиентов ПК в каскадах, возрастают при обеспечении путей интеграции ПК в общую защиту организма, с учетом, например, кросс-токсического (Cross-Talking) участия собственных систем человека.

Заключение: Результаты указывают на перспективность использования ЛП как системных, вспомогательных, синергичных, направленных, биосовместимых синбиотических реагентов нового типа для профилактики, коррекции и лечения патологий слизистых и кожи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЭКЗЕМЫ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В Т-КЛЕТОЧНУЮ ЛИМФому

Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Бурангулова Н.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Пролетарский», Москва

Под нашим наблюдением находилась пациентка А., 1962 г.р. (55 лет). Сопутствующие заболевания: Гиперто-

ническая болезнь 2 ст. Бронхиальная астма средней степени тяжести (с 2000 г.). Жалобы на высыпания на коже лица, туловища, конечностей, сопровождающиеся жжением, интенсивным зудом, мокнутием (на коже лица). Anamnesis morbi: Со слов, считает себя больной с 2012 года, когда впервые, без видимых причин, отметила появление высыпаний на коже бедра. Дерматологом по месту жительства была назначена мазь белосалик с положительным эффектом. В 2012 году отмечала появление и распространение новых высыпаний по всему кожному покрову. С 2012 по 2016 год кожный процесс носил рецидивирующий характер. В ноябре 2016 года – появление высыпаний на коже лица. Находилась на амбулаторном лечении в филиале «Пролетарский». Пациентка неоднократно находилась в дневном стационаре ООСП: в феврале 2017 («Токсикодермия»), марте, апреле 2017 («Болезнь Девержи»), мае 2017 («Стероидная розацеа. Кушингоид»), были проведены гистологические исследования. С 16.05.2017 по 31.05.2017 – стационарное лечение в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозом: «Аллергический дерматит. Розацеа, папулопустулезная стадия, стероидная форма». С 20.07.2017 по 09.08.2017 находилась на стационарном лечении в ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Клиника кожных и венерических болезней В.А. Рахманова, с диагнозом: «Распространенная хроническая экзема в стадии обострения. Розацеоподобный стероидный дерматит. Ноябрь 2017 – повторное обращение в филиал «Пролетарский» в связи с ухудшением кожного процесса. Рекомендована госпитализация в суточный стационар филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». За направлением на госпитализацию не явилась. Январь 2018 – повторное обращение в филиал «Пролетарский» с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом и мокнутием. Status locales: Патологический процесс распространенный, симметричный. Носит остро-воспалительный характер. Локализуется на коже лица, туловища, верхних, нижних конечностей. Представлен в области лица гиперемией багрово-синюшного цвета с четкими границами и очертаниями, занимающей всю анатомическую область, инфильтрацией, в пределах которой – множественные мелко-везикулезные высыпания. На остальных участках высыпания представлены застойно-гиперемированными пятнами с нечеткими границами со склонностью к слиянию. Дермографизм смешанный. Видимые слизистые свободны от высыпаний. Ногтевые пластины не изменены. Суставы визуально не изменены, безболезненны при активных и пассивных движениях. Субъективно интенсивный зуд в местах высыпаний. При обследовании: клинический анализ крови: эозинофилы – 9,1%, остальные показатели в пределах нормы; общий анализ мочи: в пределах нормы; биохимический анализ крови: глюкоза – 6,0 ммоль/л, остальные показатели в пределах референсных значений; коагулограмма: в пределах нормы; общий иммуноглобулин Е – 984 МЕ/мл (от 27.11.2017г.). Консультации специалистов: ЛОР-врач – данных за ЛОР-патологию нет; ревматолог – данных за системную красную волчанку нет; аллерголог – аллергический дерматит (?). Розацеа. С предварительным диагнозом: Розацеа, стероидная форма? Хроническая распространенная экзема? Т-лимфома? в январе 2018 представлена на консультацию Главного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г.Москвы профессора Н.Н. Потекаева. Диагноз: Т-лимфома? Пациентка госпитализирована в суточный стационар филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» для проведения диагностической биопсии различных очагов поражения.

НЕЙРОСИФИЛИС НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Зарубина Е.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Пролетарский», Москва

В настоящее время заболеваемость нейросифилисом (НС) неуклонно растет, и по прогнозам различных авторов распространенность заболевания к 2020 г. может превысить 25:100 000 населения, а заболеваемость манифестным НС к 2020 г. может превысить 2,5:100 000 населения (Колоколов О.В., Бакулев А.Л. и соавт.). Большая часть пациентов с НС имеет отягощенный анамнез: алкоголизм, черепно-мозговые травмы, сопутствующие заболевания (в том числе ВИЧ-инфекция), ведет асоциальный образ жизни. К раннему НС относят специфические поражения центральной нервной системы, возникающие в основном в течение первых 5 лет после заражения. Они сопровождаются изменениями мозговых оболочек и сосудов (так называемый менингосклерозный сифилис – МВС), почти всегда сочетанными. По локализации различают церебральный и спинальный варианты патологии, по характеру поражения – менингит (а в случае спинального поражения – менингомиелит) и инсульт (Лосева О.К.). Помимо клинически выраженных, манифестных форм существует асимптомный менингит, при котором клинические проявления поражения нервной системы отсутствуют, и диагноз ставится на основании изменения ликвора: плеоцитоза свыше 5 кл мм³, повышения содержания белка до уровня выше 0,46 г/л, позитивности серологических реакций (Лосева О.К.). Под нашим наблюдением с 2014 года находятся 19 пациентов с НС (14 мужчин и 5 женщин): 6 пациентов – с НС с симптомами, 13 – с асимптомным НС. Из них в 2014 году выявлено 3 пациента с НС, в 2015 – 4 пациента, в 2016 – 6, в 2017 – 5, в январе 2018 – 1 пациент с НС. Всем пациентам была проведена спинномозговая пункция и лабораторное исследование ликвора: 1 пациенту – в ГКБ №13, 1 – ИКБ №2, 1 – в ГКБ им. Р.И. Иноземцева, 16 – в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Таким образом, выполнение требований по тактике взаимодействия врачей-дерматовенерологов, неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов, отоларингологов и врачей других специальностей при оказании медицинской помощи пациентам с подозрением или установленным диагнозом НС, обязательное проведение спинномозговой пункции позволяет своевременно подтвердить или исключить диагноз НС и назначить адекватное лечение.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА

Лысенко О.В., Кокшарова И.С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Челябинск

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) – одна из самых распространенных вирусных инфекций во всем мире, в настоящее время привлекающая к себе значительное внимание

в связи с возможным развитием серьезных осложнений. В Российской Федерации в настоящее время официально регистрируются только аногенитальные бородавки, поэтому истинная распространенность ВПЧ среди пациентов не может быть установлена. Основными факторами риска развития ПВИ высокого онкогенного риска, по данным литературы, является раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, частая их смена, бактериальные микроповреждения при наличии других инфекций, передающихся половым путем, наличие микроtraum во время полового контакта, когда глубина дефекта достигает базального слоя эпидермиса, генетическая предрасположенность и другие. Для женщин они достаточно хорошо изучены, но относительно мужчин литературная информация практически отсутствует.

Цель работы: Определение и сравнение факторов риска развития ПВИ высокого онкогенного риска у мужчин и женщин.

Задачи: Выявление наиболее значимых факторов риска заражения ВПЧ высокого онкогенного риска как у мужчин, так и у женщин.

Материалы и методы: Для выявления инфицированности ВПЧ высокого онкогенного риска было обследовано 462 человека, из них 173 (38,3%) мужчины и 289 (61,7%) женщин в возрасте от 18 до 43 лет, обратившихся на прием к дерматовенерологу. ДНК ВПЧ выявлялась методом ПЦР в режиме реального времени. Факторы риска развития ПВИ устанавливались с помощью анонимного анкетирования пациентов, обратившихся к дерматовенерологу. Во время беседы с врачом вносились уточнения. С помощью анкет изучался возраст начала половой жизни, количество половых партнеров, имеющие или перенесенные в момент опроса инфекции, передающиеся половым путем. Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «StatSoft, Inc.», 2001).

Результаты исследования и обсуждение: Среди 462 обследованных ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска выявлено у 259 (56,1%) человек, среди которых 113 (43,6%) мужчин и 146 (56,4%) женщин. У женщин чаще других обнаруживался ВПЧ 16 типа (23,3%), следующим по частоте был ВПЧ 61 (15,1%), остальные встречались реже. У мужчин с большей частотой (27,1%) выявлялся ВПЧ 16 типа, вторым по частоте являлся ВПЧ 51 (12,2%). Остальные (ВПЧ 45, 58, 56, 18, 31, 39, и 59) встречались в более низких процентах. В результате анализа индивидуальных анкет установлено, что возраст первого полового акта среди обследованных мужчин варьировал от 13 до 20 лет, средний возраст 15,6 лет. 11,5% мужчин начали половую жизнь в возрасте младше 14 лет. Женщины, согласно анкетированию, начинали сексуальные отношения в возрасте от 16 до 22 лет, в среднем 17,2 лет. У 42,5% женщин первый половой контакт состоялся в возрасте 17–18 лет, а у 35,6% – в возрасте 19–20 лет. На момент проведения анкетирования 43,4% мужчин имели 6–8 половых партнеров, что отмечалось наиболее часто, 13 человек (11,5%) указали на наличие более 10 партнеров и только 5 пациентов имели 1 партнера за всю жизнь. У 39,7% женщин к моменту обследования было 2 половых партнера, а 28,8% имели единственного партнера. 14,6% женщин указали на 6–8 сексуальных партнеров. Среднее количество половых партнеров у женщин оказалось в 2 раза меньше чем у мужчин. Инфекции, передающиеся половым путем, не включая ПВИ, имелись ранее или были выявлены при обследовании у венеролога у 9 (8,0%) мужчин и 12 (8,2%) женщин. Условно патогенные уrogenитальные микоплазмы (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*) наиболее часто выявлялись при обследовании больных с ВПЧ.

Выводы: 1. Средний возраст начала половой жизни у мужчин составил 15,6 года, у женщин – 17,2 года, при этом до 14 лет начали жить половой жизнью 11,5% мужчин. 2. Среднее число половых партнеров у мужчин в 2 раза превышает данный показатель у женщин. 3. Сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем, имели место у 8,0% мужчин и 8,2% женщин. 4. Наличие высокого процента факторов риска развития ПВИ у мужчин требует большего внимания и проведения обследования всех половых партнеров женщин, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска.

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ПРУРИГО

Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.

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

Введение: Под термином «хроническое пруриго» подразумевается самостоятельное заболевание, характеризующееся хроническим зудом, наличием в анамнезе или на момент осмотра признаков экскориаций или множественных пруригинозных высыпаний. Выделяют различные клинические проявления пруриго, включая папулы, узлы, бляшки, элементы с западением. У некоторых пациентов с хроническим пруриго встречаются пруригинозные линейные или экскориированные высыпания.

Материалы и методы: Члены подгруппы по изучению зуда Европейской академии дерматологии и венерологии провели консенсусную конференцию, на которой обсуждалась современная классификация пруриго. В соответствии с Делфи-методом консенсус был достигнут при согласии 75% и выше. **Результаты:** В консенсусном мероприятии приняли участие 21 эксперт, где путем голосования было принято решение о включении линейного пруриго в классификацию хронического пруриго вследствие длительного существования экскориаций и наличия общих патогистологических изменений с хроническим пруриго.

Выводы: Включение линейного пруриго в классификацию хронического пруриго – важное клиническое добавление в связи с клиническими данными и разработанными диагностическими и терапевтическими подходами. Важно проводить дифференциальную диагностику таких состояний с невротическими экскориациями, при которых следует учитывать искусственный характер высыпаний.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН ИЗ СЕМЕЙНЫХ ПАР

Маркеева Д.А., Лысенко О.В., Телешева Л.Ф.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Челябинск

Генитальная инфекция, обусловленная вирусом папилломы человека (ВПЧ), выявляется более чем в 50% случаев [1,2]. При персистирующем течении онкогенной папилломавирусной инфекции основной проблемой у женщин

является рак шейки матки, у мужчин в 40% случаев карцинома полового члена и аногенитальной области связана с присутствием ВПЧ высокого онкогенного риска [1,2]. Цель исследования заключалась в оценке эффективности терапии женщин и мужчин из семейных пар с ВПЧ высокого онкогенного риска до и через 6 месяцев после проводимого лечения.

Материалы и методы: Объектом исследования стали женщины и мужчины из 38 пар с онкогенными типами ВПЧ. 26 пар, не имевших урогенитальных и соматических заболеваний, – группа контроля. Для верификации диагноза и контроля лечения в клиническом материале (цервикальная слизь у женщин и эякулят у мужчин) определяли ДНК онкогенных типов ВПЧ методом ПЦР в режиме «реального времени». Содержание цитокинов (IL-2, IL-8, TNF- α , IL-10, IL-4, IFN- α , IFN- γ , IL-1 β , RAIL-1) и секреторного IgA материалов было определено посредством трехфазного ИФА на тест-системах ООО «Цитокин» (г. Санкт-Петербург). Полученные данные выражены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки (M+m), достоверность различий оценивалась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. В группе пар с ВПЧ оба партнера получали инозин пранобекс по 1000 мг 3 раза в сутки, в течение 28 дней. После терапии материал забирали через 6 месяцев. Статистический расчет осуществлен в «Statistica for Windows 8.0».

Полученные результаты и выводы: До лечения онкогенные типы встречались у обоих партнеров, причем генотипы вирусов совпали у 18 из 38 (47,37%) пар. У женщин выявлялись ВПЧ-16 (42,11%) и ВПЧ-51 (28,95%), у мужчин – генотипы ВПЧ-16 (28,95%), ВПЧ-31 и ВПЧ-52 (21,05%). В результате обследования женщин из семейных пар с ВПЧ до лечения наблюдались изменения иммунологических показателей, характеризующиеся повышением уровней цитокинов IL-2, IL-8, TNF- α , IFN γ и sIgA на фоне снижения концентрации IL-4, IL-1 β и RAIL-1. Через 6 месяцев после терапии ВПЧ не был обнаружен у 31 женщины. У 7,89% женщин после лечения была вновь определена ДНК ВПЧ-16, 31 и 51 типов, генотипы 18, 45 обнаруживались в 5,26% случаев. Содержание IL-2 снизилось, при этом его количество в 1,5 раза превышало нормальное значение. Уровень противовоспалительного IL-4 стал ниже. Увеличилась концентрация IL-10, ставшая в 3,22 выше нормального значения. После проведенной терапии отмечалась тенденция к повышению уровня RAIL-1 до контрольного. Количество TNF- α еще больше повысилось и в 2,84 раза превзошло данные группы контроля. Среди 38 мужчин через 6 месяцев после терапии ВПЧ высокого онкогенного риска не был обнаружен у 35 мужчин, но в 7,89% случаев повторно был выявлен генотип ВПЧ-16 и ВПЧ-31, с частотой 5,26% встречались генотипы 18 и 51. При изучении показателей у мужчин с ВПЧ до лечения наблюдались изменения уровней цитокинов IL-2, IL-8 на фоне снижения концентрации IL-4, IL-1 β и TNF- α . После терапии отмечалось снижение количества IL-4, которое до лечения в 4,82 раза было ниже нормы ($p < 0,001$). Уровень IFN- α оказался выше нормального, а количество IFN- γ уменьшилось ($p < 0,001$). Уровень иммуноглобулина А имел тенденцию к увеличению, однако в сравнении со здоровыми мужчинами был снижен. Таким образом, процент излеченности женщин составил 81,58%. После терапии у женщин из семейных пар с ВПЧ отмечалось снижение уровня IL-2, повышение концентрации интерферонов, повышение значения IL-1 β , RAIL-1 и TNF- α . Процент излеченности мужчин из семейных пар с ВПЧ составил 92,10%. После терапии у мужчин с онкогенными типами ВПЧ изменения иммунологических показателей состояли в повышении концентрации показателей IFN α , IL-1 β и иммуноглобулина А.

Список литературы: 1. Лысенко О.В., Телешева Л.Ф., Троянова А.В. Папилломавирусная инфекция у семейных пар: заметки к теме // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2013, 8; 3 (26), 49–55. 2. Moyer AB, Roberts J, Olsen RJ, Chévez-Barríos P. Human Papillomavirus-Driven Squamous Lesions: High-Risk Genotype Found in Conjunctival Papillomas, Dysplasia, and Carcinoma//Am J Dermatopathol. 2018. – P. 332–41.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕДЕРМАПИЛИНГА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП КАК ОСНОВА КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА КОЖИ

Машкина А.С.

Институт Гиалуаль, Москва

Цель: Обосновать эффективность применения редермализации и поверхностного пилинга в совместном протоколе для улучшения качества кожи, борьбы с пигментацией и постакне.

Материалы и методы: В исследуемую группу вошли 20 пациентов от 25 до 67 лет с изменениями по шкале Глогау 1–4 степени и жалобами на пигментацию, неровный цвет лица, расширенные поры, сухость, шелушение кожи. Всем пациентам был назначен сочетанный протокол поверхностного пилинга и редермализации препаратом Гиалуаль 1,1% или 1,8% – 1 мл. Выбор препарата зависел от уровня дегидратации кожи. При нормальном уровне гидратации и пациентам с жирной кожей назначался Гиалуаль 1,1%, при выраженной дегидратации – Гиалуаль 1,8%. Курс лечения составил 3 последовательные процедуры с интервалом в 2 недели. Оценка результатов проводилась на основании данных фотосъемки, сделанных на аппарате Антера 3D до и на 45-й день после начала курса процедур. Сопоставление данных Антера 3D осуществляет в автоматическом режиме без субъективного участия пользователя.

Результаты: При анализе графиков, построенных на Антере 3D, выявлено снижение уровня меланина в среднем на 15%, улучшение текстуры кожи на 20%, сокращение сети расширенных капилляров на 20%. Также при регулярном осмотре в ходе исследования и после его завершения отмечено значительное сокращение количества пигментных пятен, уменьшение их размеров, побледнение и/или исчезновение застойных пятен и явлений постакне, выравнивание цвета лица, сокращение пор, улучшение текстуры кожи, уменьшение сосудистого рисунка. Данные подтверждены фотосъемкой. Субъективно все пациенты отметили выравнивание цвета кожи, уменьшение пигментных пятен в размерах и их исчезновение, хорошую увлажненность кожи и исчезновение шелушения, сокращение расширенных пор, что является качественными характеристиками понятия «качество кожи».

Выводы: На основании данного исследования можно сделать вывод об эффективности и обоснованности протокола совместного применения редермализации и поверхностного пилинга в одну процедуру в комплексном улучшении качества кожи, борьбе с пигментацией и явлениями постакне среди пациентов различных возрастных групп.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мухачева Д.А., Корнишева В.Г., Разнатовский К.И., Гулордава М.Д.

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

Атопический дерматит (АД) – один из самых часто встречающихся зудящих дерматозов. Кроме кожного зуда пациенты часто жалуются на нарушение сна, постоянное снижение настроения, тревожность, психологический дискомфорт, потерю интереса к окружающему миру, а также на вздутие и чувство дискомфорта в области живота, нерегулярный стул. Цель работы – выявление влияния дисбиоза кишечника на тяжесть течения дерматоза, показатели качества жизни и на проявление депрессивной симптоматики у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы. В микологической клинике обследовано 32 больных (мужчин – 6, женщин – 26), страдающих АД, в возрасте от 18 до 75 лет: 18–30 лет – 17 больных (53,1%), 31–50 лет – 11 больных (34,4%), 51–75 лет – 4 больных (12,5%). Изучение микробиоты кишечника проводилось бактериологическим методом. Тяжесть течения АД оценивали по международной системе балльной оценки SCORAD, качество жизни больных АД – по дерматологическому индексу качества жизни (DLQI), диагностику уровня депрессии – по шкале депрессии Бека (BDI, Beck Depression Inventory), включающего 21 вопрос-утверждение. При отсутствии депрессивных симптомов количество баллов – менее 9. На легкую депрессию, астено-субдепрессивную симптоматику или невротический уровень указывает наличие 10–18 баллов и выше 19 баллов – состояние умеренной депрессии.

Результаты: При обследовании 32 больных АД индекс тяжести течения дерматоза (SCORAD) составил $58,9 \pm 15,01$ балла. Дисбиоз кишечника I-II степени выявлен у 62,5%, среди которых дисбиоз с пролиферацией грибов рода *Candida* был у 60%, пролиферация условно-патогенной биоты в кишечнике (*Klebsiella oxytoca/pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes/cloacae/lungwigii*) – у 40%, из которых у 25% имелся дефицит *E.coli*, пролиферация *Staph. aureus* – у 25%. Показатель качества жизни (DLQI) больных был значительно снижен и составил $14,4 \pm 4,8$ балла (отмечалось снижение самооценки, имелись проблемы в общении с окружающими), $p < 0,01$. Показатель BDI был немного повышен и составил $10,5 \pm 4,7$ балла, $p > 0,05$. В зависимости от наличия или отсутствия дисбиоза кишечника больные разделены на две группы: I группа (62,5% больных), у которых был выявлен дисбиоз кишечника, II группа (37,5% пациентов), у которых дисбиоз кишечника отсутствовал. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Индекс SCORAD у больных I группы был немного выше и составил $62,2 \pm 10,1$ баллов, у пациентов II группы $53,4 \pm 11,5$ баллов, $p > 0,05$. В зависимости от наличия или отсутствия дисбиоза кишечника показатель качества жизни больных АД не отличался (DLQI у I группы – $14,9 \pm 4,7$ балла, у II группы – $13,7 \pm 5,1$ балла, $p > 0,05$). Показатель шкалы депрессии BDI был выше у больных I группы с дисбиозом кишечника и составил $12,7 \pm 4,3$ балла, что было выше нормы ($p > 0,05$) и указывало на начало формирования астено-субдепрессивной симптоматики у этой группы пациентов. У больных II

группы, у которых дисбиоз кишечника отсутствовал, этот показатель укладывался в пределы нормативных значений ($7,9 \pm 3,6$) и был ниже, чем у пациентов I группы ($p > 0,05$). Выводы: 1. При обследовании 32 больных АД обнаружен дисбиоз кишечника у 62,5%. 2. Показатель качества жизни больных АД был значительно снижен ($14,4 \pm 4,8$ балла, $p < 0,01$) и не изменялся в зависимости от наличия или отсутствия дисбиоза у пациентов. 3. Индекс SCORAD у больных с дисбиозом кишечника был немного выше и составил $62,2 \pm 10,1$ баллов, чем у пациентов АД без дисбиоза ($53,4 \pm 11,5$ баллов, $p > 0,05$). С нарастанием тяжести АД увеличивается количество больных с дисбиозом кишечника. 4. Наличие дисбиоза кишечника при АД увеличивает риск появления астено-субдепрессивной симптоматики у больных (BDI I группы – $12,7 \pm 4,3$ балла, BDI II группы – $7,9 \pm 3,6$ баллов, $p > 0,05$).

ЭКСКОРИРОВАННЫЕ АКНЕ

Ольховская К.Б., Ляпон А.О.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: Психические факторы в ряде случаев являются триггером дебюта или очередного обострения хронического дерматоза. В свою очередь и кожные заболевания могут привести к психическим расстройствам (нозогениям и патологическим развитиям личности). Экскорируемое акне – особая форма заболевания, которая относится к позднему типу акне. Этим дерматозом страдают 21,5% первично обращающихся в отечественные дерматовенерологические клиники. Такой вид акне встречается у личностей, склонных к неврозу навязчивых состояний.

Целью исследования являлось определение основных клинических критериев диагностики эксkoriруемых акне и оценка эффективности терапии с использованием системного изотретиноина у данной категории больных.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 27 пациентов, среди которых 21 (77,78%) женщин – средний возраст $38,27 \pm 2,15$ лет и 6 (22,22%) больных мужского пола – средний возраст $17,08 \pm 1,22$ лет. Критериями диагностики эксkoriруемых акне являлось наличие множественных эксkoriаций, корочек, мелкие и глубокие рубцы, ограниченные участки гипер- и гипопигментации с локализацией высыпаний на коже лица, шеи и груди. Также диагностировать эксkoriруемые акне позволял подробный анализ жалоб больных: зуд, ползание мурашек, отношение к элементам как живому организму. У всех больных отмечалось отсутствие признаков себореи с преобладанием округлых и линейных язв и эрозий при минимальном количестве папул, пустул и комедонов. У 22 (81,48%) больных с эксkoriруемыми акне отмечались отклонения в психоэмоциональном статусе, что обуславливало невозможность следовать назначениям врачей (особенно при сложных схемах терапии), недоверие к медицинскому персоналу, отсутствие веры в выздоровление, постоянную смену специалистов. В 100% случаев ранее использовалась комбинированная терапия данного состояния с использованием традиционных средств по лечению угрей и психотропных препаратов (анксиолитики, транквилизаторы, нейролептики). Однако продолжительные и сложные схемы лечения обуславливали низкую привер-

женность пациентов к лечению, что приводило к неудачам в терапии. В соответствии с международными рекомендациями по ведению больных акне эксkoriруемые формы заболевания относятся к тяжелой степени течения дерматоза, и, следовательно, препаратом первой линии в их лечении должен быть изотретиноин. Всем больным был назначен системный изотретиноин в дозе $0,5 \text{ мг/кг}$ в сутки до достижения курсовой дозы 120 мг/кг (стандартная схема терапии). Для оценки тяжести течения акне проводился подсчет воспалительных и невоспалительных элементов сыпи с расчетом дерматологического индекса акне (ДИА), а также оценка качества жизни с использованием Кардиффского индекса акне-инвалидизации (шкала CAD1). Результаты: Проведенная терапия эксkoriруемых акне с использованием системного изотретиноина способствовала выраженной и быстрой динамике показателей ДИА: через 2 месяца лечения регистрировалась депрессия средних значений ДИА на 75,45%, через три месяца – на 93,33%, к окончанию периода наблюдения – 100%. Пациентов с отсутствием клинической эффективности от проводимой терапии не наблюдалось. Комплексный анализ результатов применения монотерапии системным изотретиноином позволил определить степень формирования и структуру нежелательных явлений: наиболее часто отмечались явления хейлита (100%) и ретиноевого дерматита (92,59%). Сухость слизистых оболочек, диспепсия, головная боль и нарушение сумеречного зрения регистрировались редко – в среднем в 11,11% случаев. Клинически значимые увеличения ферментов печени отмечались у 14,81%, а изменения липидограммы были констатированы у 29,63% больных. Важно отметить, что ни у одного больного возникших нежелательных явлений не относились к серьезным, не требовали отмены препарата и носили транзиторный характер – после окончания лечения полностью разрешились. Необходимо отметить, что ни у одного пациента не было выявлено отклонений в психосоциальном статусе, а показатели качества жизни пациентов после лечения по шкале CAD1 соответствовали нормальным значениям.

Заключение: Использование системного изотретиноина при лечении больных эксkoriруемыми акне способствует высокой эффективности терапии с отсутствием формирования тяжелых нежелательных явлений, а простота его использования – высокой комплаентности пациентов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

Пересади́на С.К.

Федеральное государственное казенное учреждение здравоохранения «7 Клинико-диагностический центр войск национальной гвардии России», Москва

Введение: Распространенность папилломавирусной инфекции человека (ПВИ) и разнообразие ее клинических проявлений, способность вызывать доброкачественные и злокачественные новообразования, трудности лечения представляют значительную клиническую проблему. Учитывая большую распространенность, высокую контагиозность, онкогенность вируса папилломы человека (ВПЧ), актуальной задачей является своевременная диагностика и адекватное лечение. ВПЧ считаются агентами, отвечающими за предракое поражение гениталий и

плоскоклеточный рак у мужчин и женщин. Папилломавирусы видоспецифичны и тканеспецифичны. В настоящее время описаны более 100 видов вируса папилломы человека (ВПЧ), отличающихся строением ДНК. Выделяют следующие разновидности вируса папилломы человека по степени онкологического риска: – низкого онкологического риска – 6,11,42,43,44; – среднего онкологического риска – 31,33,35,51,52,58; – высокого онкологического риска – 16,18,36,45.

Современная программа лечения ПВИ человека включает в себя следующие методы лечения. Деструктивные методы: -физические (хирургическое иссечение, диатермоэлектродкоагуляция, криотерапия, лазерное иссечение, радиоволновая терапия) ; -химические (обработка азотной, трихлоруксусной кислотой, солкодермом, ферезолом, колломаксом). Цитотоксические методы: обработка подофиллином, 5-фторурацилом. Иммунологические методы: назначение иммуномодуляторов, индукторов интерферонов. Комбинированные методы: сочетанное применение различных методов. Важнейшим показателем эффективности любого метода является частота рецидивов, отсутствие резистентности к терапии.

Цели исследования: -определение клинической эффективности комбинированного метода лечения, включающего деструкцию видимых образований и иммунотерапию.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 18 больных с папилломавирусной инфекцией гениталий и юношескими бородавками (15 мужчин в возрасте от 18 до 48 лет и 3 женщины в возрасте от 25 до 35 лет). Из них пациентов с юношескими бородавками 8 человек (7 мужчин и 1 женщина), множественными остроконечными кондиломами –10 человек (8 мужчин и 2 женщины). Длительность заболевания от 1 месяца до 5 лет. У всех больных с папилломавирусной инфекцией гениталий наблюдалось рецидивирование остроконечных кондилом, несмотря на их удаление. Предшествующая терапия проводилась у 8 больных и включала использование различных деструктивных методов: лазерная деструкция – 3 человека, электрокоагуляция – 2 человека, криотерапия – 2 человека, химическая деструкция – 1 человек. Юношеские бородавки у всех больных были локализованы на тыльной поверхности кистей, представляли собой крупные бляшки с полигональными очертаниями. Больным с папилломавирусной инфекцией гениталий до лечения проводилось обследование и лечение сопутствующих заболеваний, передающихся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, трихомоноз). Применялись следующие методы деструкции: – Лазерное иссечение с использованием диодного лазера с длиной волны излучения 970 нм, мощностью излучения от 8 до 10 Вт, с длительностью импульса излучения 1 секунда, в режиме повторяющихся импульсов; – Криодеструкция аппаратом «Криопен М» с областью действия от 1 до 8 миллиметров, подачей охлажденного газа под давлением 55 бар при температуре -89 градусов по Цельсию. Выбор метода деструкции определялся для каждого конкретного случая с учетом локализации образований, вероятности развития побочных эффектов. Одновременно назначались внутримышечные инъекции раствора «Иммуномакс» по 200 ЕД один раз в сутки на 1,2,3,8,9 и 10 дни лечения.

Результаты: У 16 больных сразу после окончания лечения наблюдалось отсутствие рецидивирования, у 2 больных с локализацией кондилом в перианальной области потребовался дополнительный сеанс деструктивной терапии. При контрольном наблюдении в течение 3 месяцев у всех больных рецидивирование отсутствовало.

Выводы: Комбинированный метод терапии, основанный на сочетании деструкции видимых поражений с назначе-

нием иммуномодулятора «Иммуномакс», как показывает исследование, наиболее соответствует критериям выбора оптимального метода лечения папилломавирусной инфекции.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Ляпон А.О.
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение Высшего
образования «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Министерства
здравоохранения РФ, Москва*

Длительное время антигистаминные препараты (АГП) используются в дерматологической практике с целью купирования зуда – основного субъективного симптома большинства воспалительных дерматозов. Однако отсутствие доказательной базы по-прежнему обуславливает актуальность вопроса выбора АГП, особенно в случаях, когда требуется длительная терапия.

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности и переносимости биластина в терапии острой спонтанной крапивницы.

Материал и методы: В рамках клинического наблюдательного исследования были обследованы и пролечены 30 пациентов с острой спонтанной крапивницей (ОСК) в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст 27,36±4,32 лет), из них 23 женщины и 7 мужчин. Проводился анализ данных анамнеза с целью определения триггеров возникновения ОСК и наличия сопутствующей аллергической патологии. Оценка тяжести течения крапивницы проводилась с использованием индекса UAS (urticaria activity score). Для определения переносимости фармакологического лечения ОСК определялись когнитивные функции при помощи корректурной пробы Бурдона. На последнем визите всем больным был предложен опросник, в рамках которого пациентам было предложено оценить по 5-балльной шкале эффективность терапии, удобство в применении препарата, переносимость лечения и вероятность использования данного лекарственного средства в случае рецидива дерматоза. При обработке полученных данных использовались методы непараметрической статистики использованием среднеарифметических значений и их ошибки по таблице Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: В результате анкетирования было установлено, что наиболее часто причиной развития ОСК являлось употребление лекарственных препаратов (13/43,33%), реже контакт с химическими аэрозолями (3/10,00%) и пищевые продукты (4/13,33%). У 10/33,33% пациентов выяснить причину развития крапивницы не удалось. Сопутствующая аллергическая патология была констатирована у 11/36,67% пациентов: у 6/20,00% atopический дерматит, у 2/6,67% бронхиальная астма, у 8/26,67% – аллергический ринит, который у 4-х больных сочетался с atopическим дерматитом и у одного пациента с бронхиальной астмой. В результате анкетирования и клинического осмотра больных средние значения UAS у больных, вошедших в исследование, составили $4,01 \pm 0,94$ баллов, то есть у большинства пациентов определялась средняя степень тяжести течения крапивницы (28/93,33%) и у 2-х больных (6,67%) тяжелая. Всем больным проводилась монотерапия с использованием биластина по 1 та-

блетке (20 мг) в сутки в течение 28 дней. Обязательным условием в лечении являлось исключение установленных или возможных триггеров заболевания при отсутствии их выявления. Анализ динамики средних значений индекса UAS показал достоверное снижение активности ОСК уже на третий день терапии до $2,98 \pm 0,07$ баллов (снижение на 25,69%) ($p < 0,05$). Через неделю лечения средние значения UAS составили $1,99 \pm 0,05$ (снижение на 50,37%), через 14 дней – $1,01 \pm 0,02$ баллов (снижение на 74,81%), через 21 день – $0,45 \pm 0,02$ баллов (снижение на 88,78%) и на 28 день – $0,12 \pm 0,01$ (снижение на 97,01%) ($p < 0,05$). В результате лечение ремиссия ОСК была констатирована у 28/93,33% больных, и выраженное улучшение у 2-х пациентов (6,67%). Было установлено, что проводимая терапия не способствовала снижению репродуктивности выполненных заданий и повышению ошибок при проведении пробы Бурдона до и после лечения. Значимых клинических отклонений в результатах лабораторных исследований не было зарегистрировано ни у одного пациента. Опрос больных показал, что в среднем пациенты отметили хорошую эффективность и переносимость терапии ($4,33 \pm 0,27$ и $4,59 \pm 0,15$ баллов соответственно), при этом переносимость и вероятность повторного применения препарата все больные оценили по наивысшему баллу.

Заключение: Монотерапия острой спонтанной крапивницы с использованием биластина способствовала быстрому и достоверному снижению активности клинических симптомов, формированию ремиссии у 93,33% больных, отсутствию возникновения когнитивных нарушений в результате терапии и низкому уровню формирования нежелательных явлений, что характеризует данный лекарственный препарат как современное, эффективное и безопасное средство первой линии для лечения аллергических заболеваний кожи.

ПРИЖИЗНЕННЫЙ ОКТ-МОНИТОРИНГ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТОПИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ПУТЬ К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ

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

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

Современная дерматология испытывает настоятельную потребность в прижизненных методах оценки морфологического состояния кожи для определения ее индивидуальных особенностей (возрастных, половых, генетических, профессиональных и др.) и особенностей кожи различной анатомической принадлежности с целью индивидуализации терапии, обеспечения максимальной ее эффективности и исключения осложнений. Одним из таких методов является оптическая когерентная томография (ОКТ) – высокоразрешающий (10–20 мкм) метод визуализации структуры биотканей, использующий в качестве зондирующего излучения низкоинтенсивный свет ближнего инфракрасного диапазона, позволяющий в режиме реального времени получать прижизненное изображение вертикального среза кожи любой локализации на глубину до 2 мм с визуализацией рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочкового и верхней

части сетчатого слоев дермы, сосудов и придатков кожи. Цель исследований: Изучить возможность использования ОКТ для мониторинга морфологического состояния кожи различной анатомической принадлежности в процессе нанесения топических не кортикостероидных и кортикостероидных препаратов различной силы.

Материалы и методы: Осуществляли ОКТ-исследование участков кожи лица, разгибательной поверхности предплечья, кисти и голени здорового добровольца 60 лет до и в процессе нанесения клобетазола пропионата 0,05%, метилпреднизолона ацетоната 0,1%, такролимуса 0,1%, в течении месяца с интервалом в 3 дня и в течение месяца после прекращения нанесения препаратов. Использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальная скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» (Россия).

Результаты: Установлены различия в толщине рогового и клеточного слоев эпидермиса перечисленных участков кожи (минимальные значения – в области лица) и в количестве и размерах сально-волосяных комплексов (максимально представлены в коже лица). Первые признаки истончения рогового (на 6 день) и клеточных слоев (на 15 день) эпидермиса были зарегистрированы на участках нанесения клобетазона пропионата. На участках нанесения метилпреднизолона ацетоната первые признаки истончения рогового слоя и клеточных слое эпидермиса начали регистрироваться на 21 и на 27 день наблюдения соответственно. В обоих случаях в наиболее ранние сроки истончение рогового слоя и клеточных слоев эпидермиса регистрировались на лице и голени, несколько позже на коже плеча и предплечья. На участках нанесения такролимуса к концу наблюдения регистрировалось незначительное увеличение толщины рогового и клеточных слоев эпидермиса. В процессе наблюдения после прекращения нанесения кортикостероидных препаратов было отмечено возвращение измененных параметров к первоначальным значениям, причем в более короткие сроки на участках нанесения метилпреднизолона ацетоната.

Выводы: ОКТ является эффективным инструментом прижизненной оценки морфологических особенностей кожи и может эффективно использоваться для мониторинга ее состояния с целью индивидуализации терапии, контроля побочных эффектов и профилактики осложнений.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПИТИРИАЗ ЛИХИНОИДНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

В 1902 году французским дерматологом Л. Броком был предложен термин «парапсориаз». Под этим названием были объединены в одну группу три малоизученных дерматоза. Основанием для их объединения было наличие между этими нозологиями переходных форм и общих признаков. Каплевидный, бляшечный, лихеноидный парапсориазы вначале рассматривались как самостоятельные

нозологии, а затем – как варианты параспориоза. Вместе с тем Брок не исключал и самостоятельности этих нозологий. Лихеноидный параспориоз впервые был описан в 1894 г. Нейссером (Neisser) и Ядассоном (Jadassohn). В 1899 г. Юлиусберг (Juliusberg) выделил это заболевание и дал ему название PLC5 (pityriasis lichenoides chronica). Муха (Mucha) повторно описал острую форму в 1916 г. и отделил ее от хронической. В 1925 г. Габерман (Habermann) дал название острому варианту – PLEVA. Болезнь Муха–Габермана (Mucha–Habermann) – синоним термина «PLEVA» (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta), многие авторы считают вариантом каплевидного параспориоза, однако другие считают их отдельными заболеваниями. Поскольку этиология и патогенез этих заболеваний не до конца изучены, они до сих пор остаются вместе под групповым названием. Острый лихеноидный педириаз (болезнь Муха–Габермана) чаще возникает у детей, иногда его регистрируют у взрослых в возрасте 20–30 лет. Заболевание развивается остро (в течение нескольких дней или 1–2 недель). Характерен истинный полиморфизм сыпи – одновременно появляются папулы, пустулы, папуло-везикулы, геморрагические пятна. В результате волнообразного появления высыпаний наблюдается эволюционный полиморфизм элементов: пустула или папула – эрозия или язва – корка – вторичное пятно. Хронический лихеноидный педириаз чаще диагностируется у взрослых пациентов. Заболевание характеризуется медленным началом (недели, месяцы), длительным течением (несколько лет) и чередованием периодов обострений и ремиссий. Субъективные ощущения обычно отсутствуют, иногда больных беспокоит незначительный зуд. Первичным морфологическим элементом сыпи является плоская округлая папула размерами 4–10 мм, имеющая вначале розовый или красный цвет, затем желтовато-коричневый; инфильтрат в основании папулы незначительный, высыпания не сливаются и не группируются. Под нашим наблюдением в 2018 году в стационарном отделении филиала МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко» находился пациент 58 лет, считает себя больным в течение 4 лет, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей. Дерматологом по месту жительства выставлен диагноз псориаз и назначено амбулаторное лечение. Сезонности заболевания не отмечает. Лечился амбулаторно и стационарно. Последняя госпитализация в январе 2016 г., проведена комбинированная терапия с присоединением метотрексата, в амбулаторных условиях также принимал метотрексат до апреля 2018 года. Поступил в стационар с обострением в течение 1 месяца. Status localis: при поступлении высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностях, паховых складок. Представлен мономорфными высыпаниями в виде округлых папул ярко-розового цвета до 0,5 см в диаметре, сливающихся в многочисленные умеренно инфильтрированные бляшки до 2 см, с четкими границами, округлыми очертаниями, на поверхности высыпаний визуализируется обильное мелкопластинчатое шелушение, а также высыпаниями в виде инфильтрированных ярко-красных папул, часть с «покрышкой – чешуйкой» в центре, на некоторых визуализируется симптом «облатки». Псориатическая триада в полном объеме не воспроизводится. Картина гистологического исследования более всего соответствует педириазу лихеноидному хроническому. Больному выставлен соответствующий диагноз. Данным клиническим случаем мы хотели бы обратить внимание на необходимость проведения гистологического исследования для подтверждения первичного диагноза псориоза, когда клиническая картина не в полной мере соответствует симптоматике нозологии и патология приобретает торпидное течение.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОМ ЧИСЛЕННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ СЕЛЕКТИВНОГО НАГРЕВА СОСУДА В «ВИННЫХ ПЯТНАХ» ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ

Пономарев И.В.

Физический институт Академии наук, Москва

Численное моделирование нагрева кровеносных сосудов в «винных пятнах» использовано для выбора наиболее эффективных и безопасных методов лазерного лечения «винных пятен». Селективный нагрев рассчитывался под действием излучения диодного лазера, Nd:YAG лазера, лазера на парах меди (ЛПМ) и импульсного лазера на красителе (ИЛК). Определен диапазон энергетической плотности экспозиции (флюенса), диаметр и глубина расположения сосудов, при которых возможно их селективное нагревание до температуры коагуляции. Выбор лазера зависит от размеров диспластических сосудов и их удаленности от поверхности эпидермиса. Вычисления диапазона значений флюенса, обеспечивающих селективный нагрев сосуда для температуры 75 градусов, проводились для ЛПМ, длина волны 578 нм (время экспозиции 30–200 мс), ИЛК 585 нм (время экспозиции 3 мс), диодного лазера 980 нм (время экспозиции 200 мс) и Nd:YAG-лазера 1060 нм (время экспозиции 20 мс) соответственно. Расчеты выполнены при помощи математического моделирования динамики оптических и термодиффузионных процессов, обусловленных воздействием света на сосуды кожи. Было использовано программное обеспечение Matlab и его приложение для решения дифференциальных уравнений в частных производных методом конечных элементов Femlab. Геометрия модели, фундаментальные уравнения и граничные условия, выбранные для математического моделирования, описаны в [4,5]. Значения оптических и теплофизических параметров для расчета были взяты из [6–12]. Расчет диапазона флюенса, в котором может происходить селективная коагуляция сосуда, был основан на двух критериях – температура сосуда превышает 75 °С, а температура ткани не превышает 75 °С. Проведенные расчеты показали, что селективный лазерный нагрев кровеносных сосудов обеспечивается для ЛПМ (200 мс время экспозиции) в фототерапевтическом диапазоне с границами флюенса от 8 до 17 Дж/см², для ИЛК 2–6 Дж/см², для диодного лазера 48,5–100 Дж/см² и для Nd:YAG 84–127 Дж/см² соответственно. Для лечения диспластических сосудов в «винных пятнах» эффективным является использование ЛПМ, который производит селективный нагрев сосудов увеличенных диаметров ниже температуры закипания крови в капиллярах, что должно обеспечивать селективную коагуляцию сосуда без эффектов разрыва сосудов и образования гематом, связанных с вскипанием крови как в случае ИЛК.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Порошина Л.А., Бакалец Н.Ф., Панкратов О.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель

В этиопатогенезе ограниченной склеродермии до настоящего времени остается много нерешенных и сложных аспектов. Несомненна роль в патогенезе дерматоза на-

рушений микроциркуляции, активации воспалительных процессов наряду с дисбалансом иммунной системы и патологией фиброобразования. Важным фактором фиброза и воспаления является, кроме всего прочего, высокий уровень холестерина в сыворотке, ожирение [1]. Дислипидемические изменения ведут к развитию дисфункции эндотелия, нарушениям микроциркуляции, активации аутоиммунных процессов. Имеются немногочисленные и противоречивые данные о характере липидного обмена у пациентов с ограниченной склеродермией. Некоторые авторы отмечают, что у пациентов со склеродермией наблюдается атерогенный профиль липидов, субклинический атеросклероз и повышенный риск сердечно-сосудистых событий, а также более высокая встречаемость метаболического синдрома относительно общей популяции. [2,3].

Цели и задачи исследования: Определить показатели липидного обмена (уровень холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ), индекса атерогенности (ИА) у пациентов с ограниченной склеродермией, оценить дислипидемические изменения у данных пациентов, оценить у них наличие, степень и характер ожирения.

Материалы и методы исследования: Проведено исследование показателей липидного обмена (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, ИА) у 32 пациентов (30 женщин и 2 мужчин), находившихся на стационарном лечении в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в первой половине 2018 года. У данных пациентов также проводились антропометрические измерения (рост, вес), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), измерялась окружность талии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ «Статистика-10».

Результаты и обсуждение: Средний возраст обследуемых пациентов составил $58,7 \pm 12,99$ лет. Показатели ИМТ варьировали от $17,78 \text{ кг/м}^2$ до $43,50 \text{ кг/м}^2$, среднее значение ИМТ составило $30,05 \pm 5,3 \text{ кг/м}^2$. Только у 4 пациентов определялась нормальная масса тела. Избыточная масса тела (ИМТ $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$) была у 12 пациентов. Ожирение было диагностировано у половины обследованных пациентов: ожирение первой степени (ИМТ $30\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$) – у 9 пациентов, второй степени (ИМТ $35\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$) – у 5 пациентов, третьей степени (ИМТ 40 кг/м^2 и более) – у одной пациентки. У 90,0% обследуемых имело место абдоминальное ожирение: размеры окружности талии превышали 80 см у женщин и 90 см у мужчин (среднее значение $98,38 \pm 14,02$ см). У 87,38% пациентов, страдающих ограниченной склеродермией, отмечалась атерогенная дислипидемия. У 17 пациентов уровень холестерина превышал норму, при том, что 5 пациенток принимали аторвастатин и на момент исследования уровень холестерина у них был в пределах нормальных значений. Средний уровень холестерина составил $5,8 \pm 1,17$ ммоль/л. Наиболее часто, у 71,88% обследованных пациентов, наблюдался вариант атерогенной дислипидемии со снижением уровня ЛПВП. 19 пациентов имели повышенный уровень ЛПНП (среднее значение $3,77 \pm 0,81$ ммоль/л), у 21 пациента был повышен уровень ЛПОНП (среднее значение $0,81 \pm 0,47$ ммоль/л). Гипертриглицеридемия была выявлена у 13 пациентов (среднее значение составило $1,82 \pm 1,12$ ммоль/л). ИА варьировал от 2 до 5, среднее его значение составило $3,2 \pm 1,0$. Выводы: таким образом, у большинства пациентов с ограниченной склеродермией был выявлен атерогенный профиль липидов, у половины из них ИМТ соответствовал ожирению той или иной степени, окружность талии не со-

ответствовала целевым показателям у 90% исследуемых. Вероятно, при учете показателей углеводного обмена и уровня артериального давления у многих из большинства из них будет диагностирован метаболический синдром. Возможно, лечение пациентов с учетом коморбидной дислипидемии приведет к положительной динамике кожного процесса ограниченной склеродермии.

Литература 1. Duffield J. S., Lupher M., Thannickal V. J. Host Responses in Tissue Repair and Fibrosis. *Annu Rev Pathol.* 2013; 8: 241–276. 2. Tsifetaki N., Georgiadis A.N., Alamanos Y., Fanis S., Argyropoulou M.I., Drosos A.A. Subclinical atherosclerosis in scleroderma patients. *Scand J Rheumatol.* 2010; 39(4):326–9. 3. Peralta-Amaro A.L., Cruz-Dominguez Mdel P., Olvera-Acevedo A., Vera-Lastra O.L. Prevalence of metabolic syndrome and insulin resistance in system sclerosis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 3(4):476–83.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Невозинская З.А., Данилин И.Е. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Склеродермия является болезнью соединительной ткани, характеризующейся поражением мелких и крупных сосудов, воспалением, аутоиммунной и тканевой реконструкцией, что часто приводит к рубцеванию и фиброзу в сосудах и внутренних органах. Всего нами было обследовано 400 больных в возрасте от 18 до 85 лет. Среди наших больных было 370 женщин и 30 мужчин. Исследование пациентов, страдающих ограниченными формами склеродермии, проводилось нами на базе филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ за период 2015–2017 годов. Распределение по возрасту было следующим: до 20 лет у нас наблюдалось 10 пациентов в возрастном промежутке 21–30 лет – 23 человека, в возрастном промежутке 31–40 лет – 36 пациентов, в возрастном промежутке 41–50 лет – 27 больных, в возрастном промежутке 51–60 лет – 113 человек, в возрастном промежутке 61–70 лет – 172 пациента, в возрастном промежутке 71–80 лет – 50 больных, а старше 80 лет мы обследовали 9 пациентов. Максимальное количество больных отмечалось в возрастном промежутке 61–70 лет. Среди наших пациентов наблюдалось следующее распределение диагнозов: больных с диагнозом «ограниченная склеродермия» было 315 человек, с диагнозом «линейная склеродермия» было 5 больных, с диагнозом «буллезная форма склеродермии» наблюдалось 2 пациента, с диагнозом «склероатрофический лишай» – 72 пациента, с диагнозом «атрофодермия Пазини-Пьерини» – 4 больных, с диагнозом «синдром Парри-Ромберга» – 2 пациента. Из 400 наших больных 92 пациента предъявляли жалобы на наличие субъективных ощущений: на зуд жаловались 70 больных, на жжение – 2 человека, на болезненность – 6 пациентов и на ощущение стянутости кожи – 14 больных. Наличие сопутствующих патологий отмечалось у 380 обследуемых пациентов. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечались у 350 пациентов. Сахарный диабет был выявлен

у 35 человек. Патология щитовидной железы отмечалась у 46 больных, при этом аутоиммунный тиреоидит у 24 больных. Гинекологические заболевания встречались в 16,6% случаев. Заболевания дыхательной системы отмечались в 11,1% случаев. Патология желудочно-кишечного тракта отмечается у 55 больных, при этом заболевания желчевыводящих путей встречались в 23,2% случаев. Патология вен нижних конечностей была обнаружена у 22 больных. Астено-невротический синдром отмечался у 12 пациентов. Патология почек была зафиксирована у 22 исследуемых. Патология костного аппарата отмечалась у 46 больных и включала в себя остеопороз, остеохондроз и артрит. Подagra отмечалась у 4 больных. В анамнезе злокачественные новообразования присутствовали у 10 пациентов. Полученные данные говорят о том, что перечисленные патологии необходимо рассматривать в качестве проявления системности кожного процесса.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ В 2015–2017 ГОДАХ

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Доля О.В., Захарова А.Б., Мельниченко О.О., Скворцова А.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Проблема своевременной диагностики и лечения нейросифилиса (НС) не теряет своей актуальности в настоящее время. Результатом несвоевременно выявленного НС являются тяжелые поражения нервной системы и, как следствие, значительное снижение качества жизни пациентов, инвалидизация и, в некоторых случаях, летальный исход. Цель и задачи: Провести сравнительный анализ динамики заболеваемости НС в городе Москве за трехлетний период, оценить динамику удельного веса НС в структуре заболеваемости всеми формами сифилиса.

Материалы и методы: Данные, представленные в форме федерального статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями» за период 2015–2017 гг. Результаты: в 2017 г. на территории города Москвы было зарегистрировано 3767 случаев с впервые установленным диагнозом «сифилис», что составило 30,4 на 100 тыс. населения (2016 г. – 3984 случая или 32,3 на 100 тыс. населения, в 2015 г. – 2677 случаев или 21,9 на 100 тыс. населения). В результате сравнительного анализа установлено, что заболеваемость сифилисом в городе Москве в 2017 г. уменьшилась на 5,88% по отношению к 2016 г. и увеличилась на 38,8% по сравнению с 2015 г. Вместе с тем в 2017 г. на территории города Москвы было зарегистрировано 94 случая с диагнозом «нейросифилис», что составило 0,9 на 100 тыс. населения (2016г. – 186 случаев или 1,8 на 100 тыс. населения, в 2015 г. – так же 217 случаев или 2,1 на 100 тыс. населения). Из представленных данных следует, что заболеваемость НС в городе Москве в 2017 году снизилась по отношению к 2016 году на 49,5 % и на 56,7 % по сравнению с 2015 годом. Удельный вес НС от всех форм сифилиса составил в 2017 г. – 2,5 % (в 2016 г. – 4,7 %, в 2015г. – 8,1 %), что на 46,9 % меньше, чем в 2016 г. и на 69,1 % меньше, чем в 2015 г.

Выводы: На фоне увеличения общей заболеваемости си-

филитической инфекцией за период 2015–2017 гг. в городе Москве отмечается уменьшение числа случаев НС. Данную ситуацию в определенной мере можно объяснить выполнением врачами-дерматовенерологами, а также врачами неврологами, психиатрами и наркологами положений утвержденного в 2017 году приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 11.08.2017 № 565 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной помощи больным нейросифилисом» при выявлении НС. Однако, несмотря на позитивные тенденции, диагноз НС требует выполнения действующей нормативно-правовой документации, регламентирующей единую диагностическую схему и тактику ведения данной категории больных, преемственность и взаимодействие врачей смежных специальностей при выявлении НС.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТРИХОФИТИЕЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2017 ГОД

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Захарова А.Б., Мельниченко О.О.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Актуальность: Трихофития (ТФ) относится к дерматофитиям, вызываемым грибами рода *Trichophyton* и протекающим с поражением кожи и ее придатков. Различают поверхностную ТФ, вызываемую антропофильными грибами (*T.violaceum* и *T.tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*T.mentagrophytes* var. *gypseum* и *T.verrucosum*), паразитирующими на животных. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей ТФ среди населения г.Москвы является важным аспектом работы дерматовенерологической службы и других заинтересованных ведомств по разработке и реализации адресных и эффективных мер эпидемиологического надзора.

Цель исследования: Оценка эпидемиологической ситуации в отношении заболеваемости ТФ в г.Москве за период с 2015 по 2017 гг.

Материал и методы: Ретроспективный анализ заболеваемости ТФ в г. Москве за период 2015–2017 гг. на основании форм федерального статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями», №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой».

Результаты: В 2017 г. на территории г. Москвы зарегистрировано 132 случая ТФ (1,07 случая на 100 тыс. населения), в 2016 г. – 110 случаев (0,89 случая на 100 тыс. населения), в 2015 г. – 80 случаев (0,66 случая на 100 тыс. населения). Абсолютное число случаев ТФ в 2017 г. по сравнению с 2016 г. увеличилось на 20%, а по сравнению с 2015 г. отмечается рост на 65%. Заболеваемость населения г. Москвы ТФ в 2017 г. увеличилась на 20,2% по отношению к 2016 г. и на 62,1% по сравнению с 2015 г. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости ТФ на протяжении анализируемого периода составили лица в возрасте

0–17 лет. В 2017 г. данный показатель составил 84,8% от общего числа зарегистрированных случаев ТФ в г. Москве, что несколько превышает показатели 2016 (80%) и 2015 (77,5%) гг. В 2017 г. зарегистрировано 112 случаев ТФ у детей 0–17 лет, что на 27,3% больше, чем в 2016 г. (88 случаев) и на 80,6% больше, чем в 2015 г. (62 случая). Заболеваемость детей 0–17 лет в 2017 г. составила 5,5 случаев на 100 тыс. детского населения, что на 22,2% больше, чем в 2016 г. (4,5 случая на 100 тыс. детского населения) и на 61,8% больше, чем в 2015 г. (3,4 случая на 100 тыс. детского населения). Абсолютное число случаев ТФ у взрослого населения изменилось незначительно: в 2017 г. зарегистрировано 20 случаев, в 2016 г. – 22, в 2015 г. – 18. Заболеваемость ТФ взрослых в 2015–2017 гг. не претерпела изменений и составляет 0,2 случая на 100 тыс. взрослого населения. В 2017 г. возбудителем ТФ в 92 случаях (69,7%) явились антропофильные виды грибов, в 40 случаях (30,3%) – зоофильные виды. В 2016 г. в 63 случаях (57,3%) антропофильные виды, в 47 случаях (42,7%) – зоофильные виды. В 2015 г. в 35 случаях (47,9%) антропофильные виды, в 38 случаях (52,1%) – зоофильные виды.

Выводы: Анализ эпидемиологической ситуации по ТФ в г. Москве за период с 2015 по 2017 гг. продемонстрировал существенный рост заболеваемости за счет увеличения числа случаев среди детей и преобладание в 2016–2017 г. антропофильных видов грибов среди спектра возбудителей. Существенное влияние на повышение выявляемости ТФ в г. Москве и изменение спектра возбудителей в пользу преобладания антропофильных видов оказывает увеличение миграционных потоков из регионов России, стран СНГ с высоким уровнем заболеваемости ТФ. Кроме того, улучшение выявления ТФ обусловлено повышением качества диагностических мероприятий. В частности, полноценное лабораторное обследование, включающее 100% охват бактериологическим исследованием больных при подозрении на ТФ, позволяет верифицировать этиологический диагноз дерматомикоза и уменьшает вероятность диагностических ошибок (в 2014 г. охват бактериологическим исследованием при подозрении на дерматофитию не превышал 70%). Выявленные эпидемиологические особенности ТФ в г. Москве, в том числе – рост заболеваемости среди детского населения, преобладание эпидемического процесса антропонозного характера, обосновывают целесообразность привлечения врачей-дерматовенерологов к проведению профилактических медицинских осмотров детских организованных коллективов в периоды сезонного подъема заболеваемости.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ФИЛИАЛА «МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ» ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СИФИЛИСА У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

*Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В.,
Коробова Е.Е., Тихомиров Т.А.*

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

Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущест-

венно половым путем, характеризующееся полиорганным поражением и стадийным прогрессирующим течением. Значительный вклад в формирование неблагоприятной эпидемиологической обстановки по сифилису на территории города Москвы вносят трудовые мигранты, прибывающие в Москву в основном из стран СНГ. В соответствии с действующими нормативными документами медицинское освидетельствование иностранных граждан для получения патента, разрешения на временное проживание или вида на жительство проводится в филиале «Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции» (ММЦ ТМ) ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Цель исследования: Анализ результатов работы филиала «ММЦ ТМ» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» по выявлению сифилиса у иностранных граждан и лиц без гражданства в 2017 году.

Материалы и методы: Статистические данные из информационной системы «ЕМИАС ММЦ ТМ» за 2017 год.

Результаты: В 2017 году в филиале «ММЦ ТМ» было обследовано 504000 иностранных граждан. При скрининговом обследовании на сифилис положительные серологические реакции на сифилис, требующие дополнительного обследования пациентов для подтверждения либо исключения сифилиса, были выявлены у 7745 человек (1,5%). На основании результатов дополнительного обследования сифилис был установлен у 2195 (28,3%) мигрантов. Сифилис в анамнезе был констатирован у 3181 человек (41,1%). У 359 обследованных мигрантов (4,6%) установлены биологические ложноположительные реакции на сифилис. 1723 человек (22,3%) из числа лиц с положительными серологическими реакциями на сифилис явиться на дополнительное обследование отказались. Соотношение мужчин и женщин составило 3/1. Наибольшее число трудовых мигрантов, явившихся на обследование, прибыло из республик Средней Азии, в том числе: из Узбекистана: 42,6%, из Таджикистана – 36,7%, из Молдовы – 8,2%; из Украины – 7,4%. Наиболее часто среди обследованных мигрантов констатирован поздний скрытый сифилис (63,3%), сифилис скрытый, неуточненный как ранний или поздний (23,3%), сифилис ранний скрытый (12,9%), сифилис кожи и слизистых оболочек (0,4%), неуточненные формы сифилиса (0,1%). Из общего числа выявленных в 2017 году пациентов с сифилисом специфическое лечение в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» было проведено лишь 1341 мигранту (61%), в то время как 854 человека (39%) от лечения отказались.

Выводы: Анализ полученных данных свидетельствует о высокой частоте (28,3%) выявления сифилиса среди трудовых мигрантов с положительными серологическими реакциями на сифилис, обнаруживаемыми при скрининговом обследовании. Наиболее частой формой сифилиса, выявляемого у мигрантов, является скрытый сифилис, регистрируемый у 99,5% пациентов. Часть пациентов с положительными серологическими реакциями на сифилис (22,3%), выявляемыми при скрининговом обследовании, отказывается от проведения дополнительного обследования с целью исключения сифилиса. Значительный процент (39%) мигрантов с установленным диагнозом сифилиса по тем или иным причинам отказывается от проведения специфического лечения. Это создает опасную эпидемиологическую ситуацию по распространению сифилиса в городе Москве. Решением данной проблемы может явиться разработка и принятие нормативно-правового регламента, не допускающего пребывание на территории РФ и города Москвы иностранных граждан, не являющихся на дообследование по сифилису либо отказывающихся от специфического лечения в случае установленного диагноза сифилиса.

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

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логинава Департамента здравоохранения Москвы, 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-х 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 фолликулярные 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 невусов 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 зоны. Пациенту проведено хирургическое иссечение образования в ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логинава ДЗМ с последующим гистологическим исследованием: поверхностно 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 метакральных опухолей кожи. Также необходима коррекция терапии псориаза с учетом сопутствующей патологии меланоцитарной системы.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЯМИ

Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова»; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Актуальность: Качество жизни в медицине – важнейший показатель, отражающий влияние заболевания и его лечения на благополучие пациента. Улучшение показателей качества жизни должно быть главной целью лечения пациентов с алопециями, не ограничивающими продолжительность жизни человека, а имеющими, главным образом, негативные психосоциальные последствия. На настоящий момент данных литературы, которые позволили бы судить о параметрах нарушения качества жизни пациентов с различными вариантами алопеций и роли клинических особенностей патологий, недостаточно.

Цель: Определить показатели качества жизни у пациентов с различными вариантами алопеций.

Методы: Выборка исследования (118 набл.; 97 женщин; средний возраст – 36,6 ± 13,4 лет) была сформирована на базе Отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Все пациенты были обследованы врачом-дерматовенерологом (трихологом), установлены следующие клинические варианты потери волос:

андрогенетическая алопеция (44 набл.), диффузное телогеновое выпадение волос (37 набл.), гнездная алопеция (28 набл.) и рубцовые алопеции (9 набл.). Для определения показателей качества жизни пациентов применялись 2 психометрических опросника: наиболее часто используемый для оценки качества жизни в дерматологии Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ, Dermatology Life Quality Index) и специфический для патологии волос СКИНДЕКС-29 (Hair Specific Skindex-29), дополнительно детализирующий влияние заболевания на психосоциальное функционирование (включает 3 шкалы «эмоции», «функции» и «симптомы»). Чем выше показатели индексов шкал качества жизни, тем более выраженное негативное влияние оказывает патология на жизнь пациента.

Результаты: В изученной выборке пациентов с разными вариантами алопеций у 22% больных (26 набл.) было установлено незначительное (ДИКЖ 2–5 баллов), у 22% (26 набл.) – умеренное (ДИКЖ 6–10 баллов), у 12,7% (15 набл.) – очень сильное (ДИКЖ 11–20 баллов) и в 1 набл. – чрезвычайно сильное влияние патологии на качество жизни. Средний балл ДИКЖ в выборке составил $5,1 \pm 4,9$, средний общий балл СКИНДЕКС-29 – $28,8 \pm 18,5$. Наиболее высокие баллы СКИНДЕКС-29 у пациентов с алопециями были получены по подшкале «эмоции» ($46,3 \pm 22,7$), значительно более низкие – «функции» ($20,7 \pm 22,1$) и «симптомы» ($19,4 \pm 20,6$). Наибольшее влияние на качество жизни выявлено у пациентов с гнездной алопецией (ДИКЖ $7,1 \pm 5,5$; общий балл СКИНДЕКС-29 $33,1 \pm 21,9$), у которых в соответствии со СКИНДЕКС-29 доминировали провоцируемые заболеванием эмоции (волнение, смущение, стыд, депрессия и пр.; по шкале «эмоции» $49,7 \pm 23,9$) и нарушения функционирования (влияние на взаимоотношения, качество сна, желание оставаться дома, избегать социальных контактов и пр.; по шкале «функции» $28,6 \pm 26,1$). Наибольшие же нарушения, связанные с симптомами (зуд, жжение, боль, раздражение, кровоточивость и пр.), выявлены у пациентов с рубцовыми алопециями (СКИНДЕКС-29 по шкале «симптомы» $25,0 \pm 26,3$), для клинической картины которых характерно наличие субъективных ощущений. Не выявлено значимой корреляции показателей качества жизни по оценке пациента с оценкой тяжести алопеции врачом-дерматовенерологом (критерий Пирсона).

Выводы: Клинические особенности алопеций (вариант облысения), по-видимому, вносят вклад в формирование нарушений показателей качества жизни пациентов. В случае алопеций – заболеваний, как правило, не ограничивающих продолжительность жизни пациентов, – может быть полезным использование психометрических шкал для оценки качества жизни, детализирующих влияние патологий на психическое и социальное функционирование (пример, специфический для патологии волос СКИНДЕКС-29). Принимая во внимание показатели качества жизни у пациентов с алопециями в дополнение к клинической оценке тяжести патологии, врач получает более целостное представление о состоянии пациента.

ГИАЛУРОНОВАЯ И ЯНТАРНАЯ КИСЛОТЫ В ПРОГРАММАХ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

Ромашкина А.С.

ООО «Медицинский центр АВРОМЕД», Москва

Проблема гиперпигментации является весьма актуальной в условиях современной косметологии. Основными

причинами гиперпигментации являются чрезмерная инсоляция, не соблюдение правил фотопroteкции кожи как неповрежденной, так и после травматизации (после косметологических процедур, после перенесенных дерматозов). С этой целью необходимо использовать средства, блокирующие действие тирозиназы, влияющие на реакции REDOX, а также стимулировать деградацию белков, участвующих в синтезе меланина, работать с функцией и созреванием меланосом, ингибировать передачу меланосом кератиноцитам.

Цель: Определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую и янтарную кислоты для коррекции гиперпигментации.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 40 до 50 лет с очагами гиперпигментации разной степени выраженности. Все женщины получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего янтарную кислоту в виде 16 мг/мл сукцината натрия и 11 мг/мл гиалуроновой кислоты. Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. 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 аппарата ANTERA 3D.

Результаты: У всех пациенток отмечалась положительная динамика в виде уменьшения гиперпигментации. 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): 16 пациенток (80%) оценили результат на 3 балла, 4 пациентки (20%) – на 2 балла. Также балльная шкала использовалась для оценки очагов гиперпигментаций. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности пигментации: средний балл до лечения – 1,8 после – 0,8. При исследовании кожи с помощью аппарата ANTERA 3D наблюдалось уменьшение площади участков гиперпигментации, а также уменьшение ее выраженности. 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 нормализации пигментообразования. Все вышесказанное позволяет считать данную процедуру эффективным методом коррекции у пациентов с очагами гиперпигментации.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СЕКУКИНУМАБ У ПАЦИЕНТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Свечникова Е.В., Жуфина С.Е.

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

Задачи исследования: Оценить клиническую эффективность, переносимость и возможные побочные явления

терапии препаратом секукинумаб у пациента с вульгарным распространенным псориазом тяжелой степени.

Материалы и методы: Исследование проводится на базе ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ в отделении дерматовенерологии и косметологии. Под наблюдением находился пациент в возрасте 74 лет, который страдает распространенным вульгарным псориазом тяжелого течения в течение 30 лет, ранее получавший базисную терапию метотрексатом, курсы фототерапии. Пациент получал терапию секукинумабом в течение 12 недель по схеме: иницирующий курс из 4-х еженедельных подкожных инъекций в дозировке 300 мг в неделю, далее еженедельные подкожные инъекции секукинумаба в дозировке 300 мг. Перед началом терапии генно-инженерным биологическим препаратом пациент прошел стандартные обследования: на ВИЧ, гепатиты В, С, туберкулез, исключение онкологического процесса, клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (глюкоза, АЛТ, АСТ, ГГТ, креатинин, липидный профиль), С-реактивный белок. Также на фоне лечения еженедельно оценивалась динамика показателей клинического и биохимического анализа крови, клинического анализа мочи. До начала лечения секукинумабом и после каждой инъекции проводились подсчеты индексов Psoriasis Area and Severity Index (PASI) и Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Результаты и их обсуждение: У пациента с тяжелым течением распространенного вульгарного псориаза (PASI – 38,3) до начала лечения были выявлены сопутствующие заболевания – ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН0. Хронический гастрит с кишечной метаплазией, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия. Хроническая цервикобрахиалгия, ремиссия. Противопоказаний для начала лечения не было выявлено. Пациент переносил лечение удовлетворительно. Отмечалась положительная динамика со стороны кожного процесса, тяжесть которого оценивалась с помощью индекса PASI. До лечения PASI – 38,3, после первой инъекции – 23,2, после второй – 25, после третьей – 8,2, четвертой – 5,8, пятой – 3,8, шестой – 1,1. Индекс качества жизни дерматологического пациента DLQI до лечения составлял 8 баллов, что отражает умеренное влияние кожного заболевания на жизнь пациента, улучшение отмечалось уже после второй инъекции, DLQI составил 5 баллов, после 6 инъекций DLQI – 0 баллов. При лабораторном обследовании до лечения в клиническом анализе крови отмечались явления анизоцитоза, которые после 2-й инъекции регрессировали. В клиническом анализе мочи и биохимическом анализе крови до лечения и на протяжении первых трех месяцев лечения показатели находились в рамках референсных значений. В течение 3 месяцев лечения секукинумабом нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем не отмечалось. Целевые значения АД, ЧСС – без отрицательно динамики.

Выводы: На фоне лечения секукинумабом у пациента наблюдается положительная динамика уже в течение недели после первой инъекции. Индекс PASI после 6 инъекций снизился на 97%. Снизились значения индекса DLQI, динамика к снижению отмечалась уже после 2-й инъекции. Пациент хорошо переносит лечение, нежелательных явлений в течение 3 месяцев терапии не выявлено.

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ

Сивакова Н.Г., Сорокина Е.В., Ахматова Н.К.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», кафедра дерматовенерологии и косметологии, Москва

Альтерация иммунного ответа вследствие развития хронических форм бактериальных инфекций, реактивации вирусов, латентных формы инфекций может приводить к развитию иммунопатологических реакций и играть ведущую роль в патогенезе хронической крапивницы. Поэтому понимание ранних событий иммунного ответа может внести ясность в определение характера иммунной дисфункции у больных хронической крапивницей.

Цель исследования: Изучение триггерных факторов в развитии хронической крапивницы и особенностей врожденного иммунного ответа.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 134 больных хронической идиопатической крапивницей (ХИК) в возрасте от 16 до 60 лет. Большим было проведено бактериологическое, вирусологическое и иммунологическое исследования. Изучение экспрессии TLRs на МЛПК проводили методом проточной цитометрии с применением МАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR9 с использованием проточного цитометра FC-500.

Результаты: Результаты вирусологического и бактериологического обследований показали 15%/20 позитивных результатов в отношении ДНК ВПГ1 и 1,5%/2 в отношении ДНК ВПГ2, ВЭБ идентифицировано у 20,1%/27 больных, ВГЧ-6 у 15%/20 больных, у 9,6%/13 больных-ВГЧ-7 типа, аденовирус у 15%/20 больных. Бактериологическими методами в отделяемом органов дыхания выявлена высокая степень колонизации *Staphylococcus aureus* носоглотки у 44%/59 больных, *Klebsiella pneumoniae* – у 19,4%/26 больных, *Proteus vulgaris* у 14,2%/19 больных, реже выявлялись *Streptococcus spp.* – у 10,4%/14 больных, в единичных случаях – *Moraxella catarrhalis*, *P. aeruginosa* – и *Candida*. Бактериальная колонизация в клинически значимых концентрациях в сочетании с клиническими проявлениями ХВЗ ЛОР-органов наблюдалась у 60,4%/72 больных. Признаки сочетанной вирусно-бактериальной патологии установлены у 28,4%/38 больных. Показано, что у большинства больных с сопутствующей бактериальной инфекцией наблюдаются высокие уровни экспрессии TLR2, превышая нормальные значения в группе здоровых лиц в 5,5 раз и составляя 29,6±4,2%. В то время как отмечалось более значительное повышение экспрессии TLR2 при бактериальной патологии по сравнению с вирусной (11,1±2,2%) соответственно. Уровни экспрессии TLR4 также выше нормальных значений (18,8±2,3%). У больных ХИК при наличии сопутствующих рецидивирующих вирусных инфекций наблюдались повышенные по сравнению с группой здоровых лиц уровни экспрессии TLR3, TLR9 (46,6±4,3 и 28,2±5,1)% была повышена в 2–3 раза и отличалась от этих значений при наличии бактериальной патологии. При наличии ассоциированной вирусно-бактериальной патологии отмечались низкие уровни экспрессии

TLR4 (3,1±2,2)% и были сравнимы с показателями при вирусной патологии. У больных ХИК с признаками реактивации вирусов выявлены сниженные в 12 раз по сравнению со здоровыми уровни экспрессии TLR3. В группе больных без проявлений инфекционной патологии уровни экспрессии TLR2,4,3,9 не отличались от значений в группе здоровых лиц. Таким образом, рецидивам ХИК в 11,1% случаев предшествовали ОРВИ, грипп, 23% – обострения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, реже – органов УГТ (7,5%), обострения заболеваний органов пищеварительного тракта (8,9%). В период рецидива хронической идиопатической крапивницы установлены признаки реактивации вирусов (ВПГ1, ВПГ2, ВЭБ, ВГЧ-6 типа, ВГЧ-7 типа, аденовируса) в сочетании с клиническими признаками вирусных инфекций у 28,1% больных, а также высокая степень бактериальной колонизации в клинически значимых концентрациях в сочетании с клиническими проявлениями ХВЗ ЛОР-органов и органов дыхания (53,7% больных), органов УГТ (7,5%), Н. рylogi-ассоциированные ХВЗ органов пищеварительного тракта (15%). Выявлена прямая корреляционная зависимость между длительностью заболевания и уровнями экспрессии TLR2 и TLR4 у больных ХИК ($r=0,61$, $r=0,59$), ($p<0,05$). Для ХИК, сопровождающейся сопутствующей бактериальной инфекцией, характерна гиперэкспрессия TLR2 и TLR4; при наличии признаков активности вирусов отмечены высокие уровни экспрессии TLR3, TLR9. При выявлении высокой степени бактериальной колонизации и признаками реактивации вирусных инфекций у больных хронической крапивницей наблюдались наиболее низкие значения экспрессии TLR4. Дефекты в механизмах распознавания различных микробных PAMPs в результате изменения экспрессии TLRs могут привести к нарушению иммунного ответа и как следствие – нарушению элиминации инфекционных агентов, которые часто играют триггерную роль в патогенезе хронической идиопатической крапивницы.

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНА MMP-1 КАК ПАТОГЕННЫЙ МАРКЕР ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Соболев В.В., Невозинская З.А., Соболева А.Г., Климов Е.А., Корсунская И.М.

Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской Академии Наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский Институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» Российской академии медицинских наук, Университетская диагностическая лаборатория, Московский государственный университет, Москва

Склеродермия – это заболевание соединительной ткани с неизвестной этиологией, которое подразделяется на локализованную склеродермию и системную склеродермию по МКБ-10. Чрезмерное накопление компонентов внеклеточного матрикса, особенно коллагена I и III типов, является основным патогенным событием в развитии склеродермии. Деградация внеклеточного матрикса регулируется в основном матриксными металлопротеиназами и, следовательно, напрямую зависит от активности генов металлопротеиназ. Наибольшей коллагенолитической активностью обладает коллагеназа-1 (MMP-1). MMP-1 обнаружена при ремоделировании тканей в физиологических

процессах и при различных патологиях. В своей работе мы изучали изменение уровня экспрессии гена MMP-1 при выраженном развитии склеродермических изменений у пациентов с диагнозом локализованная склеродермия. При индивидуальном анализе каждого больного нами было показано, что уровень экспрессии гена MMP-1 в пораженной склеродермией коже понижен относительно визуально непораженной кожи (контроль) в интервале от 4,2 раз до 20,8 раз. Среднее значение изменения уровня экспрессии гена оказалось пониженным в $7,6\pm 2,6$ раза. Разделив пациентов на две группы с ограниченной бляшечной формой заболевания ($n=7$) и распространенной бляшечной формой ($n=5$) и обобщив экспрессионные данные в каждой группе, мы получили довольно интересный результат. Экспрессия гена MMP-1 в пораженной коже пациентов с ограниченной формой заболевания была достоверно снижена в 5,3 раза, а в пораженной коже пациентов с распространенной формой заболевания была достоверно снижена в 11 раз относительно визуально непораженной склеродермией кожи. Примечательно, что экспрессионные данные этих двух групп достоверно отличаются друг от друга, но утверждать, что пациенты с распространенной формой заболевания отличаются более низким уровнем экспрессии гена MMP-1, преждевременно. Для этого необходимо провести более расширенное исследование и увеличить количество пациентов. Тем не менее, полученные результаты свидетельствуют о сильном снижении уровня экспрессии гена MMP-1 у всех обследованных нами пациентов с диагнозом локализованная склеродермия.

ГЕНЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

Соболев В.В., Третьяков А.В., Кокаева З.Г., Корсунская И.М., Климов Е.А.

Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской Академии Наук, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Университетская диагностическая лаборатория, Московский государственный университет, Москва

Псориаз является мультигенным и многофакторным заболеванием кожи с гетерогенным генетическим наследованием. Псориаз также характеризуют как заболевание с психиатрической коморбидностью. Неоднократно отмечалось, что в развитии псориаза участвуют, в качестве факторов предрасположенности, психические расстройства, и была показана корреляция дерматологических заболеваний с патологической тревожностью и стрессом. Между тем, нет работ, описывающих молекулярные механизмы связи психоэмоциональных расстройств и кожных заболеваний.

Целью данного исследования является поиск ассоциации SNV в генах COMT (rs4680), DBH (rs141116007), CCKAR (rs1800857) и CCKBR (rs1805002) с псориазом.

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

комплексных генотипов проводили с помощью метода Монте-Карло с использованием алгоритма APSampler 3.6.1. Анализ частот аллелей показал, что для всех замен частоты аллелей в группе пациентов и группе контроля примерно одинаковы. Ассоциации большинства исследуемых SNV с псориазом обнаружено не было. Анализ частот генотипов выявил значимую ассоциацию только для SNV в гене COMT (rs4680, с.472G> A, p.Val158Met). Показана доминантная модель наследования аллеля A замены rs4680. Было выявлено 2 достоверно ассоциированных комплексных генотипа и аллеля (Permutation Westfall-Young p-value > 0,01). Результаты полигенного анализа выявили 2 генотипа, ассоциированных с псориазом с достоверностью $p_{perm} < 0.01$. Это сочетание гетерозиготы COMT (rs4680:GA) и делеции в гене DBH (Ins/Del19:D) и собственно гетерозигота COMT (rs4680:GA). При этом очевидно, что влияние присутствия делеции в гене DBH минимально, так как различия в величине OR невелики (3.50 с делецией и 3.47 без делеции). Для верификации полученных данных мы провели статистическую проверку ассоциации гетерозиготы AG гена COMT с использованием программы WinPeri.

Результаты: $2=19.163$ ($p=1.3E-5$), $F(p)=1.2E-5$, $OR=3.47$ ($CI_{99\%}=1.61-7.91$). Среди исследованных генотипов только генотип GA гена COMT ассоциирован с псориазом. В настоящий момент сложно объяснить функциональное значение этого явления. Мы надеемся, что ответ будет получен при дальнейшем изучении роли полиморфизма генов, кодирующих ферменты нейромедиаторных систем, в патогенезе псориаза, несомненно, связанного с патологической тревожностью и стрессом.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Соловьев А.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: Несмотря на снижение в Российской Федерации заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в целом, наблюдается повышение частоты вялотекущих, упорно рецидивирующих инфекций урогенитального тракта. В этиологической структуре инфекций урогенитального тракта основные роли принадлежат как облигатным патогенам – *Ch. trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*, так и условно-патогенной флоре – *Mycoplasma spp.*, *Ureaplasma spp.*, *E. coli*, *Staphylococcus spp.* Причина рецидивирующего течения чаще всего кроется в развитии антибиотикорезистентности у микроорганизмов и функциональных нарушениях иммунной системы макроорганизма. Целью работы явилось изучение эффективности комплексного лечения, рецидивирующего урогенитального хламидиоза, основанного на клинико-иммунологических показателях.

Больные и методы: Провели обследование и лечение 158 больных рецидивирующим урогенитальным хламидиозом

(РУГХ). Причиной рецидивирования урогенитальной хламидийной инфекции у всех 158 пациентов (мужчин – 104, женщин – 54) являлось наличие персистирующих форм хламидий, подтвержденное культуральным методом. Всем больным проводили стандартное обследование мочеполовой системы, микроскопическое исследование материала из урогенитального тракта, тестирование этого материала на наличие ИППП с помощью ПЦР и культурального метода, исследование крови на сифилис, ВИЧ, общеклиническое и биохимическое исследование крови и мочи, анализ показателей иммунного статуса. Основными лечебными мероприятиями в терапии РУГХ было назначение антибиотика с противохламидийной активностью и иммуномодулятора Полиоксидоний. Мы избрали 3 варианта терапевтической тактики: 1-я группа – при выявлении признаков недостаточности иммунной системы и признаков воспаления урогенитального тракта (уретрит, цервицит) больным назначали комбинированное лечение – азоксимера бромид в сочетании с антибиотиком ($n=88$). 2-я группа – при выявлении признаков воспаления урогенитального тракта и отсутствии иммунологических нарушений назначали только антибиотик без иммуностропного лечения ($n=39$). 3-я группа – контрольная, у больных имелись признаки недостаточности иммунной системы и признаки воспаления урогенитального тракта, и им назначали другие иммуномодуляторы в зависимости от типа иммунных нарушений в сочетании с антибиотиком ($n=31$). Азоксимера бромид представляет собой сополимер N-окси-1,4-этиленпиперазина и (N-карбоксиэтил)-1,4-этиленпиперазиний бромид (азоксимера бромид), состоящий из 1000 элементарных звеньев. Препарат взаимодействует с внешней мембраной клеток иммунной системы и прямо или опосредованно активизирует важнейшие звенья иммунной системы. Азоксимера бромид назначали по 6 мг внутримышечно 1 раз в сутки, первые две инъекции проводили ежедневно, затем 3 инъекции через день, остальные инъекции 2 раза в неделю, всего на курс 10 инъекций. После 4-й инъекции начинали курс антибактериальной терапии.

Результаты: Иммунологические исследования показали, что различные нарушения иммунного статуса встречались примерно у 75% больных РУГХ. Обнаруженные иммунные нарушения были вариабельны, но у каждого из этих больных выявили снижение относительно нижней границы ВОЗ хотя бы одного параметра иммунной системы. Контрольное обследование дало следующие итоговые показатели эффективности лечения: 1-я группа – хламидий не обнаружили у 74 из 88 больных – 84,1%, 2-я группа – хламидий не обнаружили у 30 из 39 больных – 76,9%, 3-я группа – хламидий не обнаружили у 21 из 31 больных – 67,7%. Таким образом, наибольшей эффективности лечения достигли при сочетании использования азоксимера бромид и антибиотиков. Эти результаты оказались статистически достоверными по сравнению с показателями эффективности лечения с применением традиционных иммуномодуляторов ($p < 0,05$).

Заключение: Результаты проведенного лечения позволили установить, что рецидивирующее течение урогенитального хламидиоза является основным критерием для назначения фармакотерапии с использованием иммуностропного препарата независимо от степени и характера отклонений в иммунной системе. Обоснованием выбора иммуномодулятора для проведения иммуностропной терапии является его адекватная направленность действия и клиническая эффективность при конкретной инфекционной патологии. Включение иммуномодулятора азоксимера бромид в схемы комплексной терапии рецидивирующего урогенитального хламидиоза позволяет существенно повысить результаты лечения и воздействовать на прекращение рецидивов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИВАЛЕНТНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЛИЗАТА

Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Сивакова Н.Г., Ахматова Э.А., Кузьминская М.А., Сходова С.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», кафедра дерматовенерологии и косметологии, Москва

Учитывая высокую частоту ассоциации хронической крапивницы с очагами фокальной инфекции, в комплексе лечебно-профилактических мероприятий терапия сопутствующей инфекционной патологии занимает одно из ведущих мест. Применение препаратов на основе микробных антигенов уже продемонстрировало свою высокую эффективность как при хронических воспалительных и инфекционных заболеваниях, так и в терапии рецидивирующей крапивницы.

Цель исследования: Изучение клинико-иммунологической эффективности комбинированного метода терапии хронической крапивницы с применением поливалентного бактериального лизата (ПБЛ).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 134 больных хронической идиопатической крапивницей (ХИК) в возрасте от 16 до 60 лет. Оценка активности крапивницы осуществляли с помощью Urticaria Activity Score (UAS). Изучение экспрессии TLRs на МЛПК проводили методом проточной цитометрии с применением МАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR9. Исследуемые препараты: поливалентный бактериальный лизат (ПБЛ), для сублингвального применения, содержащий лизаты бактерий (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae* (типов – TY1/EQ11, TY2/EQ22, TY3/EQ14, TY5/EQ15, TY8/EQ23, TY47/EQ24), *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Haemophilus influenzae B*, *Neisseria catarrhalis*) применялся по схеме 1 таб. (7мг) в сутки 20 дней. Перед началом исследования пациенты были ранжированы на 2 группы в зависимости от получаемого лечения: группа 1 составлена для проведения терапии ПБЛ на фоне базисной терапии (62 больных); группа 2 составлена для проведения базисной терапии (72 больных). Базисная терапия включала назначение антигистаминных препаратов, при наличии герпесвирусной инфекции – синтетических нуклеозидов, наличии бактериальной инфекции – антибиотикотерапии по стандартным схемам.

Результаты: При оценке отдаленных результатов терапии при наблюдении в течение 12 месяцев в целом по группе у больных ХИК выявлено достоверное снижение числа рецидивов (с $2,9 \pm 1,1$ до $1,1 \pm 0,2$) в год и активности процесса (с $3,0 \pm 1,5$ до $2,2 \pm 0,6$) баллов. Наиболее выраженное снижение частоты рецидивов ХИК наблюдается в группе 1, получавших комбинированную терапию с применением ПБЛ (до $0,5 \pm 0,1$ в год). Базисная терапия способствовала снижению частоты рецидивов (до $1,6 \pm 0,4$ в год). Снижение степени активности процесса выражено только в группе 1

до $2,2 \pm 1,6$ баллов ($p < 0,05$). Клиническая ремиссия в результате всех видов терапии была достигнута у 29,1%/39 больных, значительное улучшение наблюдали у 35,1%/47 больных, улучшение было достигнуто также у 29,1%/39 больных. Терапия не оказала эффекта у 6,7%/9 больных, в том числе у трех больных отмечалось дальнейшее прогрессирование ХИК с увеличением числа рецидивов или длительности течения. В группе больных, получавших комбинированную терапию, клиническая ремиссия была у 33,8%/21 больных в течение 2 лет после лечения; в группе 2, получавшей монотерапию базисными препаратами, у 19,4%/14 больных. Значительное клиническое улучшение было достигнуто у 35,5%/22 больных 1 группы, у 23,6%/17 больных 2 группы. По количеству больных со стойкой клинической ремиссией комбинированная терапия была существенно более эффективной ($p < 0,05$) по сравнению с группой, получавшей базисную терапию. В подгруппе больных ХИК с сопутствующей бактериальной инфекцией ПБЛ способствовал повышению экспрессии TLR9, TLR4, в то время как базисная терапия снизила TLR2, TLR4, TLR3. У больных ХИК с сопутствующей вирусной инфекцией иммунотерапия способствовала повышению экспрессии TLR3 и TLR9 в 1,6 и 2 раза, базисная терапия привела к снижению экспрессии TLR2 и TLR4. При сочетанной бактериально-вирусной инфекции иммунотерапия приводила к повышению уровней экспрессии всех исследуемых TLRs. С одной стороны, гиперэкспрессия рецепторов TLR2 и TLR4 может привести к перевесу провоспалительных цитокинов и инициации развития хронического воспаления и аутоиммунных заболеваний. Поэтому корректирующее действие терапии на эти показатели оказывает противовоспалительный эффект. Однако в подгруппе больных ХИК с низкими уровнями экспрессии TLR2, TLR4, выявлено значительное повышение этих значений в результате применения ПБЛ. Таким образом, применение комбинированного метода терапии с использованием ПБЛ наряду с клиническим эффектом способствовало активации механизмов врожденного иммунитета против этиологически значимых микробов, воздействуя на триггерный фактор – основное звено в этиопатогенезе заболевания.

ПЕРВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В СОСТАВЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК (1944–1946)

Сточик А.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт Общественного здоровья им. Н.А.Семашко», Москва

Цель: Изучить процесс создания АМН СССР и формирования списка академиков-учредителей. Задачи: Показать этапы отбора ученых-дерматологов О.Н. Подвысоцкой и П.В. Кожевникова в состав АМН СССР.

Выводы: В ходе проведенного исследования, основанного на архивных данных, установлено, что процесс создания АМН СССР и формирования первого состава действительных членов Академии проходил в несколько этапов. Выдающиеся представители отечественной дерматологической элиты О.Н.Подвысоцкая и П.В.Кожевников состояли в первоначальном списке кандидатов в первые академики, однако в результате многочисленных редакций список был сокращен, и в нем осталась только

Подвысоцкая, а Кожевников вошел в состав Академии в 1946 г. в качестве члена-корреспондента. Намерение создать АМН СССР появилось у руководства страны еще в 1932 году, когда при обсуждении плана создания ВИЭМ И.В. Сталин поднял вопрос, сохранить ли институтскую форму или превратить ВИЭМ в Академию. Мнение ученых-медиков склонилось в сторону институтской формы. Но организованный в 1932 году ВИЭМ, призванный стать «высшим научно-исследовательским учреждением СССР в области медицинских и биологических наук», в силу ряда причин не оправдал ожидания своих создателей, и в 1942 году в аппарате Наркомздрава возродилась идея создания Академии медицинских наук. Это было обусловлено как возросшими требованиями к гражданскому здравоохранению в связи с военным положением, так и реальным отсутствием в СССР, по словам Н.Н. Бурденко, «высшего научного учреждения по разделу медицинских знаний» и структуры, которая бы осуществляла синтез теоретических и практических медико-биологических наук и обеспечивала быстрое внедрение экспериментальных разработок в клиническую практику. Началась кропотливая работа по созданию Академии, продолжавшаяся около двух лет. Важнейшим вопросом был выбор первых академиков. Их состав прорабатывался в ряде правительственных инстанций. В частности, известно о существовании двух первоначальных списков кандидатов в действительные члены Академии: список, представленный Наркомом здравоохранения СССР Г.А. Митеревым, и список, составленный председателем Ученого медицинского совета Н.Н. Бурденко. В список наркома, несмотря на жесточайший отбор кандидатов по каждой специальности, вошли два выдающихся дерматолога О.Н. Подвысоцкая и П.В. Кожевников. В списке Н.Н. Бурденко в отделение клинических дисциплин по специальности дерматология были отведены места для двух человек, можно предположить, что для тех же кандидатов. К тому времени Подвысоцкая являлась членом-корреспондентом АН СССР (1939), создателем дерматологической научной школы, характеризующейся патофизиологическим направлением, заведующей кафедрами кожных и венерических болезней Ленинградского ГИДУВа и ЛМИ, одной из основателей и научным руководителем Ленинградского люпозория и крупным общественным деятелем. П.В. Кожевников был доктором медицины, профессором, заслуженным деятелем науки Туркменской ССР (1939), создателем научной школы, включающей исследования по физиологии и патофизиологическим реакциям организма, положенные в основу учения об экзематозных реакциях, автором оригинальной методики лечения околораневых экзематидов, научным руководителем Туркменского НИИ кожных и венерических болезней и лейшманиозной лаборатории отдела медицинской паразитологии ВИЭМ. Далее списки подверглись коррекции в отделе науки Управления пропаганды и агитации ЦК ВКПб, отделе здравоохранения Управления кадров ЦК, Главном военно-медицинском управлении РККА и Совнаркоме, в результате чего появился существенно сокращенный и переработанный список из 56 потенциальных действительных членов Академии, утвержденный Постановлением СНК СССР от 30.06.1944, в котором был оставлен только один дерматолог, О.Н. Подвысоцкая. В дальнейшем и этот список был дополнен и отредактирован, и 14 ноября 1944 года Постановлением СНК СССР №1518 был утвержден окончательный состав академиков-учредителей АМН СССР числом 60 человек, в котором дерматологическую науку представляла Подвысоцкая. Но заслуги Кожевникова не были забыты, и в 1946 году он был избран членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР.

МЕЖКЛЕТОЧНЫЕ ЩЕЛЕВИДНЫЕ КОНТАКТЫ БЕЛКА КОННЕКСИНА 26 (M34T, V37I, R127H) И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В ПЛАЗМЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭРИТРОДЕРМИИ

Сыдигов А.А., Емельянов А.К., Заславский Д.В., Грекова Е.В., Чупров И.Н., Насыров Р.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Эритродермия – заболевания кожи с неясным этиопатогенезом. Различные кожные хронические заболевания с накладывающимися фенотипами вызваны мутациями в пяти различных коннексин генах. Ряд из этих заболеваний вызван мутациями в GJB2, что заставляет большинство исследователей сосредоточиться на коннексине 26. Кальций – ключевой регулятор дифференцирования кератиноцитов и участвует в поддержании клеточного гомеостаза, особенно у больных эритродермией, где поражение кожи охватывает более 80–90% кожного покрова.

Цель: Поиск мутаций в кодирующей области гена GJB2 среди пациентов с различными формами эритродермии, а также оценка уровня ионов Ca²⁺ в плазме периферической крови пациентов тех же групп.

Материал и методы: Проспективное исследование проводилось у 56 больных эритродермией, проходивших обследование и лечение на базах дерматологических отделений: ГБУЗ «Леноблцентр» специализированных видов медицинской помощи, ГорКВД г. Санкт-Петербурга и университетской клиники Бонн в период с 2013 по 2018 гг. Контрольная группа состояла из 20 человек (10 мужчин, 10 женщин). Изучены показатели Ca²⁺ у больных различными формами эритродермий. Во всех обследованных группах был осуществлен забор периферической крови в вакуумтейнеры с ЭДТА утром, натощак на первые сутки поступления больного в стационар. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Амплификация кодирующей области гена GJB2 проводилась с использованием описанных ранее праймеров. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы SPSS 21.0. Проверку полученных вариационных рядов на соответствие нормальному распределению проводили методом Шапиро-Уилка.

Результаты: В настоящем исследовании все пациенты были разделены на основании анамнеза, клинической картины, гистологического и иммуногистохимического анализов на 4 группы. Первую группу больных составили пациенты с псориазической эритродермией (n = 19, средний возраст 51,25±14,92, 13 мужчин и 6 женщины). Вторая по численности была группа больных эритродермической формой атопической экземы (n = 17, средний возраст 46,6±11,1, 10 мужчин и 7 женщин). Третью исследуемую группу составили 7 пациен-

тов с эритродермиями, вызванными приемом лекарственных препаратов (n=7, средний возраст 72,86±8,73, 4 мужчины и 3 женщины). В последнюю, четвертую группу из 7 наблюдений были включены больные эритродермической формой грибовидного микоза (n=7, средний возраст 71,57±8,75, 3 мужчины и 4 женщины). Остальные 6 пациентов исключены из исследования ввиду неспецифичности гистологической картины и иммуногистохимической реакции. Контрольная группа состояла из 20 человек (средний возраст 54,3±15,51; 10 мужчин, 10 женщин), не являющихся близкими родственниками, с отсутствием кожных заболеваний. Возраст на момент обследования не отличался при сравнении групп пациентов с псориатической и атопической формами эритродермии с контролем (p>0,05). В плазме периферической крови пациентов указанных групп и контроля был оценен уровень электролита Ca²⁺. Обнаружено снижение уровня Ca²⁺ во всех исследуемых группах по сравнению с индивидуумами контрольной группы. Также в настоящем исследовании было проведено прямое секвенирование кодирующей области гена GJB2 среди пациентов с различными формами эритродермии. Были выявлены мутации M34T, V37I, R127H в гетерозиготном состоянии в трех отдельных случаях у пациентов с псориатической формой эритродермии. Частота данных мутаций составила 16,7 % среди пациентов с псориатической формой эритродермии и 8,8 % среди всех исследуемых пациентов с различными формами эритродермии. Частота отдельно каждой мутации составила 5,6% среди пациентов с псориатической эритродермией и 2,8 % среди всех исследуемых больных различными формами эритродермии. У пациентов с другими формами эритродермии генетических изменений в кодирующей области гена GJB2 не обнаружено. Статистически значимых различий в уровне Ca²⁺ между группой пациентов с мутациями в гене GJB2 с псориатической формой эритродермии и другими пациентами этой же группы обнаружено не было (p=0,43).

Выводы: Наши результаты подразумевают, что мутация гена коннексина 26 – M34T, V37I, R127H (GJB2), вероятно, является основополагающим в развитии псориатической эритродермии. Обнаруженные мутации, по всей видимости, способствуют внедрению в клетку межклеточного кальция и выделению АТФ. Последние способствуют изменению клеточного гомеостаза и, вероятно, приводят к возникновению признаков эритродермии.

ГИДРОКСИХЛОРОХИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Хамаганова И.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И. Пирогова, филиал Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва

Терапия распространенных форм склероатрофического лишена представляет собой актуальную практическую и научную задачу. Отсутствие выраженного терапевтического эффекта нередко приводит к тому, что врач-дерматовенеролог прибегает к полипрагмазии в лечении подобных пациентов. Среди «препаратов резерва» особое место занимают антималярийные средства.

Целью настоящей работы была оценка эффективности и безопасности применения гидроксихлорохина в терапии рас-

пространенных форм склероатрофического лишена. Гидроксихлорохин обладает противомаларийными свойствами, а также оказывает противовоспалительное и иммунодепрессивное действие при заболеваниях соединительной ткани. Препарат обладает свойствами умеренного иммуносупрессора, подавляя синтез ревматоидного фактора и компонентов реакции острой фазы. Он также накапливается в лейкоцитах, стабилизируя лизосомальные мембраны, и подавляет активность многих ферментов, в т.ч. коллагеназы и протеаз, которые вызывают распад хряща. Эффективность гидроксихлорохина при заболеваниях соединительной ткани связана со следующими противовоспалительными и иммуномодулирующими эффектами: повышение внутриклеточного pH приводит к замедлению антигенного ответа и уменьшает связывание пептидов рецепторов главного комплекса гистосовместимости (ГКГ); меньшее количество рецепторов антиген-ГКГ достигает поверхности клетки, что приводит к снижению аутоиммунного ответа; – снижение активности фосфолипазы А2 при высоких концентрациях, лизосомальных ферментов; – снижение концентраций цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6, ведущее к уменьшению клинических и лабораторных показателей аутоиммунного ответа; т.к. отсутствует нарушение синтеза интерферона гамма, эти эффекты могут быть связаны с селективным воздействием на цитокины; – ингибирование пре- и/или посттранскрипции ДНК и РНК.

Под нашим наблюдением было 22 женщины в возрасте от 39 до 67 лет, в течение 3–9 лет страдавших распространенным склероатрофическим лихеном, ранее проведенные амбулаторные курсы лечения во всех случаях были малоэффективны. У всех больных отмечались субъективные ощущения в виде зуда, жжения, покалывания в очагах поражения. За время госпитализации все пациентки были обследованы терапевтом и окулистом, противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы, системы кровотока, обмена веществ, органа зрения у данной группы больных не выявлено.

Всем пациенткам назначали пентоксифиллин парентерально, витамины группы А, Е, наружно-увлажняющие средства, при зуде – метилпреднизолон ацепонат. Лечение все пациентки переносили хорошо, побочных эффектов ни в одном случае отмечено не было. По окончании 15-дневного курса во всех случаях наблюдалось выраженное смягчение очагов поражения, частичное восстановление тургора и эластичности кожи, у пациенток было некоторое уменьшение в размерах очагов поражения, субъективные ощущения разрешились полностью. Наше исследование показало эффективность применения гидроксихлорохина в комплексной терапии склероатрофического лишена.

БОВГИАЛУРОНИДАЗА АЗОКСИМЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛИНЕЙНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Голубева Ю.М., Вартапетян Н.В., Дендоброва Ф.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, филиал Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии «Клиника им.В.Г.Короленко», Москва

Особое место линейной склеродермии среди других форм очаговой склеродермии обусловлено высоким риском раз-

вития инвалидирующих форм. В последние годы в терапии активно используются комбинированные препараты, имеющие в составе лидазу и полиоксидоний. В настоящее время накоплен большой опыт применения лонгидазы. Препарат обладает гиалуронидазной (ферментативной) активностью пролонгированного действия, хелатирующим, антиоксидантным, иммуномодулирующим и умеренно выраженным противовоспалительным действием.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности и безопасности аналога Лонгидазы-Бовгиалуронидазы в терапии линейной склеродермии.

Под нашим наблюдением находились 24 пациентки с линейной склеродермией в возрасте от 18 до 54 лет. У 14 пациенток процесс локализовался на лице, у 6 – на предплечье, у 2 – на груди, у 2 – на голени. Давность заболевания составляла от 1 года до 3 лет. Ранее все пациентки получали внутримышечные курсы пенициллина, вазодилататоры, витаминотерапию с умеренным эффектом.

Бовгиалуронидазу назначали внутримышечно по 3000 МЕ 1 раз в 3 дня, 15 инъекций на курс. Все пациентки терапию переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов отмечено не было. По окончании курса лечения у всех пациенток отмечено улучшение состояния, проявившееся в уменьшении размеров очагов поражения, значительное восстановление эластичности.

Таким образом, наше исследование показывает эффективность и безопасность бовгиалуронидазы азоксимера в терапии линейной склеродермии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С СУХОСТЬЮ И ЗУДОМ ВУЛЬВЫ

Чернова Н.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: В настоящее время отмечается увеличение количества пациенток с жалобами на сухость и зуд в области наружных гениталий, как в группе женщин климактерического периода, так и репродуктивного возраста. К наиболее часто называемым, трудно устранимым факторам, провоцирующим изменения кожи и слизистых аногенитальной области, относят гипозестрогению, заболевания щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, железодефицитную анемию, повышение уровня сахара в крови, прием гормональных контрацептивов, цитостатиков.

Цель: Совершенствование терапии пациенток с жалобами на сухость и зуд в области наружных гениталий с помощью PRP-терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 32 женщины в возрасте от 24 до 48 лет с жалобами на сухость и зуд в области наружных гениталий. Всем больным проводилось обследование, включающее: 1) гинекологический осмотр; 2) pH-метрия влагалищного отделяемого; 3) микроскопическое и молекулярно-генетическое, цитологическое исследование соскобов вульвы, уретры, влагалища и цервикального канала. Критерием включения являлось отсутствие нарушений микробиоценоза урогенитального тракта,

атипичных клеток. В область поражения вульвы вводили аутоплазму, обогащенную тромбоцитами, в объеме 12 мл иглой 30G с помощью мезотерапевтической техники двумя курсами с интервалом в 30 дней. Для оценки влияния данной методики лечения на состояние кожи аногенитальной области использовали адаптированную шкалу GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale), где 1 – выраженное улучшение (значимое изменение характеристик кожи при осмотре); 2 – существенное улучшение (значимое, но не полностью выраженное улучшение); 3 – улучшение (наличие признаков положительной динамики: кожа стала лучше по сравнению с состоянием до начала лечения, но требуется дополнительная коррекция); 4 – толерантность к лечению (сохранение исходных характеристик кожи, отсутствие ответа на терапию); 5 – ухудшение (появление признаков ухудшения состояния кожи (атрофия, депигментация, утрата волос).

Результаты: Через неделю после введения аутоплазмы 28 (87,50%) пациенток отмечали значительное улучшение состояния, выражающееся в уменьшении или отсутствии зуда и сухости в области вульвы. При визуальном осмотре уменьшение дистрофии, оцениваемое по шкале в 1 и 2 балла, наблюдалось у 22 (68,75%) больных. После трех курсов введения аутоплазмы у 30 женщин (93,75%) жалобы отсутствовали. При наблюдении за больными в течение 6 месяцев от начала лечения положительная динамика сохранялась у 25 (78,16%) пациенток.

Выводы: Применение PRP-терапии у пациенток с сухостью и зудом в области вульвы способствует купированию симптомов и повышению качества жизни.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ И АТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ

Чернова Н.И., Солнцев В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва; Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Останкинский», Москва

Актуальность: В последние годы значительно увеличилось количество пациенток с дистрофическими и атрофическими заболеваниями вульвы и влагалища. Несмотря на очевидный прогресс в изучении патогенеза данной патологии, вопросы терапии, профилактики рецидивов по-прежнему нуждаются в анализе и разработке.

Целью настоящего исследования являлось совершенствование терапии дистрофических и атрофических заболеваний вульвы и влагалища.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 20 женщин в возрасте от 25 до 52 лет с жалобами на зуд, сухость, дискомфорт в области влагалища и вульвы, диспареунию. Обследование включало: гинекологический осмотр, динамику зуда и сухости исследовали при помощи визуальной аналоговой шкалы (Visual Analogue Scale – VAS). Количество баллов оценивали по 10-балльной шкале. Слабый зуд: количество баллов свыше 2 (3–5); умеренный зуд: количество баллов свыше 5 (6–8); тяжелый зуд: количество баллов свыше

8 (9–10). Мазь клобетазолпропионат 0,05% рекомендовали местно 1 раз в сутки в течение недели. Свечи с комплексом природных фитостероидов назначали 1 раз в сутки интравагинально в течение 20 дней, далее 3 раза в неделю в течение 3 недель, затем 2 раза в неделю 3 недели (всего 60 дней).

Результаты: При анализе данных возрастных характеристик женщин, обратившихся за медицинской помощью, было констатировано, что подавляющее большинство пациенток (n=17) находилось в возрасте от 36 до 41 лет. Слабый зуд: количество баллов свыше 2 (3–5) отмечали 2 женщины; умеренный зуд: количество баллов свыше 5 (6–8) был у 11 пациенток; тяжелый зуд: количество баллов свыше 8 (9–10) зарегистрирован у 7 больных. Все пациентки имели соматическую патологию. Наиболее часто регистрировались фиброзно-кистозная мастопатия (12 случаев), миома матки (8 случаев), анемия (7 случаев), диабет 2 типа (3 случая). Принимали пероральные контрацептивы 4 женщины, антидепрессанты 7, курили (от 0,5 до 1 пачки в день) 7 человек. Структура заболеваний вульвы и влагалища пациенток, вошедших в исследование: склероатрофический лишай 4 больных, вульвовагинальная атрофия 6 человек, дистрофия вульвы и влагалища на фоне применения КОК – 4 женщины, на фоне сахарного диабета – 2 пациентки, на фоне железодефицитной анемии – 4. У всех женщин, получавших терапию, отмечалась положительная динамика. Отсутствие зуда зарегистрировано у 14 человек, слабый зуд: количество баллов свыше 2 (3–5) отмечали 4 женщины; умеренный зуд: количество баллов свыше 5 (6–8) был у 2 пациенток; тяжелый зуд: количество баллов свыше 8 (9–10) не был зарегистрирован. Купирование или снижение интенсивности зуда, сухости вульвы и влагалища, улучшение сексуальных отношений, сна, что способствовало повышению качества жизни у данной категории больных. В период наблюдения все пациентки переносили лечение хорошо, нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Выводы: Опыт применения свечей с комплексом природных фитостероидов в терапии атрофических и дистрофических заболеваний вульвы и влагалища свидетельствует о его корректирующем действии у пациенток с зудом и сухостью в области гениталий.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ ЖИБЕРА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

Шахматов Д.А., Шахматова Н.Н.

Центр лечебно-профилактических технологий, АллергоСити Плюс, Новосибирск

Цель: Изучить особенности современного течения розового лишая Жибера (РЛЖ) в крупном промышленном центре и определить его характерные клинические признаки.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование методом анкетирования 97 пациентов в возрасте от 6 до 65 лет; 45 пациентов женского пола, 52 – мужского с диагнозом РЛЖ, в период с 2014 по 2018 гг.

Результаты: По данным исследования в указанный период распространенность РЛЖ составляет 2–3% от общего числа дерматологических больных, обратившихся для консультации и во время периодических медицинских осмотров. Данное заболевание стало чаще встречаться у взрослых пациентов, преимущественно у лиц репродуктивного возраста, средний возраст начала заболевания 21,3 лет. Под наблюдением было три ребенка от 6 до 10 лет (3,09%), у них триггерами, активирующими патологический процесс при

РЛЖ, являлись инфекционные заболевания (стрептококковая ангина, обострение хронического тонзиллита, ОРВИ). РЛЖ обычно выявляется однократно, повторное рецидивирование заболевания стало встречаться чаще и было выявлено у 7 человек (7,22%), имеющих в анамнезе хронические соматические заболевания. Причина РЛЖ неизвестна, его инфекционно-аллергическая этиология подтверждается сезонностью заболеваемости, хотя в последнее время увеличивается число пациентов (2014 г. – 4,5% и 6,1% – 2018 г.), обратившихся в летнее время после длительной инсоляции УФ. В 69,3% случаев сначала появляется яркая, овальная, слегка приподнятая над уровнем кожи эритематозно-сквамозная «материнская» бляшка с эксцентричным ростом. Постинфекционный РЛЖ сопровождался внезапным высыпанием множественных отечных, розоватого цвета пятен на туловище и конечностях, через 10–15 дней, а с более коротким интервалом до 3–4 пациентов, беспокоил умеренный зуд, чаще в вечернее время суток. Нами наблюдались также атипичные формы РЛЖ: 2 (2,06%) уртикарных и 1 (1,03%) папулезная, которые возникли из-за раздражения и потливости кожи в результате интенсивных тренировок в фитнес-центре, а также при нерациональной наружной терапии с применением народных методов лечения.

Выводы: Розовый лишай Жибера в настоящее время стал характеризоваться более молодым возрастом начала болезни, наличием повторных рецидивов заболевания, уменьшением зависимости от сезонности, укорочением интервала между прологом РЛЖ и появлением множественных кожных высыпаний на теле, а так же увеличением атипичных форм болезни. Дальнейшие исследования позволяют прогнозировать клиническое течение болезни у жителей крупного промышленного центра, облегчат индивидуальный подбор необходимой терапии больных розовым лишаем Жибера.

ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Шульгина И.Г., Лиса Е.М.

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

Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов, представляет собой ангионевроз, преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва. Чаще подвержены женщины с 1–2 фототипами кожи в возрасте 30–50 лет. По частоте встречаемости заболевание занимает 7-е место (до 5% от всех дерматозов) (Е.В. Свечникова и соавт., 2018). Причины возникновения: сосудистые нарушения, изменения в соединительной ткани дермы, микроорганизмы, дисфункция желудочно-кишечного тракта, иммунные нарушения, оксидативный стресс, климатические факторы, психо-вегетативные расстройства. Клинически различают 4 подтипа: эритематотелеангиэктатический, папулопустулезный, фиматозный, глазной.

Цель исследования: оценить эффективность действия комплексной терапии при различных клинических подтипах розацеа.

Материалы и методы: 19 пациентов с розацеа, 5 мужчин, 14 женщин, от 35 до 50 лет, с папулопустулезным подтипом – 7 человек (группа 1), с эритематотелеанги-

эктатическим подтипом – 12 человек (группа 2). В группе 1 применялась комбинированная терапия: системная (т. доксицилин 0,1 – 1 таб. 2 раза в день, 7 дней в сочетании с т. метронидазол 0,25 1 таб. 3 раза в день, 7 дней) и местная (гель метронидазол 0,1% утром, крем ивермектин 1% вечером до 30 дней). В группе 2 наружное лечение (гель метронидазол 0,1% утром, крем ивермектин 1% вечером) проводилось в сочетании с косметологическими методиками: криомассаж лица 5–10 мин., через день, №10, затем ультрафонофорез с антикуперозным лосьоном 1 раз в 7 дней, №5 и мезотерапия с использованием витаминов и микроэлементов 1 раз в 7 дней, от 5 до 10 процедур. Пациенты обеих групп соблюдали рекомендации по уходу за чувствительной кожей лица, склонной к покраснению, использовали солнцезащитные средства.

Результаты: В группе 1 на фоне проводимого лечения воспалительные элементы на коже лица разрешились практически у всех пациентов (100%), что позволило перевести их в группу 2. В группе 2 в результате лечения у всех пациентов отмечено: стойкая эритема лица уменьшилась, причем в 30% случаях разрешилась полностью, сократились эпизоды внезапного покраснения кожи лица, телеангиэктазии стали менее заметными. Пациенты 1 и 2 групп были удовлетворены результатами лечения в 100% случаях.

Выводы: Комплексный подход к лечению различных подтипов розацеа с применением косметологических методик приводит к стойкому терапевтическому эффекту, улучшая качество жизни пациентов.

СОЧЕТАНИЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В БЬЮТИФИКАЦИИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, НОСА, ПЕРИОРАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Эльтес А.М.

Eltes Aesthetics, Афула

В практике эстетической дерматологии сочетание мимической активности и объемных изменений мягких тканей является ответственным за большинство внешних признаков старения. Однако те же факторы имеют критическое влияние на общую эстетическую оценку лица вне связи с возрастными изменениями. В юном и молодом возрасте такая оценка значительно влияет на социально-психологические аспекты и, в конечном итоге, на качество жизни. В сообщении представлены клинические примеры, обсуждаются оптимальные сочетанные инъекционные методики (ботулотоксин, наполнители) с практическими рекомендациями.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ВОССТАНОВЛЕНИИ СТРУКТУРЫ И РЕВИТАЛИЗАЦИИ КОЖИ

Эльтес А.М.

Eltes Aesthetics, Афула

Достижения современной фундаментальной науки в понимании механизмов старения кожи в сочетании с прорывом в сфере высоких технологий предоставляют сегодняшней

эстетической медицине широкие возможности. На смену симптоматическому подходу в улучшении качества кожи приходит этиопатогенетический. В сообщении будут представлены протоколы лечения хроно- и фотостарения кожи, основанные на сочетании аппаратных и инъекционных методик.

ИМПУЛЬСНЫЙ ЛАЗЕР НА КРАСИТЕЛЯХ (PDL LASER, 595 НМ) В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА: АКНЕ, РОЗАЦЕА, ВИРУСНЫЕ БОРОДАВКИ, АНГИОМЫ, ЛЕНТИГО И ДРУГИЕ

Эльтес А.М.

Eltes Aesthetics, Афула

Широкий спектр клинических показаний, высокая эффективность в сочетании с максимальной безопасностью делают лазеры на жидких красителях важным и зачастую незаменимым инструментом в лечении целого ряда дерматологических проблем. В сообщении на практических примерах показаны результаты применения лазера, обсуждаются оптимальные параметры, приводятся данные исследований.

ТРИХОСКОПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Язлюк В.С.

ООО «Медицинский комплекс», Липецк

Псориаз и себорейный дерматит, являясь хроническими эритематозно-сквамозными заболеваниями, могут поражать кожу волосистой части головы. При изолированном поражении волосистой части головы дифференциальная диагностика этих состояний может вызывать затруднение.

Цель данного исследования – оценка трихоскопических признаков, которые могут помочь дифференцировать псориаз волосистой части головы и себорейный дерматит.

Материалы и методы исследования: В данное одномоментное описательное исследование было включено 40 человек. Исследуемая выборка была разделена на две группы по 20 человек каждая. Критерии включения: в первую группу – возраст от 20 до 45 лет, установленный диагноз псориаз волосистой части головы; во вторую группу – себорейный дерматит той же локализации. Испытуемым в обеих группах была выполнена стандартная трихоскопия очага поражения с использованием трихологической видеокамеры серии ARAMO SG. При обследовании качественно оценивалось наличие следующих трихоскопических признаков: наличие атипичных сосудов, наличие красных точек и глобул, наличие кольцевидных сосудов, наличие бесструктурных красных областей, наличие «спрятанных» волос, наличие закрученных сосудов и сосудов в форме запятой.

Результаты: Атипичные сосуды, красные точки и глобулы, кольцевидные сосуды, наличие бесструктурных красных областей и «спрятанных» волос были статистически более распространены при псориазе, в то время

как закрученные сосуды и сосуды в форме запятой при себорейном дерматите. Была установлена следующая чувствительность (Se) и специфичность (Sp) трихоскопических признаков при псориазе волосистой части головы: атипичные сосуды – Se70%/Sp55%, красные точки и глобулы – Se55%/Sp95%, кольцевидные сосуды – Se30%/Sp85%, наличие бесструктурных красных областей – Se65%/Sp55%, «спрятанные» волосы – Se70%/Sp50%. Чувствительность и специфичность трихоскопических признаков при себорейном дерматите следующая: закрученные сосуды – Se50%/Sp65%, сосуды в форме запятой – Se25%/Sp95%.

Заключение: Наше исследование продемонстрировало, что трихоскопия может быть полезна при проведении дифференциальной диагностики псориаза волосистой части головы и себорейного дерматита друг от друга. Диагностика трихоскопических признаков проста и они могут стать удобным дополнительным инструментом диагностического поиска.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i> Структура заболеваемости у подростков и молодых женщин, обратившихся в Молодежное медико-консультативное отделение.	35
<i>Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i> Клинические аспекты энтеропатического акродерматита	35
<i>Агафонова Е.В.</i> Изучение микробиоты у больных розацеа	36
<i>Агафонова Е.В.</i> Экспрессия генов при розацеа	36
<i>Айвазова Т.В., Звездина И.В.</i> Опыт комбинированного инъекционного применения препаратов на основе гиалуроновой кислоты и гидролизата плаценты человека в системе anti-age терапии.	37
<i>Аршавская Е.В., Меркулова А.А., Neuman T.</i> Возможности и перспективы использования неинвазивных TAP- и SELF-технологий в дерматологии и косметологии	38
<i>Василенко Т.И.</i> Современный подход к терапии инверсного псориаза.	39
<i>Волкова С.Б., Поршина О.В., Новожилова О.Л., Часова Г.К.</i> Порядок работы с обращениями граждан	39
<i>Волнухин В.А.</i> Современные методы лечения локализованной склеродермии: достоинства и недостатки	40
<i>Гаджимурадов М.Н., Гаджимурадова К.М.</i> Эктодермальные дисплазии	40
<i>Гаджигороева А.Г., Цимбаленко Т.В.</i> Трихоскопические признаки андрогенетической алопеции.	41
<i>Герасимчук Е.В.</i> Новый вектор противогрибковой наружной терапии: от инфекционного поражения до клинического преобразования	41
<i>Голоусенко И.Ю.</i> Лечение женщин с акне и гиперпролактинемией.	42
<i>Голоусенко И.Ю., Глебова Л.И.</i> Случай сочетания сифилиса с в-лимфомой кожи высокой степени злокачественности.	43

<i>Грекова Е.В., Олисова О.Ю., Алексеева Е.А., Залетаев Д.В.</i> Stat4 – генетический маркер для ранней диагностики грибовидного микоза?	43
<i>Гуляев А.А.</i> Эстетика лица – взгляд специалиста мануальной медицины	44
<i>Гуляев А.А.</i> Дополнительные диагностические методы при работе с эстетическими изменениями тканей лица	44
<i>Гуляев А.А.</i> Клинический случай лечения осложнений системной красной волчанки эфферентными методами.	45
<i>Гуляев А.А., Гринев С.Л.</i> Пищевые добавки на основе коллагена в эстетике тела	46
<i>Денисова Е.В., Легощенок Е.П., Каткова К.В., Васильева А.Ю., Корсунская И.М.</i> К проблеме коинфекции сифилиса и вируса иммунодефицита человека.	46
<i>Денисова Е.В., Плиева К.Т., Корсунская И.М.</i> Случай листовидной пузырчатки с атипичной локализацией.	47
<i>Добродородная Ю.Г., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Маркова М.Н.</i> Влияние психоэмоциональных факторов на манифестацию псориаза у подростков	47
<i>Ерыгина Е.С., Панкратов О.В.</i> Особенности качества жизни и роль копинга у пациентов с сифилисом в Минске	48
<i>Жарикова П.С., Попов И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Бобров М.А.</i> Трудный диагноз в практике дерматолога (псориаз или болезнь Девержи у ребенка)	48
<i>Жукова О.В., Новожилова О.Л., Кисина В.И., Мельниченко О.О., Захарова А.Б., Скворцова А.И.</i> Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, по городу Москве за 2015–2017 гг., по данным официальной статистики	49
<i>Жучков М.В.</i> Дерматоскопическая картина невусов у пациентов псориазом: существуют ли особенности при феномене Воллина-Шаршмидта?	50
<i>Задионченко Е.В.</i> Комплексная биорепарация и реструктуризация кожи с признаками старения	50
<i>Зайнуллина О.Н.</i> Концепция определения степени тяжести атопического дерматита у детей	51
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Негашева Е.С., Алеева А.А., Панкова А.Н.</i> Лечение акне и коморбидных заболеваний изотретиноином	51
<i>Заторская Н.Ф., Корнят М.С., Труфанова Е.Ю., Полевщикова С.А., Попов И.В., Пилявская С.О., Маркова М.Н., Нам И.Н.</i> Герпетиформный дерматит Дюринга в детской практике	52

<i>Заторская Н.Ф., Урпин М.В., Незашева Е.С., Валитова И.В., Алеева А.А., Панкова А.Н., Ивкин В.В.</i> Нозологический портрет «пациента» детского центра. Эпидемиологический анализ заболеваемости среди детей за 2016–2017 гг. по данным филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»	53
<i>Захарова Е.С., Хаджиева М.Б., Чернышова Е.В., Абрамов Д.С., Ларин С.С.</i> Анализ клоальности популяций Т-лимфоцитов в диагностике злокачественных лимфом кожи	53
<i>Звезда И.В., Айвазова Т.В.</i> Способ коррекции нарушения структуры стержней волос с помощью средств косметологии	54
<i>Карпова Е.И., Данищук О.И., Демина О.М.</i> Алгоритм применения аппаратных и инъекционных методов в косметологии	55
<i>Касихина Е.И., Кочетков М.А.</i> Ониходистрофии у детей	55
<i>Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Шацкая Е.Е.</i> Катамнестические особенности клинического течения лихеноидного парасориаза у детей	56
<i>Ключникова Д.Е., Кандалова О.В.</i> Эрадикация <i>helicobacter pylori</i> при лечении розацеа	57
<i>Коган А.И. (заслуженный врач РФ), Кладова А.Ю. (к.м.н.), Немировская И.Ю.</i> Кожная форма диабета как возможная причина некоторых упорных дерматозов	57
<i>Корнят М.С., Труфанова Е.Ю., Иноятова Л.А., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i> Чесотка в семейном ракурсе	58
<i>Лахтин М.В., Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Байракова А.Л., Алешкин В.А.</i> Пробиотический компартмент на страже слизистых барьеров	58
<i>Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Бурангулова Н.И.</i> Клинический случай наблюдения пациентки с тяжелой формой хронической распространенной экземы с предполагаемой трансформацией в Т-клеточную лимфому	59
<i>Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Зарубина Е.В.</i> Нейросифилис на современном этапе	60
<i>Лысенко О.В., Кокшарова И.С.</i> Факторы риска развития папилломавирусной инфекции высокого онкогенного риска	60
<i>Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.</i> К вопросу классификации пруриго	61
<i>Маркеева Д.А., Лысенко О.В., Телешева Л.Ф.</i> Особенности течения и лечения ВПЧ-инфекции у женщин и мужчин из семейных пар ...	61

<i>Машкина А.С.</i> Практические аспекты редурапилинга у пациентов разных возрастных групп как основа комплексного подхода к улучшению качества кожи	62
<i>Мухачева Д.А., Корнишева В.Г., Разнатовский К.И., Гулордава М.Д.</i> Дисбиоз кишечника и качество жизни у больных атопическим дерматитом	62
<i>Ольховская К.Б., Ляпон А.О.</i> Экскориированные акне	63
<i>Пересадына С.К.</i> Клиническая эффективность комбинированного метода лечения папилломавирусной инфекции человека	63
<i>Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Ляпон А.О.</i> Антигистаминные препараты в дерматологической практике	64
<i>Петрова Г.А., Петрова К.С., Немирова С.В., Миронычева А.М., Ускова К.А.</i> Прижизненный ОКТ-мониторинг морфологического состояния кожи при использовании топических препаратов: путь к индивидуализации терапии	65
<i>Платонова Д.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.</i> Случай из практики: педириаз лихиноидный хронический	65
<i>Пономарев И.В.</i> Оптимизация методом численного моделирования селективного нагрева сосуда в «винных пятнах» под воздействием лазерного излучения в различных режимах	66
<i>Порошина Л.А., Бакалец Н.Ф., Панкратов О.В.</i> Изменения липидного обмена у пациентов с ограниченной склеродермией	66
<i>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Невозинская З.А., Данилин И.Е.</i> Сопутствующая патология у пациентов, страдающих склеродермией	67
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Доля О.В., Захарова А.Б., Мельниченко О.О., Скворцова А.И.</i> Анализ заболеваемости нейросифилисом в городе Москве в 2015–2017 годах	68
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Захарова А.Б., Мельниченко О.О.</i> Заболеваемость трихофитией в городе Москве: анализ эпидемиологической ситуации за период с 2015 по 2017 год	68
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В., Коробова Е.Е., Тихомиров Т.А.</i> Анализ работы филиала «Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции» по выявлению сифилиса у трудовых мигрантов в городе Москве	69
<i>Потекаев Н.Н., Титов К.С., Львов А.Н., Миченко А.В., Вахитова И.И.</i> Меланоцитарные новообразования кожи и псориаз: каковы клинико- биологические соотношения?	70
<i>Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.</i> Качество жизни у пациентов с алопециями	70

<i>Ромашкина А.С.</i> Гиалуруновая и янтарная кислоты в программах коррекции гиперпигментации	71
<i>Свечникова Е.В., Жуфина С.Е.</i> Опыт применения генно-инженерного биологического препарата секукинумаб у пациента с распространенным вульгарным псориазом	71
<i>Сивакова Н.Г., Сорокина Е.В., Ахматова Н.К.</i> Особенности врожденного иммунного ответа при хронической идиопатической крапивнице	72
<i>Соболев В.В., Невозинская З.А., Соболева А.Г., Климов Е.А., Корсунская И.М.</i> Экспрессия гена MMP-1 как патогенный маркер локализованной склеродермии	73
<i>Соболев В.В., Третьяков А.В., Кокаева З.Г., Корсунская И.М., Климов Е.А.</i> Гены психоземональных расстройств в патогенезе псориаза	73
<i>Соловьев А.М.</i> Клинико-иммунологические подходы в комплексном лечении больных рецидивирующей урогенитальной хламидийной инфекцией	74
<i>Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Сивакова Н.Г., Ахматова Э.А., Кузьминская М.А., Сходова С.А.</i> Эффективность комбинированной терапии хронической идиопатической крапивницы с применением поливалентного бактериального лизата	75
<i>Сточик А.А.</i> Первые представители дерматовенерологической школы в составе Академии медицинских наук (1944–1946)	75
<i>Сыдигов А.А., Емельянов А.К., Заславский Д.В., Грекова Е.В., Чупров И.Н., Насыров Р.А.</i> Межклеточные щелевидные контакты белка коннексина 26 (m34t, v37i, r127h) и уровень кальция в плазме периферической крови у больных различными формами эритродермии	76
<i>Хамаганова И.В.</i> Гидроксихлорохин в комплексном лечении склероатрофического лихена	77
<i>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Голубева Ю.М., Вартапетян Н.В., Деньдоброва Ф.Н.</i> Бовгиалуруонидаза азоксимер в комплексной терапии линейной склеродермии	77
<i>Чернова Н.И.</i> Опыт применения аутогенной тромбоцитарной плазмы в комплексной терапии пациенток с сухостью и зудом вульвы	78
<i>Чернова Н.И., Солнцев В.В.</i> Новые возможности повышения эффективности терапии дистрофических и атрофических заболеваний наружных гениталий	78
<i>Шахматов Д.А., Шахматова Н.Н.</i> Современные особенности течения розового лишая Жибера в крупном промышленном центре	79

Шульгина И.Г., Лиса Е.М.

Лечение розацеа с применением косметологических методик 79

Эльтес А.М.

Сочетание инъекций ботулотоксина и гиалуроновой кислоты для достижения наилучших результатов в бьютификации средней трети лица, носа, периоральной зоны 80

Эльтес А.М.

Комплексный подход в восстановлении структуры и ревитализации кожи 80

Эльтес А.М.

Импульсный лазер на красителях (pdl laser, 595 нм) в ежедневной практике врача дерматолога: акне, розацеа, вирусные бородавки, ангиомы, лентиго и другие. 80

Язлюк В.С.

Трихоскопия как инструмент дифференциальной диагностики псориаза волосистой части головы и себорейного дерматита 80

КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ
ТЕЗИСЫ

VIII Межрегиональный форум
дерматовенерологов и косметологов

4–5 октября 2018 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдан в набор 28.09.2018. Подписано в печать 28.09.2018. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 220 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420, Москва, ул. Обручева, 30/1, стр. 2, тел. +7 (495) 419-08-68



Профессиональный конгресс-оператор
в области организации специализированных
многопрофильных медицинских
и фармацевтических мероприятий,
бизнес-конференций

КОНГРЕССЫ, ФОРУМЫ,
СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ
**ОРГАНИЗОВАНО БОЛЕЕ
250 МЕРОПРИЯТИЙ**

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ

ШИРОКАЯ ГЕОГРАФИЯ
**МЕРОПРИЯТИЯ
БОЛЕЕ ЧЕМ В 50
ГОРОДАХ РОССИИ**

МАСШТАБ
МЕРОПРИЯТИЙ
ДО 10 000 ДЕЛЕГАТОВ

ПОСТАВЬ ТОЧКУ В ВЫБОРЕ КОНГРЕСС-ОПЕРАТОРА

+7 (495) 722-64-20 • +7 (495) 518-26-70 • www.kstinterforum.ru • info@kstinterforum.ru
117485, г. Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2