

10 Межрегиональный форум дерматовенерологов и косметологов



МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И КОСМЕТОЛОГИИ

Москва
12-13 октября 2020



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Сборник тезисов

<i>Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i> Спиринолактон в лечении угревой болезни	8
<i>Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С.</i> Новое в лечении чесотки	8
<i>Александрова А.К., Смольяникова В.А.</i> Особенности клинических проявлений множественного себорейного кератоза у пациентов со злокачественными новообразованиями кожи и внутренних органов.	8
<i>Алимов Ш.Г., Рихсиев У.Ш., Юлдашев М.А.</i> Особенности клиники и лечения папилломавирусной инфекции у детей.	9
<i>Армашевская О.В., Соколовская Т.А., Иванова М.А.</i> Репродуктивное здоровье сквозь призму профилактики заболеваемости ИППП женского и детского населения в Российской Федерации.	10
<i>Балабекова Ф.Г., Дениева М.И., Ахметханов С.С., Сардалова Л.А., Хамидова М.М., Гехт М.А.</i> Оказание помощи детям с врожденным буллезным эпидермолизом на территории Чеченской Республики	11
<i>Береснева Т.А., Уфимцева М.А., Николаева К.И., Шубина А.С.</i> Анализ заболеваемости работников медеплавильных производств Свердловской области по результатам периодических медицинских осмотров.	11
<i>Бондаренко В.В.</i> Исследование эффективности лечения постожоговых рубцов с применением Er:YAG-лазера с модулем SMA	12
<i>Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.</i> Генетические аспекты синтеза и деградации коллагена в коже и эффективность применения косметологических процедур	13
<i>Бычкова Н.Ю.</i> Опыт проведения онлайн-мероприятий по косметологии в УР	13
<i>Бычкова Н.Ю.</i> Оптимизация косметологической коррекции с учетом анизотропных свойств кожи	14
<i>Вахитова И.И., Миченко А.В., Потеекаев Н.Н., Титов К.С., Жукова О.В.</i> Сравнение динамических изменений клинических и дерматоскопических характеристик диспластических невусов и меланоцитарных невусов без признаков дисплазии у пациентов с высоким риском развития меланомы кожи.	14
<i>Григорьева Н.С., Савоськин А.Н., Дудко В.Ю., Кабушка Я.С., Петунова Я.Г.</i> Оптимизация лечения пациентов в условиях дерматологического стационара. Системная терапия идиопатического кожного зуда.	15
<i>Демина О.М.</i> Молекулярно-генетические факторы антиоксидантной системы в патогенезе акне	15
<i>Демина О.М., Васильева Е.В., Карпова Е.И.</i> Тредлифтинг в коррекции возрастных изменений кожи	16
<i>Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Каткова К.В., Воронцова И.В.</i> Рубцующий пемфигоид. Клинический случай	16

<i>Денисова Е.В., Радионова Е.Е., Ковалева М.Н.</i>	
Трудности диагностики. Маски острого лихеноидного параспориоза Мухи–Габермана.	17
<i>Джапуева А.Я., Терещенко А.В.</i>	
Симптом ксеростомии при красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта.	18
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.</i>	
К характеристике психоэмоциональных расстройств при псориазе.	18
<i>Донцова Е.В., Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.</i>	
Особенности липидного профиля у больных псориазом	19
<i>Евстифеев С.В., Кулаев М.Т., Альмяшев А.З., Скопин П.И.</i>	
Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия рака нижней губы по данным лаборатории лазерных технологий	19
<i>Ермаченко А.В., Цой А.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.</i>	
Как избежать ошибки при диагностике ладонно-подошвенного псориаза и экземы кистей и стоп	20
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Плиева К.Т.</i>	
Гистологическое исследование как «золотой стандарт» диагностики грибовидного микоза.	21
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Проскурина М.И.</i>	
Эпидемиологические аспекты псориаза у пациентов детского возраста по данным детского центра города Москвы за 2016–2019 гг.	21
<i>Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Проскурина М.И.</i>	
Структура заболеваемости атопическим дерматитом среди пациентов детского центра ГБУЗ МНПЦДК ДЗ города Москвы за 2017–2019 гг.	22
<i>Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Урпин М.В.</i>	
Анализ сочетания атопического дерматита с другими респираторными аллергическими заболеваниями среди пациентов детского центра ГБУЗ МНПЦДК ДЗ города Москвы	23
<i>Заторская Н.Ф., Уварова А.А., Гребенюк В.Н., Соколова А.А.</i>	
Ближний и дальний круги дифференциального диагноза лихеноидного параспориоза у детей	24
<i>Иванова М.А., Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Сачек О.И., Редько А.Н.</i>	
К вопросу о заболеваемости микозами стоп и кистей в 2011–2018 гг.	24
<i>Касихина Е.И., Заторская Н.Ф., Валитова И.В.</i>	
Оценка факторов риска, используемых для прогноза клинического течения кожных форм мастоцитоза у детей.	25
<i>Касихина Е.И., Майоров Р.Ю., Ващенко М.О.</i>	
Побочные эффекты системной терапии изотретиноином у подростков с акне: анализ и комментарии	25
<i>Каткова К.В., Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.</i>	
Опыт применения метотрексата в лечении склеродермии.	26
<i>Кисина В.И., Романова И.В., Жукова О.В., Гуцин А.Е.</i>	
Место M. genitalium-инфекции в структуре бактериальных ИППП и распространенность мутаций, определяющих резистентность возбудителя к антибиотикам в Московском регионе 2014–2018 гг.	27
<i>Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Беттихер О.В.</i>	
Коморбидная патология щитовидной железы у пациентов с гнездой алопецией	27
<i>Корняк М.С., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Бассе Ф.Б., Валитова И.В.</i>	
Дифференциальная диагностика линейного IgA-зависимого буллезного дерматоза и герпетиформного дерматита Дюринга на примере клинического случая.	28

<i>Кузнецова И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И.</i>	
Роль ретиноидов в практической дерматологии	29
<i>Куркович Е.Ю., Доля О.В., Фриго Н.В.</i>	
Анализ клинической эффективности различных методик лечения асимптомного нейросифилиса	29
Разработка методических рекомендаций «Временное руководство по лабораторной диагностике COVID-19 в условиях пандемии»	30
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В.</i>	
Противоопухолевое антивирусное действие на кожу в связи с комбинированным введением противогриппозной и противопневмококковой вакцин: сезонные позитивные изменения	30
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю.</i>	
Стратегии усиления действия постбиотиков ацилакта, лактобациллярных и бифидобактериальных культур для дерматовенерологии и косметологии	31
<i>Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю.</i>	
Перспективы постбиотиков ацилакта и бифидобактерий в дерматовенерологии и косметологии	32
<i>Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Ларин И.Ю.</i>	
Опыт применения раствора для инфузий меглюмина натрия сукцинат в терапии пациентов с различными формами псориаза в условиях дневного стационара	33
<i>Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Леурдо О.С.</i>	
Эффективность применения препарата NCTF – 135 в лечении хронической диффузной алопеции в сравнении с консервативными методами лечения	33
<i>Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.</i>	
Пруриго: перспективы лечения и цели терапии с позиций пациента	34
<i>Львов А.Н., Гребенюк В.Н., Пилявская С.О., Уварова А.А., Валитова И.В., Урпин М.В.</i>	
Вопросы терапии лихеноидного параспориоза у детей	34
<i>Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Оленич И.В., Аветикян С.С.</i>	
Рациональный подход к терапии инфильтративно-нагноительной трихофитии	34
<i>Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.</i>	
Влияние подготовки и метода отбора проб для микроскопического исследования на демодекоз	35
<i>Манапова Э.Р., Фазылов В.Х.</i>	
Диагностика инфекций, передаваемых половым путем у пациентов при различных путях передачи ВИЧ-инфекции	36
<i>Мартыненко Д.М., Орлова Е.В.</i>	
Современные аспекты эпидемиологии паранеопластических дерматозов	36
<i>Мяснянкин М.Ю.</i>	
Неoadъювантная фотодинамическая терапия с хирургическим лечением больных меланомой кожи	37
<i>Мяснянкин М.Ю.</i>	
Новые возможности применения метода спектрофотометрического интрадермального анализа в дерматоонкологии	38
<i>Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.</i>	
Изучение клинико-лабораторных и терапевтических особенностей себорейного дерматита	38
<i>Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С.</i>	
Особенности клещевой сенсibilизации пациентов Москвы и Московской области	39

<i>Петрова С.Ю., Хлгатян С.В., Бержец В.М., Пищулина Л.А., Васильева А.В.</i>	
Изучение структуры клещевой сенсбилизации у жителей Москвы и Подмосквья	39
<i>Петрова С.Ю., Хлгатян С.В., Бержец В.М., Емельянова О.Ю.</i>	
Динамика изменения сенсбилизации пациентов к домашним пылевым клещам в период с 2010 по 2019 годы	40
<i>Петунина В.В.</i>	
Последние тенденции терапии витилиго	40
<i>Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Агабабаева Ж.А., Козьминский Е.Б., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.</i>	
Особенности ведения пациентов с поздним кардиоваскулярным и нейросифилисом и нейросифилисом с симптомами в современных условиях	41
<i>Попандопуло А.Г., Солошенко В.В., Романенков Н.С., Мовчан К.Н., Яковенко О.И.</i>	
Результаты трансплантации культуры фетальных фибробластов при устранении обширных дефектов кожи	41
<i>Поплавская Н.Б.</i>	
Оптимизация результатов применения высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука с целью лифтинга лица	42
<i>Поплавская Н.Б.</i>	
Полидезоксирибонуклеотиды в комплексном лечении атрофических рубцов постакне	43
<i>Потекаев Н.Н., Демина О.М.</i>	
К вопросу о роли наследственных факторов при рубцах постакне	44
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Полевщикова С.А., Микрюков А.В., Гущин А.Е., Фриго Н.В.</i>	
Организация и опыт работы централизованной клинико-диагностической лаборатории (ЦКДЛ) Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы (МНПЦДК ДЗМ) в период пандемии нового коронавируса	44
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Анохина Л.С., Мельниченко О.О., Томилиן А.А.</i>	
О совершенствовании мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи	45
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Мельниченко О.О.</i>	
Организация оказания специализированной медицинской помощи пациентам с псориазом в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии»	46
<i>Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Внукова О.Л., Коновалова З.Н., Мингазова Л.Р.</i>	
Результаты трехлетнего клинического исследования применения ботулотоксина у пациентов с постгерпетической невралгией	46
<i>Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Петунина В.В., Внукова О.Л.</i>	
Клинический случай применение ботулотоксина при трофических язвах	47
<i>Потекаев Н.Н., Хамаганова И.В., Петунина В.В.</i>	
Дистанционное обучение на курсах повышения квалификации врачей-дерматовенерологов и косметологов	48
<i>Прожерин С.В.</i>	
Сифилис в популяции ВИЧ-позитивных мужчин, практикующих секс с мужчинами	48
<i>Рахматов А.Б., Карабаева И.Т., Халдарбеков М.К.</i>	
Современные аспекты буллезного эпидермолиза	49
<i>Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Давуров А.М.</i>	
К вопросу диагностики и лечения кожного лейшманиоза	49

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

Трихотилломания: отбор психометрического инструмента для адаптации на русском языке 49

Рубаненко М.В., Мантурова Н.Е., Потехаев Н.Н., Устюгов А.Ю., Зорин В.Л., Зорина А.И.

Применение биотехнологий при врожденном рецессивном буллезном эпидермолизе 50

Сергеев Р.А., Волкова Е.В.

Сравнение эффективности использования основных дерматоскопических алгоритмов в распознавании меланомы врачом общей практики и опытным специалистом 51

Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Катунина О.Р.

Клинические особенности генитального склероатрофического лишена у мужчин 52

Соколова А.А., Катунина О.Р.

Анализ морфологических и иммуногистохимических изменений в пораженной коже мужчин с генитальным склероатрофическим лихеном и рубцовым фимозом 52

Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш.

Морфологические исследования кожи у больных с послеугревыми келоидными рубцами в динамике лечения ретиноидами 53

Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Масюкова С.А.

Кольцевидная центробежная эритема. Эволюция стратегии диагностики и лечения 54

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Владимирова Е.В., Ахматова Н.К.

Персистирующие фолликулиты головы: дифференцированный подход к терапии. 54

Староватова П.А., Губанова Е.И.

Морфотипы старения тыла кистей у женщин 55

Степанова Т.В.

Микросфокусированный ультразвук в сочетании с аутологичными клетками крови у пациентов с различными морфотипами инволютивных изменений кожи 56

Тарасенко Э.Н., Бохонович Д.В., Каирова А.Н.

Случай острой язвы Липшютца–Чапина в современной клинической практике. 57

Тишанинова В.В.

Косметология и дерматовенерология, особенности, сходства и различия в работе врача-косметолога и врача-дерматовенеролога 57

Федосеева М.И., Шульгина И.Г.

Сложность лечения и возможный злокачественный потенциал актинического кератоза. 57

Хамаганова И.В., Кашеваров Д.Ф., Маляренко Е.Н., Родионова Е.Е.,

Вартапетян Н.В., Дендоброва Ф.Н.

Токсикодермия вследствие применения препаратов, содержащих Лидазу, у пациентов с генерализованной бляшечной склеродермией 58

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г.,

Денисова Е.В., Максимова М.В., Лыткина Е.А.

Биологически ложноположительные реакции на сифилис у пациентов с гепатитом в анамнезе. 59

Хамидов Ф.Ш., Алие Л.

Эффективность терапии кальцитриол/бетаметазон и аммоний глицерат у больных псориазом и красным плоским лишаем 59

Хамидов Ф.Ш., Салохиддинов А.А., Дадажанов У., Саримсаков Б.

Состояние лабораторной диагностики сифилиса в Андижанской области за 2015–2019 годы 59

Цибин А.Н., Латыпова М.Ф., Иванушкина О.И.

Организация лабораторного обследования населения г. Москвы на COVID-19 в условиях пандемии 60

Чамурлиева М.Н., Коротаяева Т.В.

Разнообразие клинических проявлений псориатического артрита у больных псориазом: данные реальных дерматологических исследований 61

Чистяков Н.Д., Тропин А.К.

Редкий случай экзантемы при иерсиниозе у ребенка 61

Шикалов Р.Ю., Панкратов О.В., Панкратов В.Г., Левончук Е.А.

Медицинский педикюр в лечении псориатических поражений ногтя 62

Шульгина И.Г., Лиса Е.М., Федосеева М.И., Яськова И.В.

Случай выпадения волос у пациентов, перенесших COVID-19. Клинические наблюдения 62

Шурова Л.В.

Клинический результат применения нового метода оперативного лечения деформаций кисти у больного врожденным буллезным эпидермолизом 63

Юлдашев М.А., Абдужаппаров С.Б., Алимов Ш.Г.

Улучшение (оптимизация) качества медицинской помощи на примере совместной работы дерматолога и онколога Джизакской области 64

СПИРОНОЛАКТОН В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

*Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.
Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе*

Для лечения гиперандрогенных состояний одним из альтернативных препаратов является «Спинонолактон», который оказывает антиандрогенное действие. Проявления гиперандрогении в виде акне и гирсутизма регистрируется у 30% женской популяции.

Цель: оценка эффективности препарата «Спинонолактон» у девушек-подростков с вульгарными угрями.

Материалы и методы: 60 пациенток в возрасте от 16 до 18 лет с вульгарными угрями легкой и умеренно-тяжелой степени, у которых были выявлены сопутствующие нарушения менструального цикла: олигоменорея – 32 пациенток; альгодисменорея – 20; опсоменорея – у 8 девушек. Средняя продолжительность нарушений менструального цикла составила $14,5 \pm 0,8$ года. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза у 38 девушек (63%) показало кистозные изменения яичников. Первой группе девушек (28) в комплексное лечение был включен гестагеносодержащий препарат Линдинет-20. Во второй группе девушек (32), которые отказались принимать КОКи, был рекомендован препарат «Спинонолактон», который назначали с 16 дня менструального цикла в дозе 100 мг в день в течение 10 дней. Терапия в обеих группах проводилась в течение 6 месяцев. Через 6 месяцев в первой группе пациенток улучшение кожного статуса наблюдалось у 22 (78,6%) девушек. Остальные шесть девушек этой группы отменили препарат из-за плохой переносимости (тошнота, ухудшение общего состояния). Во второй группе улучшение кожного статуса через 6 месяцев наблюдалось у 23 (72%) девушек. Межциклические выделения на 6-м месяце приема препарата отмечали 12 (37,5%) пациенток. Менструальный цикл нормализовался у 22 (78,6%) пациенток первой группы и 18 (56,2%) пациенток второй группы. Из 45 девушек с выявленными увеличенными объемами яичников, положительная динамика наблюдалась у 35 (77,8%) пациенток: 17 (60,1%) в первой и 18 (56,2%) во второй группе. Таким образом, применение «Спинонолактон» в терапии гиперандрогенных состояний улучшил кожный статус в 72% случаев, хотя он в меньшей степени приводил к нормализации менструальной функции и восстановлению размеров яичников. Несмотря на это, хорошая переносимость данного препарата указывает на возможность его применения в качестве альтернативной терапии гиперандрогенных состояний у девушек-подростков.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ

*Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С.
Таджикский государственный университет
имени Абуали ибни Сино, Душанбе*

Цель исследования – лечение чесотки мифоксом 0,8% с учетом клинической формы заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 194 больных чесоткой. Все больные были разделены на 2 группы: опытная группа (ОГ) (0,8% концентрация) – 102 больных, контрольная (КГ) (0,4%) – 92. Диагноз чесот-

ки у всех пациентов подтверждали лабораторно: методом дерматоскопии.

Результаты. Установлено, что преобладали пациенты с типичной чесоткой без осложнений (35,9% и 41,2%), со скабиозной лимфоплазией (СЛК) (21,7% и 27,5%), с типичной чесоткой, осложненной пиодермией, при наличии СЛК (20,6% и 21,5%). Реже регистрировалась чесотка, осложненная аллергическим дерматитом (10,9% и 9,8%), но всегда в сочетании с пиодермией и СЛК. Выздоровление при лечении 0,8% эмульсией мифокса в сравнении с 0,4% достигнуто у большего числа больных – на 17,4% (94,6% против 77,2%). Анализ эффективности обеих концентраций мифокса с учетом клинической формы чесотки показал, что при типичной чесотке без СЛК выздоровление при использовании 0,8% мифокса достигнуто достоверно в 1,3 раза чаще. Выздоровление 83,3% (КГ) и 96,4% (ОГ) больных типичной чесоткой в сочетании со СЛК 0,4% и 0,8% мифоксом свидетельствует об эффективности обеих концентраций. При лечении больных типичной чесоткой, осложненной пиодермией в сочетании со СЛК, установлено, что выздоровело больных в 1,3 раза больше, чем при использовании 0,4% концентрации (90,9% против 68,4%). Чесотка, осложненная аллергическим дерматитом, пиодермией в сочетании со СЛК, наблюдалась у 20 больных (по 10 в КГ и ОГ). Процент выздоровления в КГ был 80%, в опытной – 90%, т.е. на 10% выше.

Заключение. Доказана клиническая эффективность применения 0,8% перметрина на этаноле при лечении различных клинических форм чесотки. Данный способ терапии позволяет рекомендовать его для широкого применения, как в стационарах, так и в амбулаторных условиях.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МНОЖЕСТВЕННОГО СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.

*Александрова А.К., Смольяникова В.А.
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования «Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

Внезапное появление множественных очагов себорейного кератоза (СК), наиболее распространенной эпителиальной опухоли кожи, большинством авторов рассматривается как паранеопластический процесс – симптом Лезера Тре-ла. По данным литературы, большую часть злокачественных новообразований, описанных при данном симптоме, составляют аденокарциномы, из них 47,7% поражают желудочно-кишечный тракт, а так же лимфомы, лейкемии и более редко – злокачественные поражения легких, молочной железы, почек и меланома. Однако развитие СК преимущественно в пожилом и старческом возрасте, то есть в возрастной группе, наиболее подверженной злокачественным новообразованиям и его распространенность в популяции, вызывают сомнения, является ли он истинным паранеопластическим дерматозом. Целью нашего исследования явилось изучение клинических проявлений множественного СК у лиц с диагностированными злокачест-

венными новообразованиями внутренних органов и кожи и без сопутствующей онкологической патологии.

Материалы и методы. Было обследовано 150 пациентов с множественным СК (более 30 опухолей любой локализации), из них 119 женского и 31 мужского пола в возрасте от 48 до 80 лет (средний возраст $64,9 \pm 7,1$ лет). При проведении клинического осмотра у 6 пациентов была выявлена базально-клеточная карцинома, у 2 пациентов – плоскоклеточная карцинома кожи, у 2 пациентов – узловая форма меланомы кожи, у 1 – лентиго-меланома (все диагнозы верифицировались на основании консультации онколога, удаления опухоли и гистологического исследования). У 1 пациентки было проведено оперативное лечение в 2014 почечно-клеточной карциномы левой почки, у другой в 2012 году – рака эндометрия. Продолжительность наблюдения составила 3 года.

Результаты. При наличии у пациентов с множественным СК базально-клеточного и плоскоклеточного рака кожи не было клинически значимых отличий в характере локализации и распространенности СК от пациентов без злокачественных новообразований на момент осмотра и в анамнезе. Очаги СК локализовались на коже живота, спины, в меньшей степени – на коже лица и в крупных складках кожи, размеры опухолей не превышали 1,5 см в диаметре. Преобладали СК 0,5–1,0 см в диаметре, склонные к слиянию, умеренно пигментированные. У 3 пациентов 50, 62 и 80 лет с диагностированной меланомой кожи размер большинства СК был более 1 см в диаметре, без склонности к слиянию, в виде плоских желтовато-коричневых бляшек, с выраженной гиперкератотической поверхностью. В одном случае (при лентиго-меланоме) множественные СК у пациента располагались только на коже левой боковой половины туловища, на бедрах и единичные на коже лица и шеи; в остальных случаях СК преимущественно располагались на коже живота, однако отдельные крупные СК так же локализовались на внутренней поверхности бедер, плеч и предплечий. У 2 пациенток 60 и 75 лет с почечно-клеточной карциномой левой почки и раком эндометрия в анамнезе была выражена общая сухость кожных покровов и мелкопластинчатое шелушение на коже живота, верхних и нижних конечностях (приобретенный ихтиоз). Элементы СК были значительных размеров, отдельные опухоли достигали до 4–5 см в диаметре, располагались на значительных расстояниях друг от друга, с преимущественной локализацией на коже в/ч головы и коже живота, а так же на внутренней поверхности бедер и плеч. Появление СК во всех наблюдаемых нами случаях было постепенным, за несколько лет до злокачественного новообразования, и кроме того, в процессе 3-летнего динамического наблюдения элементы СК продолжали появляться и увеличиваться в размерах, регресса опухолей не наблюдалось, несмотря на проведенное оперативное лечение злокачественных новообразований и отсутствия на момент осмотра рецидивов.

Выводы. Таким образом, постепенное появление элементов СК, отсутствие регресса после удаления злокачественного новообразования, ставит под сомнение паранеопластическую природу множественного СК. Однако, выявленные нами в исследовании клинические особенности множественного СК у лиц, имеющих злокачественные новообразования на момент осмотра или в анамнезе, в виде необычного расположения (локализации на бедрах, предплечьях, унилатерально) и крупных размеров опухолей, должны насторожить клинициста и способствовать более тщательному обследованию пациентов для исключения онкологического заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Алимов Ш.Г., Рихсиев У.Ш., Юлдашев М.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Кафедра кожных и венерических, детских кожных и венерических болезней и СПИД, HAYAT MEDICAL CENTRE, Ташкент

Вирусные заболевания детей, в дерматологии представляют одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения. Следует обратить внимание что, несмотря на широкую распространенность группы нозологий, обусловленных вирусами папилломы человека (ВПЧ) среди детей, на сегодняшний день отсутствуют адекватные программы по лечению и профилактике этой патологии, что в свою очередь создает дальнейшие условия для увеличения рецидивирующих и распространенных форм ВПЧ. Одной из основных причин распространения ВПЧ среди детского населения является ошибочное мнение большинства врачей о том, что ВПЧ относится к простым инфекциям кожи и слизистых оболочек, и поэтому лечение часто ограничивается только деструкцией бородавок. Этот фактор приводит к поздней обращаемости, хронизации и распространению заболевания среди близких родственников. По нашему мнению, важным условием успешного лечения детей с ПВИ является комбинированная терапия с полным обследованием и лечением интеркуррентных заболеваний, обязательным назначением курсовой иммунокоррекции и наиболее щадящими методами удаления (лазерные или радиохирургические технологии) с адекватным обезболиванием. Для достижения намеченной цели обследовано 78 детей и подростков в возрасте от 2 мес до 18 лет с активными проявлениями ПВИ из них 42 девочек и 36 мальчиков. Из 78 наблюдаемых нами детей больных ПВИ было констатировано: у 47 – обыкновенные, 12 – подошвенные, 10 – плоские бородавки и у 9 – аногенитальные кондиломы. При проведении анализа топографии высыпаний, было выявлено преимущество акральной локализации (голова, лицо, ладони и стопы), что составило 63 (81%) больных. Такая характерная особенность, наблюдаемая в группе наших пациентов с превалированием акральной локализация высыпаний, говорит о расположении высыпаний вблизи входных ворот ВПЧ, т.е. передаче инфекции способствуют частые микротравмы, что характерно для поведения детей, и это указывает на роль местного иммунитета в развитии процесса. При проведении полного обследования детей были выявлены сопутствующие хронические дерматозы у 29 (39%) больных (атопического дерматита, дисгидротической экземы, себореи, ксероза, акне и т.д.), у 18 (23%) пациентов обнаружено наличие гипергидроза ладоней и подошв, что указывало на наличие нейроэндокринных нарушений, у 13 (16,6 %) хронических заболеваний верхних дыхательных путей, у 12 (15,3 %) имели место сопутствующие высыпания контактного моллюска. Анализ иммунограмм показал наличие изменений у 31 (37 %) ребенка, со сдвигом соотношения CD4/CD8. Лечение наблюдаемых детей проводилось комплексно в три этапа, сочетая как местное (мазь или гель), так и системное использование интерферона- $\alpha 2b$ (ректальные суппозитории). На I этапе после ПВИ назначался препарат интерферона- $\alpha 2b$ в свечах в дозировке по 150 000 ЕД детям младше 7 лет, по 500 000 ЕД детям старше 7 лет, 2 раза в день в течение 10 дней, три курса по схеме с 20-дневным перерывом. Местно на патологические очаги

назначался препараты интерферона-альфа-2b в виде мазей или гелей 3 раза в день. Во II этапе, т.е. на 5-й неделе лечения, на фоне второго 10-дневного курса интерферонотерапии выполнялась CO₂-лазерная деструкция кондилом, т.к. на сегодняшний день оптимальным методом сочетания иммунокорректирующей терапии и местной деструкции бородавок является лазерная. На III этапе, через три недели после лазерной деструкции, – профилактический 10-дневный курс интерферонотерапии в дозировках, указанных выше. Сразу после окончания терапии полное клиническое выздоровление отмечено у 71 (91%) пациента. Рецидивы проявлений ВПЧ больных в первые 6 месяцев после проведенного комплексного лечения отмечены у 11 (14%) пациентов. Таким образом, лечение детей с проявлениями ВПЧ должно быть комплексным, включающим обязательное устранение или уменьшение действия провоцирующих факторов (сопутствующих заболеваний) с сочетанным применением методов деструкции CO₂-лазером вирусных новообразований и использованием иммунных препаратов как местного, так и общего противовирусного действия, оно высокоэффективно и может быть рекомендовано для использования в клинической и амбулаторной практике.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СКВОЗЬ ПРИЗМУ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП ЖЕНСКОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Армашевская О.В., Соколовская Т.А., Иванова М.А.
Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Центральный научно-
исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения РФ,
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Московский Центр
дерматовенерологии и косметологии», Москва*

Цель исследования. Анализ заболеваемости ИППП женского, детского населения и нормативных документов, регламентирующих деятельность врачей разных специальностей по профилактической работе.

Материалы и методы. Проведен анализ данных федерального статистического наблюдения за период с 2016 по 2020 гг. и нормативных документов по обеспечению профилактики распространения инфекций, передаваемых половым путем, и их осложнений.

Результаты. В соответствии с Глобальной стратегией сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016–2021 особое внимание мирового здравоохранения на пути к ликвидации ИППП направлено на две инфекции, передающихся половым путем, вызываемые *Treponema pallidum*, с целью элиминации врожденного сифилиса за счет скрининга и лечения всех беременных и особых групп населения, и *Neisseria gonorrhoeae* – вследствие растущего риска возникновения неизлечимых форм и коинфицирования с другими ИППП (в т.ч. *Chlamydia trachomatis*). Проведенный анализ показал, что доля заболевших сифилисом, выявленных в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в процентном соотношении от общего числа пациентов с вновь установ-

ленным диагнозом такими специалистами как врач-дерматовенеролог постоянно снижается (с 18,1% до 14,7%), а доля вклада других специалистов растет (с 17,6% до 19,1%), аналогичная тенденция по выявлению сифилиса врачами-акушерами-гинекологами (с 51,8% до 38,7%). За период 2015–2019 гг. отмечается снижение регистрации сифилиса у женщин до беременности (в целом по РФ – с 2,5% до 0,77% при превышении среднероссийского показателя в трех округах, в том числе в Приволжском и Дальневосточном более чем в 2 раза), при увеличении показателя во время беременности как по стране в целом, так и ряде Федеральных округов, за исключением СЗФО, СФО и ДВФО, где он стабилен либо снижается. При этом растет доля женщин, не получивших специфическое лечение в период беременности, из общего числа беременных женщин с вновь установленным диагнозом сифилис (с 7,4% до 9,2%). Такие исходы беременности у женщин с вновь установленным диагнозом сифилис как самопроизвольный выкидыш и искусственный аборт снижаются по России. Однако эти два неблагоприятных исхода для репродуктивного здоровья значительно выросли в СЗФО (с 5,7% до 7,1% и с 3,5% до 4,3%, соответственно), значимо превысив средний показатель по стране. Диагноз сифилиса, установленный у женщин в периоде родов и послеродовом периоде, увеличивается повсеместно, снижается лишь в ЮФО, а показатели УФО и СКФО практически неизменны, при этом в СКФО показатель двукратно превышает среднероссийский уровень. Несмотря на тренд снижения доли детей с врожденным сифилисом от общего числа детей, рожденных от женщин, состоящих под наблюдением по поводу сифилиса в России, отмечается рост и значимое отличие от среднероссийских показателей в таких округах как СЗФО, ДВФО и УФО. В УФО также зарегистрировано двукратное увеличение заболеваемости сифилисом детей в возрасте до 1 года при повсеместном снижении этого показателя. Необходимый для определения потенциальных рисков для репродуктивной реализации последующего поколения анализ заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией на 100 000 детского населения РФ в возрасте 0–17 лет за пятилетний период показал снижение заболеваемости на 68,2% и 51,7%, соответственно, с приростом заболеваемости гонококковой инфекцией за последний год. При оценке соотношения доли инфекций в разных возрастных группах выявлен рост сифилиса у детей 0–14 лет и гонококковой инфекции у 15–17-летних. Действующими нормативными документами (Приказы МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 924н, от 01.11.2012 г. и № 572н и от 31.10.2012 г. № 561н) предусмотрено проведение профилактической работы с женским и детским населением, направленной на формирование навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям, раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, предупреждение инфекций, передаваемых половым путем. Таким образом, проведенное исследование показало необходимость мониторинга показателей деятельности медицинских организаций в каждом конкретном регионе России с целью оценки профилактической работы по сохранению репродуктивного здоровья и возможности проведения мероприятий по вопросам предупреждения ИППП на общих информационных площадках с учреждениями образования.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Балабекова Ф.Г., Дениева М.И., Ахметханов С.С., Сардалова Л.А., Хамидова М.М., Гехт М.А. Благотворительный фонд «Дети-бабочки», Государственное бюджетное учреждение «Родильный дом», Государственное бюджетное учреждение «Республиканский кожно-венерологический диспансер», Государственное бюджетное учреждение «Республиканская детская стоматологическая поликлиника», Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 5 имени Н.Ф.Филатова», Грозный, Санкт-Петербург

Буллезный эпидермолиз (БЭ) – это группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующихся образованием на коже и слизистых пузырей и эрозий в результате малейших травм. Проявляется сразу после рождения или в первые годы жизни ребенка. В основе заболевания лежат мутации более чем в 10 генах. Существует 4 основных типа БЭ: Простой буллезный эпидермолиз, пограничный буллезный эпидермолиз, дистрофический буллезный эпидермолиз, Синдром Киндлера. Простой БЭ – пузыри расположены интраэпидермально (на уровне базальных клеток эпидермиса). Пограничный БЭ – пузыри расположены внутри светлой пластинки базальной мембраны (субэпидермально). Дистрофический БЭ – пузыри локализованы под плотной пластинкой базальной мембраны. Синдром Киндлера – множественное поражение (внутри светлой пластинки и под плотной пластинкой). Основные внекожные проявления и осложнения буллезного эпидермолиза: поражены глаза, полость рта, желудочно-кишечный тракт, опорно-двигательная система, присутствуют белково-энергетическая недостаточность, анемия, боль, зуд. На территории РФ более 200 взрослых и детей с диагнозом «Буллезный эпидермолиз», которые получают помощь при участии фонда «Дети-Бабочки». Нами был проведен анализ оказываемой медицинской помощи на территории Чеченской Республики в течении последних 3 лет. На территории Чеченской Республики 30 пациентов с этим диагнозом. Среди родителей пациентов не наблюдается близкородственных браков. Имеются случаи семейного анамнеза: 2 и более ребенка в семье, страдающих данной патологией. Все пациенты обеспечены перевязочными материалами в полном объеме, получают необходимую амбулаторную и стационарную помощь на базе ГБУ «Родильный дом», РКВД, РДСП. Особое внимание уделяется оказанию стоматологической помощи нашим пациентам. Основные стоматологические проблемы детей-бабочек, с которыми сталкиваются наши пациенты: недоразвитие челюстей, скученность зубов, рубцевание уголков рта, уменьшение подвижности языка, уменьшение амплитуды открывания рта в 2–3 раза по сравнению со здоровыми детьми, отсутствие качественной гигиены рта. На основании статистических данных, полученных на территории Чеченской Республики, было установлено, что ранее к стоматологам не обращалось 36–37% таких пациентов, только 1/3 таких пациентов ранее получали стоматологическую

помощь в условиях общего обезболивания, в связи с отсутствием таких условий детских ЛПУ, так как в России 2 кабинета с такими условиями: ЦНИИС г. Москвы и РДСП г. Грозный. В РДСП г. Грозный обращаются пациенты с соседних республик для лечения зубов в условиях общего обезболивания у обученных фондом специалистов. В рамках работы с фондом «Дети-Бабочки» пациенты госпитализируются в профильные учреждения г. Москвы и Санкт-Петербурга, где получают комплексное обследование и лечение по коморбидным состояниям, проходят реабилитацию. Постоянно оказывается психологическая поддержка родителей пациентов. Врачи республики постоянно привлекаются к консультированию пациентов с соседних регионов, а также привлекаются к работе фонда на территории России и за ее пределами. Таким образом, помощь пациентам с буллезным эпидермолизом на территории Чеченской Республики оказывается на самом высоком уровне. Учитывая, что наблюдается рост заболеваемости буллезным эпидермолизом среди населения ЧР, несмотря на отсутствие близкородственных браков, можно предположить, что данная тенденция не зависит от генетических факторов, что требует дальнейшего всестороннего изучения данной проблемы.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ МЕДЕПЛАВИЛЬНЫХ ПРОИЗВОДСТВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Береснева Т.А., Уфимцева М.А., Николаева К.И., Шубина А.С.

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

Цель: оценка распространенности и характера кожных заболеваний у работников производства меди на одном из предприятий Свердловской области.

Задачи: 1. Определить структуру заболеваний кожи у работников, занятых на медеплавильном производстве. 2. Установить приоритетные производственные факторы риска развития дерматозов у работников ведущих професий производства.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре кожных и венерических болезней Уральского государственного медицинского университета и на базе Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий (ФБУН ЕМНЦ ПЗОРПП), г. Екатеринбург. Оценивались данные периодических медицинских осмотров (ПМО): число диагностированных заболеваний кожи, структура дерматологической заболеваемости, клиническая картина отдельных нозологий, анализ статистических показателей, количественная оценка риска дерматологических заболеваний, в том числе аллергодерматозов, микозов. Проведена оценка факторов рабочей зоны: уровни загрязнения воздуха рабочей зоны, уровень шума, уровень вибрации, показатели микроклимата, освещенность, тяжесть и напряженность труда. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакетов программ «Excel 2000» и «SPSS 12.0 for Windows».

Результаты. За период с 2016 по 2017 гг. на углубленных ПМО в ФБУН ЕМНЦ ПЗОРПП было обследовано 327 работников металлургического цеха производства черновой меди АО «Уралэлектромедь», из них 25 женщин (медиана среднего возраста $44,5 \pm 2,0$), 302 мужчин (медиана среднего возраста $45,1 \pm 2,0$). В конвертерном отделении обследовано 186 человек. Из них у 60,1% лиц Индекс суммарного профессионального риска (ИСПР) был очень высоким и высоким. В отделении шахтных печей обследовано 141 человек. Из них у каждого второго работника ИСПР очень высокий и высокий. В пылегазоулавливающем отделении было осмотрено 67 человек с аналогичным ИСПР – 67,0%. Заболевания кожи выявлены у 44,3% работников металлургического производства. У 24,0 % из них встречались 2 и более дерматозов (чаще инфекционных). Среди них лишь у одного пациента установлен диагноз профессионального дерматоза – аллергический контактный дерматит, ассоциированный с никелем. Аллергодерматозы наблюдались в 9,1% случаев и достоверно чаще у работников конвертерного отделения. Инфекционные дерматозы диагностированы в 53,7% случаев, причем преобладали среди работников горячих подразделений цеха – конвертерного отделения, отделения шахтных печей. Достоверно чаще среди обследованных встречались заболевания легкой степени тяжести. У 5 (1,5%) пациентов установлены неинфекционные дерматозы тяжелой степени тяжести (в т.ч. Псориатическая эритродермия), которые ведут к временной утрате трудоспособности, несмотря на попытки работников скрыть истинную тяжесть заболевания. В структуре заболеваемости преобладают дерматофитии, которыми страдают 22,0% рабочих. Была проанализирована заболеваемость среди разных возрастных групп рабочих цеха, выявлено, что реже встречались заболевания в группе со стажем менее 5 лет. В структуре вредных воздействий на больных с аллергодерматозами выявлено статистически достоверное влияние никеля, марганца оксидов и формальдегида. Данные вещества в приказе 302н Минздрава РФ указаны, как аллергены и встречались соответственно у 92,3%, 30,8% и 65,4% больных соответственно. Среди больных дерматофитиями статистически достоверным фактором риска явилось тепловое воздействие, которое встречалось у 90,3% больных. Для больных вирусными дерматозами в 81,8% фактором риска заболевания стало тепловое воздействие. Аналогично у больных пиодермиями – фактор риска – тепловое воздействие. У больных с кератомикозами в 86,0% случаев встречался фактор теплового воздействия.

Выводы: 1. При обследовании 327 работников металлургического цеха медеплавильного производства, заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров на 100 осмотренных составила 44,3%, хроническими дерматозами – 29,2%. В структуре заболеваемости преобладают инфекционные дерматозы – 53,7%, аллергические заболевания кожи составляют 9,1%, наиболее распространенной группой заболеваний являются дерматофитии 22,0%. 2. Установлено, что фактором риска, влияющим на развитие пиодермий, кератомикозов и дерматофитий, является тепловое воздействие на рабочем месте (80,0%, 85,7% и 90,3% соответственно), а факторами риска аллергодерматозов – никель (92,3%), формальдегид (65,4%) и марганца оксиды (30,8%).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ Er:YAG-ЛАЗЕРА С МОДУЛЕМ SMA

Бондаренко В.В.

ЗАО «Клиника лазерной косметологии "Линлайн"», Москва

Абстракт. По последним данным, ожоги занимают 3-е место среди всех травм (Brusselaers N., 2010). Последствия ожогов могут быть разнообразными, но все глубокие ожоги заканчиваются формированием рубцовой ткани, нередко – контрактур. (Mustoe T.A., 2002). Лечение постожоговых рубцов является одной из актуальных проблем современной медицины. Лазерные методы имеют ряд преимуществ по сравнению со многими другими методами, так как не оказывают системного воздействия на организм пациента, безболезненны, их можно применять на разных стадиях созревания рубца, не требуется наркоз, быстро проходит восстановительный период, сочетаются с другими методами. Однако, при всех преимуществах лазерных процедур, эффект от неаблятивных непредсказуем, а при использовании аблятивных лазеров есть риски формирования гипо- или гиперпигментация, длительной эритемы, инфицирования раневой поверхности, роста рубцовой ткани (Kruglova L.S., 2016). Преимущества Er:YAG-лазера (2936 нм) с модулем SMA заключаются в том, что он не является фракционным или термическим. Поэтому исключается риск ухудшения состояния рубца за счет процессов фиброобразования после проведения процедуры. Механическое травмирование тканей при отсутствии контакта микрозон повреждения с окружающей средой инициирует рост новых клеток и процессы реструктуризации дермального слоя при полном отсутствии риска формирования коллагена рубцового типа (Volkova NV, Glazkova LK, Khomchenko VV, Sadick NS, 2017). Данный вид лазерного воздействия можно применять при любом виде постожоговых рубцов, на любой стадии развития рубца, именно поэтому он был выбран для коррекции постожоговых рубцов.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности Er:YAG-лазера (2936 нм) с модулем SMA (6 мм) в коррекции постожоговых рубцов.

Материалы и методы. Под наблюдением в амбулаторных условиях находились 100 женщин в возрасте от 16–50 лет с постожоговыми рубцами. Локализация процесса: область рук – у 80, область лица – у 10, другие области – у 10 пациенток. Длительность заболевания от 5 месяцев до 7 лет. В соответствии с анамнезом до обращения в клинику 80,5% пациенток получали различные виды терапии без эффекта либо с незначительным эффектом. В ходе лечения проводили фотографирование пациентов с использованием фотоаппарата Samsung Galaxy EK-GC110 в стандартных проекциях. Динамика изменений оценивалась по фотографиям и результатам ультразвуковых изменений, УЗ-сканирование проводилось при помощи цифровой системы ультразвуковой визуализации Skinscanner DUB (Германия) с линейным датчиком (аппликатором) 22 МГц, степень выраженности изменений оценивали по дерматологическому индексу шкалы симптомов (ДИШС). Период наблюдения составил от 3 до 7 месяцев. Было проведено от 2 до 6 лазерных процедур с интервалом 1 месяц. Процедуры проводились с применением Er:YAG-лазера (2936 нм) с модулем SMA (6 мм). Параметры лазерного излучения: плотность энергии в области гипертрофической части рубцов – 3,5 Дж/см², нормотрофической –

2,21 Дж/см²; частота – 3 Гц. Оценка клинического состояния кожи осуществлялась до процедуры и через 1 месяц после последней процедуры. Оценка результатов лечения пациентами по шкале ДИШС проводилась через 3 месяца после последней процедуры.

Результаты. Все пациенты закончили лечение. Осложнений во время и после проведения процедур не было. После применения методики у пациентов отмечалась выраженная положительная динамика всех клинических симптомов, в частности западения ткани, которое уменьшилось более чем на 79%; размер очагов уменьшился в среднем на 76%; микрорельеф улучшился на 83%; цвет выровнялся и приближался к нормальной окраске; тест на «растяжение» был положительным у 88% пациентов; зуд и болезненность отсутствовали. В исходном состоянии суммарный ДИШС составил 16,7 балла. После применения метода суммарное значение ДИШС снизилось и составило 3,8 балла. После применения метода наиболее информативными в данном исследовании были показатель акустической плотности рубца и окружающих тканей и динамика уменьшения линейных размеров и объема рубца в процессе лечения. Все пациенты заметили положительные изменения со стороны рубцовой ткани в виде оптимизации рельефа рубца, сглаживания контуров рубцовой ткани, размягчения, улучшения цвета кожи в области рубца.

Выводы. Применение Er:YAG-лазера с модулем SMA для коррекции постожоговых рубцов позволяет добиться улучшения внешнего вида рубца с минимальными рисками формирования гиперпигментации и стимуляции роста рубцовой ткани.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНТЕЗА И ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНА В КОЖЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

*Борzych О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва,
Россия, Воронеж, Москва*

В арсенале косметолога есть множество методик, направленных на стимуляцию коллагенообразования, но на практике – у одних пациентов мы получаем прекрасные результаты, у других, при применении тех же методик – неоднозначные. Кроме того, существует достаточно большая категория пациентов с ранним птозом, у которых нарушение овала лица может отмечаться после 30 лет, и очень часто такие пациенты отмечают, что у родственников была такая же ситуация. Одной из причин таких явлений могут быть генетические нарушения в системе синтеза и деградации коллагена. Известно, что основным структурным коллагеном, отвечающим за механические свойства кожи – является коллаген I типа. За полноценное формирование коллагена I типа отвечает ген COL1A1, в частности он ответственен за правильное распределение $\alpha 1$ и $\alpha 2$ -цепей (правильное соотношение 2:1, волокно коллагена скручено в тройную спираль). При полиморфизмах в гене COL1A1 существуют риски нарушения соотношения в сторону большего формирования $\alpha 2$ -цепей и формирования менее прочного коллагенового волокна. Такая ситуация клинически может проявляться в раннем птозе, снижении ответа на методики, направленные на укрепление коллагенового

каркаса, особенно на аппаратные методики, нитевые коррекции. Кроме синтеза важен процесс деградации коллагена. Так деградацией межклеточного вещества, включая коллаген занимаются матриксные металлопротеиназы, наиболее активно расщепляет матриксная металлопротеиназа-1 (кодируемая геном MMP1), а затем подключается желатиназа (матриксная металлопротеиназа-3, кодируемая геном MMP3). Генетические полиморфизмы могут приводить к усилению активности соответствующих ферментов, что в свою очередь может привести также к более ранним признакам птоза. Ингибируют действие матриксных металлопротеаз – тканевые ингибиторы, наиболее активным из них является тканевый ингибитор матриксных металлопротеаз-1 (кодируемый геном TIMP1). При генетических полиморфизмах возможны риски усиления его активности и уменьшения активности. При усилении активности, особенно при наличии полиморфизма в генах MMP чаще всего происходит нейтрализация рисков и система коллагенообразования функционирует среднестатистически. При уменьшении активности происходит усиление деятельности матриксных металлопротеаз. Какое значение имеет генетический анализ полиморфизмов генов, ответственных за синтез и деградацию коллагена? При проведении таких процедур как нитевой лифтинг, аппаратная стимуляция коллагеновых волокон важно полноценное функционирование системы синтеза и деградации коллагена. При нарушении этой системы в практике мы видим сниженный ответ или отрицательный результат при проведении данных методик. Однако предварительное или одновременное проведение процедур, направленных на полноценное формирование коллагеновых волокон (биоревитализация с препаратами на основе аминокислот и гидролизат коллагена), дает положительный результат применения.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОНЛАЙН-МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОСМЕТОЛОГИИ В УР

*Бычкова Н.Ю.
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Ижевская государственная
медицинская академия» Минздрава России, Ижевск*

На сегодняшний день нами накоплен опыт проведения мероприятий по актуальным вопросам косметологии в режиме онлайн. За период с 10.04.2020 по 29.06.2020 было проведено 6 научно-практических конференций, 4 вебинара и 15 прямых эфиров. Темы конференций и вебинаров предлагались самими специалистами, а прямых эфиров – пациентами. Наиболее актуальными были вопросы осложнений в косметологии и способы их лечения, качество и безопасность оказания косметологических услуг, образование в косметологии, патология соединительной ткани и преждевременное старение, особенности метаболизма фибриллярного аппарата и внеклеточного матрикса дермы, взаимоотношения с пациентом, патомимия в косметологии. Всего в вебинарах и онлайн-конференциях приняло участие 2 813 специалиста, из них 478 – жители Удмуртской республики, остальные – жители других регионов РФ – 2 290 человек (из них Москва и Московская область – 619 человек, Санкт-Петербург и Ленинградская область – 158 слушателей, Нижний Новгород – 114) и стран СНГ (45 человек). Общее число просмотров прямых эфиров (онлайн и в записи) в сети Инстаграм составило 6 509, в ВК – 584. Таким образом, онлайн-формат дает возмож-

ность одновременного участия большого числа специалистов, позволяет им принимать участие в обсуждении, предлагать актуальные темы, смотреть запись в удобное время. По нашему мнению, наиболее востребованными оказались научно-практические конференции по вопросам лечения осложнений, коррекции преждевременного старения и клинические разборы пациентов. Определенные сложности представляет модерация участников. По нашему мнению, дистанционный формат мероприятий позволяет рассматривать теоретические аспекты, но не дает возможности проведения полноценного обучения для практикующих врачей. Социальные сети (Инстаграмм, Фейсбук, ВК) оказались удобным инструментом для проведения профилактической и разъяснительной работы среди пациентов, что позволяет рекомендовать внедрение этого опыта в других регионах.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С УЧЕТОМ АНИЗОТРОПНЫХ СВОЙСТВ КОЖИ

Бычкова Н.Ю.

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

Свойства кожи обусловлены не только клеточным составом и межклеточными взаимодействиями, они определяются пространственной архитектурой структурных компонентов, в первую очередь – соединительно-тканых структур. Установлено, что кожа обладает различными механическими свойствами (анизотропией) в зависимости от направления воздействия из-за естественного натяжения, претерпевает постоянные изменения за счет процессов роста, старения и протекающих в организме патологических процессов, растягивается и удлиняется, испытывая большие деформации. Многочисленные исследования в самых разных областях медицины показали, что анизотропия механических свойств кожи является объективным диагностическим критерием и может использоваться для диагностики структурных нарушений дермы. Изменения на поверхности кожи носят локальный характер и клинически проявляются либо в виде зон линейной депрессии (морщины), либо участками дермальной дезорганизации. Причинами их появления являются увеличение разницы в упругих свойствах эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки, снижение упругости (толщины) подкожного жира, ослабление адгезии между соседними слоями на границе эпидермиса и дермы (DEG) или дермы и подкожной клетчатки (DHG) и снижение способности кожи к изгибу из-за деградации эластической сети. Установлено, волокна коллагена выровнены с основными осями напряжения (осями деформации) и этот феномен играет значительную роль в механической реакции кожи. Существуют разные способы оценки динамических свойств кожи в зависимости от направления воздействия из-за естественного натяжения кожи и степени выраженности возрастных изменений. Нами использовался метод пальпации для выявления областей максимально выраженных структурных нарушений дермы. Предложенный способ позволил установить, что архитектура кожи имеет индивидуальный характер, и наблюдаемые структурные нарушения (области максимальной дезорганиза-

ции – ОМД) могут быть несимметричными, имеют разную степень выраженности в различных участках лица и шеи. Предложенная нами методика (зарегистрирована заявка на изобретение № 2019122925 от 16.07.2019) предлагает доступный способ оценки анизотропии биомеханических свойств кожи путем определения силовых линий при помощи пальпации. Этот метод позволяет решать практические задачи по выявлению участков напряжений в коже лица и шеи, определять зоны, где возрастные изменения выражены максимально, и проводить персонализированную терапию с учетом выявленных индивидуальных особенностей, уменьшая внешние признаки старения, способствуя улучшению вязко-эластических свойств кожи и ретракции дермы, что клинически проявляется разглаживанием морщин и уменьшением проявлений гравитационногоптоза.

СРАВНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НЕВУСОВ И МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Вахитова И.И., Миченко А.В., Потекаев Н.Н., Тутов К.С., Жукова О.В.

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

Введение. Известно, что наличие множественных меланоцитарных и диспластических невусов повышает риск развития меланомы кожи. С целью своевременного выявления подозрительных на меланому пигментных новообразований проводят регулярные динамические мониторинги. Однако дерматоскопические критерии, позволяющие в динамике дифференцировать меняющиеся диспластические невусы, изучены недостаточно.

Цель. Оценить в динамике клинические и дерматоскопические характеристики меняющихся диспластических невусов и меланоцитарных невусов без признаков дисплазии у пациентов из группы высокого риска развития меланомы кожи.

Материалы и методы. В исследование были включены клинические и дерматоскопические изображения гистологически верифицированных диспластических невусов (n=26) и невусов без признаков дисплазии (n=17), полученные с интервалом не менее 2 месяцев от пациентов с высоким риском развития меланомы кожи. Все исследуемые меланоцитарные невусы были удалены в ходе наблюдения пациентов с высоким риском меланомы кожи, так как выявленные дерматоскопические изменения в динамике соответствовали подозрительным по Marghoob A.: асимметричное увеличение, изменение очертаний, любые другие изменения цвета помимо общего побледнения или потемнения окраски, изменения дерматоскопических структур. При сравнительном анализе изображений врач-дерматовенеролог регистрировал динамические изменения дерматоскопических структур.

Результаты. В соответствии с установленными патоморфологическими диагнозами все исследуемые невусы

были распределены следующим образом: сложный диспластический меланоцитарный невус (n=18), юнкционный диспластический невус (n=8), юнкционный меланоцитарный невус (n=6), лентигозный меланоцитарный невус (n=5), внутридермальный меланоцитарный невус (n=4), сложный меланоцитарный невус (n=2). При первичном клиническом обследовании 5 (29%) меланоцитарных невусов без признаков дисплазии были представлены равномерно окрашенными пятнами коричневого цвета с четкими границами, округлыми очертаниями, гладкой поверхностью, размерами от 3 до 5 мм в диаметре. Остальные 12 (71%) меланоцитарных невусов без дисплазии и 26 (100%) диспластические имели неравномерную окраску, неровные очертания и гладкую поверхность, размеры до 8 мм в диаметре. В ходе наблюдения отмечался рост и изменения интенсивности пигментации части меланоцитарных новообразований. Так, наблюдалось увеличение площади 10 (38%) диспластических невусов и 7 (44%) меланоцитарных невусов без признаков дисплазии (p=0,859). Неравномерная потеря пигмента до светло-коричневого цвета отмечалась в 3 (12%) диспластических невусах и 2 (12%) меланоцитарных невусах без признаков дисплазии (p=0,982). В 9 (53%) меланоцитарных невусах без дисплазии и 5 (19%) диспластических невусах наблюдалось неравномерное усиление окраски до темно-коричневого цвета (p=0,022). В 4 (15%) диспластических невусах было зафиксировано нарастание пигментации в центре (p=0,090). При сравнительном анализе динамических дерматоскопических характеристик был выявлен ряд признаков, чаще встречающихся в меланоцитарных невусах без признаков дисплазии, чем в диспластических невусах. Так, в меланоцитарных невусах без признаков дисплазии чаще встречались исчезновение глобул (p=0,027), усиление пигментации (p=0,001), появление пигментной сети (p=0,01), увеличение площади бесструктурных зон темно-коричневого цвета (p=0,019). В диспластических невусах не было выявлено статистически значимых отличий по сравнению с невусами без признаков дисплазии.

Выводы. В ходе динамического мониторинга обнаружение таких дерматоскопических признаков, как исчезновение глобул, общее усиление пигментации новообразования, появление пигментной сети, увеличение площади бесструктурных зон темно-коричневого цвета, не является показанием к проведению диагностической биопсии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО КОЖНОГО ЗУДА

Григорьева Н.С., Савоськин А.Н., Дудко В.Ю., Кабушка Я.С., Петунова Я.Г.

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

Цель исследования. Анализ методов лечения пациентов, страдающих кожным зудом, в условиях психосоматического отделения дерматологического стационара.

Материалы и методы: анализ 395 медицинских карт стационарных больных, пролеченных в психосоматическом отделении (далее – ПСО) СПб ГБУЗ «Городской кожно-ве-

нерологический диспансер» (далее – ГорКВД) за 2019 год, анализ отчетных статистических форм: Форма № 30 и Форма № 36, утвержденных приказом Росстата от 30.06.2014 N 459 (ред. от 25.12.2014) по учреждению. Дерматологический зуд – защитная реакция организма, направленная на сохранение тканевого гомеостаза и являющаяся основным симптомом кожных заболеваний, вызванных иммуноцитологическими изменениями в эпидермисе и дерме, является результатом продукции различных медиаторов безмиелиновых нервных волокон кожи. Генерализованный кожный зуд запускается иммунопатологическими механизмами, обусловленными обилием в коже рецепторов к медиаторам вегетативной нервной системы. Учитывая патогенез кожного зуда, пациенты с данной дерматологической патологией в большинстве случаев нуждаются в помощи психотерапевта.

Результаты. При анализе проводимых методов лечения всем пациентам ПСО с различным уровнем кожного зуда наряду с первой линией терапии: топические стероиды, антигистаминные препараты, стабилизаторы мембран тучных клеток, энтеросорбенты, гипосенсибилизирующие препараты, применялась психофармакотерапия анксиолитиками, антидепрессантами, антиконвульсантами, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. За 2019 год на ПСО ГорКВД пролечено 395 пациентов с различными тяжелыми дерматозами, из них 11 человек с идиопатическим генерализованным кожным зудом без высыпаний и без сопутствующей соматической патологии. Данная группа от общего числа пролеченных больных составила 3,3%.

Выводы. Формирование порочного круга при кожном зуде и множественных эксфолиациях ухудшает качество жизни пациентов и требует применения всех методов патогенетической терапии. Госпитализация пациентов в ПСО Гор КВД позволяет проводить их обследование для поиска причины зуда кожи и использовать ресурсы отделения для проведения системной психофармакотерапии. Комбинированная терапия позволяет полностью в 100% случаев купировать изнуряющий идиопатический кожный зуд и значительно улучшать качество жизни пациентов.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ

Демина О.М.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Акне (угревая болезнь, УБ) широко распространенный дерматоз, чаще встречающийся у подростков и молодых взрослых: от 60 до 85% случаев. Показано, что воспалительная реакция при акне, развиваясь на ранней доклинической стадии акне, является персистирующей и диагностируется начиная от микрокомедонов, закрытых комедонов, воспалительных папул и пустул и завершается поствоспалительной эритемой, поствоспалительной гиперпигментацией и развитием рубцов. Важным компонентом противовоспалительной защиты организма является антиоксидантная система, обеспечивающая регуляцию избыточного нако-

пления активных форм кислорода (АФК) и интенсификации деструктивных окислительных процессов. Ген *CYBA* (cytochrome b-245 alpha chain) кодирует альфа-субъединицу (легкая цепь), цитохрома b (-245), являющегося компонентом комплекса NADPH-оксидазы (NOX), который регулирует респираторный взрыв в фагоцитах. НАДФН-оксидазы (никотинамид-аденин-динуклеотид-фосфат-оксидазы) относятся к основным источникам АФК в организме человека и, особенно, сети сосудов. NADPH-оксидазы экспрессируются в эндотелии, клетках гладких мышц сосудов, фибробластах, кардиомиоцитах и в фагоцитах. При проведении молекулярно-генетического исследования у пациентов с акне были выявлены 10 однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) гена *CYBA* rs12123, rs13306294, rs12926425, rs4673, rs4782308, rs4782393, rs2306422, rs149933335, rs8053867 и rs72550704. Ген *CYBA* характеризуется относительно высокой полиморфной изменчивостью. По-видимому, это обусловлено расположением гена *CYBA* рядом с теломерным концом хромосомы 16 и является результатом более высокой частоты рекомбинации, чем в локусах генов других компонентов NADPH-оксидаз. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об ассоциации выявленных SNPs гена *CYBA* с тяжелым течением акне.

ТРЕДЛИФТИНГ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Демина О.М., Васильева Е.В., Карпова Е.И.
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

В настоящее время показано, что старение организма является закономерным биологическим процессом и первым видимым симптомом возрастных изменений появляется старением кожи. Известно, что патогенетическими механизмами старения являются наследственные факторы, деструкция клеток свободными радикалами, повреждение иммунной системы, замедление метаболических и регенеративных процессов. Актуальным вопросом современной эстетической медицины является применение малоинвазивных и малотравматичных методов коррекции возрастных изменений кожи вместе с тем, обладающих высокими эффективностью и профилем безопасности.

Цель исследования: изучить морфофункциональные механизмы взаимодействия рассасывающихся нитей из полимолочной кислоты (ПМК) с биотканью.

Материалы и методы. В экспериментальном исследовании 16 неинбредным крысам – самцам проведено морфологическое исследование подкожной рыхлой соединительной ткани на 14, 30, 60, 90 и 180 сутки. В результате исследования установлено, что процесс биодеградации нитей отмечается с 90 суток и осуществляется их гидролизированием с абсорбцией воды и увеличением объема. Резорбционный период составил 90–120 суток с минимально выраженной реакцией тканей. Выявлено формирование фиброзирование тканей в перифокальном пространстве введенных нитей с длительностью до 10–12 месяцев после имплантации. Таким образом, биодеградируемые нити из ПМК обеспечивают повышение плотности дермы, что клинически проявляется лифтинговым эффектом и повышением качества кожи.

РУБЦУЮЩИЙ ПЕМФИГОИД. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Денисова Е.В., Маляренко Е.Н., Каткова К.В., Воронцова И.В.

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

Пациент С. поступил для лечения в филиал «Клиника им. В.Г. Кроленко» в августе 2020 года с направительным диагнозом Вульгарная пузырчатка. Сопутствующие заболевания: Псориаз. Гипертоническая болезнь 2 ст. риск ССО 3. Рак гортани T4N1M0, состояние после оперативного лечения 2018г., ПХТ. Гипотиреоз. На момент поступления обращает на себя внимание поражение конъюнктивы с рубцовой деформацией в области век, слизистой оболочки полости рта. Из анамнеза: считает себя больным около года, когда впервые отметил появление эрозии на коже в области плеч. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно принимал амоксициллин внутрь, наружно бриллиантовый зеленый, с временным положительным эффектом. В течение последующих 4 месяцев отмечал появление пузырных и эрозивных элементов на коже волосистой части головы, на слизистой оболочке век, полости рта, коже заушных областей, на коже в области трахеостомы, верхних конечностей, в паховой области, в связи с чем обратился к дерматологу, выставлен диагноз: Инфекционный дерматит? Получал лечение антибактериальными, десенсибилизирующими препаратами – без эффекта. Проведен анализ на акантолитические клетки от 13.05.2020 – не обнаружены, от 21.05.2020 – обнаружены, эозинофилия пузырчаточности 1%. Неоднократно был консультирован в ООСМП, предполагаемые диагнозы: Вульгарная пузырчатка. Паранеопластическая пузырчатка. Назначено лечение системными кортикостероидами (преднизолон в суточной дозе 90 мг, с последующим титрованием дозы с учетом положительной динамики кожного процесса), терапия сопровождения; контроль показателей клинического и биохимического анализов крови; в плане проведение диагностического онкопоиска с целью исключения онкопатологии; проведение исследования с определением уровня энвоплакина методом ELISA; динамическое наблюдение. При поступлении: патологический процесс носит хронический распространенный характер. Локализуется на слизистой оболочке век, полости рта (преимущественно буккальной поверхности и спинке языка), в области отверстия трахеостомы. На слизистой конъюнктивы глаз эрозивные дефекты, гиперемия, обильные серозно-фибринозные наложения. Склеры инъецированы, выраженная отечность верхнего и нижнего века, полное открытие век затруднено, отмечается их рубцовая деформация. На слизистой полости рта (преимущественно буккальной поверхности и спинке языка визуализируются эрозии с ярко-красным дном, местами покрытые фибринозным налетом, края дефектов сглажены. На коже в области трахеостомы по периферии и снизу на прилегающей коже визуализируется эрозивный дефект размером до 3 см с ярко-красным влажным дном. Симптом Никольского отрицательный. За ушными раковинами, на коже шеи, плеч, груди, спины, конечностей визуализируются пятна поствоспалительной гиперпигментации. Дермографизм красный. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки от 13.08.2020: акантолитические клетки – не обнаружены. Проведено ПИФ – исследование

20.08.2020 г.: При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции с меченым FITC антителами к IGA, сЗс, IgM, IgG, фибриногеном на замороженных срезах определяются: иммуноморфологическая картина может наблюдаться при буллезном пемфигоиде, рубцующем пемфигоиде. Данных за акантолитическую пузырчатку в пределах исследованного биоптата не обнаружено. Гистологическое исследование: Патологические изменения наиболее соответствуют картине рубцующего пемфигоида, признаков акантолитической пузырчатки в пределах доставленного материала не обнаружено. Консультирован окулистом: Диагноз: ОУ- Хронический блефарит. Рубцующий пемфигоид конъюнктивы? Осложненная катаракта. Ангиопатия сетчатки. ОД – Новообразование н/века. Рекомендации: в ОУ кап. Дексаметазон 3–4 раза в день. Консультация офтальмохирурга после стабилизации состояния. Пациенту выставлен диагноз Рубцующий пемфигоид, подобрана схема лечения цитостатическими препаратами, системными ГКС, глазные капли Дексаметазон. Состояние пациента на фоне проводимой терапии стабилизировалось, эрозии эпителизовались, инъектированность склер менее выражена. Необходимо подчеркнуть важность проведения не только диагностической биопсии кожи, но и ПИФ-исследования, сопоставления с клиническими данными в диагностике редких буллезных дерматозов.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ. МАСКИ ОСТРОГО ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА МУХИ–ГАБЕРМАНА.

*Денисова Е.В., Радионова Е.Е., Ковалева М.Н.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы, филиал
«Клиника имени В.Г. Короленко», Москва*

Острый лихеноидный парапсориаз – заболевание неизвестной этиологии. Парапсориаз принадлежит к числу относительно редких дерматозов. Некоторые авторы относят заболевание к поверхностным геморрагическим васкулитам, подтверждением тому служат выраженные изменения проницаемости и резистентности капилляров, таким образом рассматривают острый парапсориаз как инфекционно-токсический капиллярит, другие авторы считают, что в основе лежит лимфопролиферативный процесс и заболевание является предшественником развития Т-клеточной лимфомы, а также обсуждается роль в патогенезе инфекционных агентов и аллергенов.

Больная Ю., 73 лет, поступила на стационарное лечение в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиники им. В.Г. Короленко» в августе 2020 года, с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд в местах высыпаний. Из анамнеза известно, что болеет более шести месяцев (!), высыпания заметила впервые на фоне стресса на коже конечностей. Обратилась к дерматологу по месту жительства, поставлен диагноз: Экзема – назначено амбулаторное лечение: дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, с незначительным положительным эффектом. Процесс на коже распространялся, появились высыпания на коже туловища, вновь обратилась к дерматологу по месту жительства, поставлен диагноз: красный плоский лишай, направлена на стационарное лечение. В Филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»

пациентка поступила в августе 2020 года. Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. Локализуется на коже туловища, верхних и нижних конечностей, представлен в виде плоских папул красного цвета, с синюшным и фиолетовым оттенком, размером до 0,2–0,4 см в диаметре, местами с блестящей поверхностью при боковом освещении, сливающиеся в умеренно инфильтрированные бляшки с четкими границами, различных размеров и очертаний, на поверхности которых имеются белесоватые чешуйки, при поскабливании которых выявляется «симптом облатки», единичные эрозивно-язвенные дефекты, в стадии эпителизации, с серозно-геморрагическими корочками на поверхности, отделяемого нет, обширные участки рубцовой атрофии на месте разрешившихся очагов. Псориаз триада отрицательная. Слизистые оболочки интактны. Дермографизм красный. Ногтевые пластины кистей рук и стоп не изменены. Предварительный диагноз в отделении: Острый лихеноидный парапсориаз Мухи–Габермана ? было проведено гистологическое исследование от 12.08.2020: слабый акантоз эпидермиса с рыхлым кератозом. Стенки сосудов сосочкового слоя дермы утолщены за счет отека и набухания эндотелиоцитов, слабо выраженного набухания фибриноидного набухания. Полнокровие и очаговый тромбоз сосудистых просветов, в сосочковом слое дермы обнаруживаются небольшие очаги экстравазации эритроцитов. Умеренные периваскулярные инфильтраты, местами единичные нейтрофильные лейкоциты проникают в сосудистую стенку.

Заключение: признаков красного плоского лишая, псориаза в пределах доставленного материала не обнаружено, патологические изменения носят характер васкулита с 2/4 поражением сосудов малого калибра, очаговым фиброзом. Учитывая данные анамнеза заболевания, клинической картины, а также результатов гистологического исследования, установлен диагноз: парапсориаз Мухи–Габермана. Проведено лечение: дезинтоксикационная терапия, антибактериальная, с учетом длительного течения и распространенности процесса был проведен курс системных кортикостероидов. Наружно топические кортикостероиды. На фоне проводимой терапии отмечается положительная динамика: большинство высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей представлены слабо инфильтрированными папулами и бляшками, дифференцирующимися на папулы, застойной окраски, на поверхности визуализируются единичные отторгающиеся чешуйкокорки, пропитанные серозным экссудатом, шелушение регрессировало, отдельные элементы регрессировали до поствоспалительных пятен, свежих высыпаний нет. Таким образом, парапсориаз имеет общую клиническую симптоматику с многими дерматозами (псориаз, красный плоский лишай, розовый лишай, вторичный сифилис), а также, по мнению ряда авторов, является манифестом Т-клеточной лимфомы, в связи с чем необходимо при подозрении на острый парапсориаз Мухи–Габермана подтверждать диагноз гистологически и исключать трансформацию в лимфопролиферативные процессы.

СИМПТОМ КСЕРОСТОМИИ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Джапуева А.Я., Терещенко А.В.

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

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – часто встречающийся хронический дерматоз, при котором поражается не только кожа, но также слизистая оболочка полости рта (СОПР). Частой жалобой пациентов с КПЛ СОПР является «сухость во рту», или ксеростомия (КС), которая приводит к развитию неприятного запаха изо рта, дисфагии, а также изменению вкусовых ощущений, что значительно снижает качество жизни пациентов. Мультифакториальная концепция патогенеза КПЛ обуславливает широкий спектр лечебных воздействий в терапии больных. Однако наружные средства, наиболее часто используемые у пациентов с ксеростомией (полоскания антисептиками, травяными сборами и т.д.), нередко не облегчают состояние, а наоборот, способствуют раздражению, дополнительной травматизации и обезвоживанию слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования – анализ частоты встречаемости ксеростомии у пациентов с КПЛ полости рта.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента от 42–67 лет (54 женщины, 8 мужчин) с различными формами красного плоского лишая СОПР (типичная форма – у 19, экссудативно-гиперемическая – у 2, эрозивно-язвенная – у 13 пациентов), которые обращались в кабинет патологий слизистой оболочки полости рта и губ МНПЦДК ДЗМ в течение 2018–2019 годов. Комплексная оценка степени выраженности ксеростомии проводилась с помощью опросника «The Summated Xerostomia Inventory» – XI, на основании которого рассчитывали субъективный индекс ксеростомии. Пациентам предлагалось оценить каждое из 11 утверждений опросника по одному из предложенных вариантов ответов («Никогда»; «Периодически»; «Часто»), ранжированных по балльным (от 1 до 3) показателям. Диапазон баллов по суммарному показателю варьировал от 11 (отсутствие ксеростомии) до 33 баллов (наличие выраженной ксеростомии). Критерии показателя: от 12 до 18 баллов – легкая (I степень), от 19 до 28 баллов – умеренная (II степень) и от 29 до 33 баллов – выраженная (III степень) ксеростомия.

Результаты. По результатам исследования установлено, что частота ксеростомии при КПЛ СОПР составила 54,8% (34 пациента с КС, в том числе 21 с типичной формой КПЛ и 13 – с эрозивно-язвенной формой). Пациентами ксеростомия в среднем была оценена на 22 балла (максимально 33 балла), при этом наиболее тяжелая степень выраженности ксеростомии отмечалась при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОПР, которая оценивалась пациентами в среднем на 29 баллов (8 из 13 пациентов).

Заключение. Полученные результаты указывают на значительную распространенность симптома ксеростомии среди пациентов с КПЛ СОПР и свидетельствуют о значимости данного симптома для подбора терапии. Полученные нами результаты показывают, что наиболее тяжелая степень ксеростомии отмечается при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОПР, которая, как известно, является факультативным предраком. Учитывая ограниченность средств терапии, направленных на устранение симптомов ксеро-

стомии при КПЛ СОПР, а также неконтролируемое использование пациентами прижигающих и антисептических средств, способствующее усугублению поражений слизистой полости рта, представляется актуальным дальнейшее изучение патогенетических аспектов ксеростомии с целью разработки эффективной терапии пациентов.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПСОРИАЗЕ

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

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Взаимовлияние психического и соматического проявляется наиболее демонстративно при дерматозах в силу того, что поражения кожи оказывают сильное негативное влияние на психологический статус, следствием чего является высокая частота встречаемости нервно-психических расстройств.

Цель исследования: изучение психоэмоциональных особенностей у больных псориазом.

Материал и методы: данное исследование основано на результатах наблюдения 150 человек: 120 больных вульгарным псориазом, 30 здоровых лиц (контрольная группа). Для измерения тревоги использована шкала самооценки тревоги, разработанная Цунгом (Zung W., 1980). Шкала предназначена для оценки тревоги как клинического состояния, состоит из 20 пунктов. Измеряемые показатели: 5 пунктов оценивали аффективные симптомы, остальные 15 – соматические. В баллах определялись, в соответствии с 4 градациями, степени выраженности симптома по каждому пункту. Максимальный суммарный балл составлял 80. Уровни тревоги по данной клинической шкале подразделяли следующим образом: 20–40 баллов – низкий уровень тревоги; 41–60 баллов – средний уровень тревоги; 61–80 баллов – высокий уровень тревоги. Для самооценки депрессии применялась шкала Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) (Zung W., 1965). В тестировании учитывались 20 факторов, которые определяли четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивали по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делили на четыре диапазона: 25–49 – нормальное состояние; 50–59 – легкая депрессия; 60–69 – умеренная депрессия; 70 и выше – тяжелая депрессия. Концентрацию β-эндорфина определяли иммуноферментным методом (ELISA) на плащечном ридере Униплан «Пикон» (Россия) с использованием реактивов компании Peninsula Laboratories (США).

Результаты. Распространенная форма псориаза диагностирована у 60 пациентов (средний возраст 55,9±6,96 лет; мужчин – 30, женщин – 30), ограниченная форма – у 60 больных (средний возраст 55,2±6,13 лет; мужчин – 30, женщин – 30). При тестировании по шкале Цунга было установлено, что уровень тревоги в группе пациентов с ограниченным псориазом достоверно превышает таковой в контрольной группе – 25,0±3,68 балла vs. 16,7±3,61 бал-

ла ($p < 0,001$) и соответствует низкому уровню тревоги. У пациентов с распространенной формой заболевания, данный показатель был выше – $58,5 \pm 7,45$ балла ($p < 0,001$), что указывает на наличие среднего уровня тревоги. У пациентов с ограниченной формой псориаза уровень депрессии был достоверно выше, чем в контрольной группе ($35,0 \pm 5,8$ балла vs. $25,2 \pm 3,5$ балла, $p < 0,001$). У больных с распространенным псориазом данный показатель составил $66,9 \pm 7,3$ балла ($p < 0,001$) – умеренный уровень депрессии. Обращает на себя внимание, согласно полученными нами данными, тот факт, что наличие тревожно-депрессивных расстройств у больных псориазом сопровождается снижением в крови уровня β -эндорфина. Так, в группе пациентов с ограниченной формой псориаза, уровень β -эндорфина в крови ($4,88 \pm 0,41$ мкг/мл, $p < 0,001$) был ниже, чем в группе контроля ($5,60 \pm 0,28$ мкг/мл) на 12,9%. При распространенном псориазе концентрация β -эндорфина в крови ($3,30 \pm 0,38$ мкг/мл, $p < 0,001$) была меньше, чем у здоровых лиц, на 41,1%.

Выводы. Приведенные результаты исследования указывают на наличие выраженных психоэмоциональных расстройств у больных псориазом, развивающихся на фоне снижения в крови уровня бета-эндорфина. Наиболее высокий уровень тревожно-депрессивных нарушений наблюдается у больных с распространенной формой заболевания. Уменьшение в крови содержания опиоидного нейротептида – β -эндорфина указывает на угнетение антистрессорных процессов в организме больных псориазом, в особенности при распространенной форме, что требует их терапевтической коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Донцова Е.В., Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж*

Псориаз представляет собой заболевание мультифакториальной природы, этиопатогенетические аспекты которого остаются недостаточно изученными. Активно исследуется роль генетических и иммунных факторов в патогенезе псориаза. Особую актуальность при псориазе имеют обменные нарушения. Но, вместе с тем, значения их в патогенезе псориаза до сих пор до конца не выяснены.

Цель: дать сравнительную характеристику особенностям метаболизма липидов у больных с распространенной и ограниченной формами псориаза.

Материалы и методы: в работе изучались такие параметры липидного обмена крови, как общий холестерин (общ.ХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ). Холестерин общий определяли в сыворотке крови ферментативным энзиматическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Нидерланды) с использованием реактивов компании Analyticon Biotechnologies AG (Германия). Холестерин липопротеинов высокой плотности определяли в крови энзиматическим ферментативным методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Ни-

дерланды) с использованием реактивов компании DiaSys (Германия). Триглицериды определяли в сыворотке крови энзиматическим ферментативным методом на автоматическом биохимическом анализаторе Vitalab Flexor E (Нидерланды) с использованием реактивов BioSystems (Испания). Холестерин липопротеинов низкой плотности определяли расчетным методом по W.Friedewald (1972 г.): $ХС\ ЛПНП\ (ммоль/л) = (ХС\ общ - ХС\ ЛПВП) - ТГ/2,2$. Для оценки степени атерогенности плазмы крови использовался метод, предложенный А.Н. Климовым в 1977 году – холестеринный коэффициент атерогенности (КА), который вычисляли по формуле: $КА = (ХС\ общ - ХС\ ЛПВП)/ХС\ ЛПВП$.

Результаты: обобщающая оценка состояния кожного процесса по PASI, отражающего степень тяжести псориаза, у больных распространенным псориазом составила в среднем $11,24 \pm 0,31$ балла, что соответствует среднетяжелой форме течения заболевания. Значение PASI у больных с ограниченным псориазом равнялось $9,6 \pm 0,01$ балла, что указывает на легкое течение заболевания. У пациентов с ограниченной формой псориаза уровень общего холестерина крови превышал его значение в контрольной группе ($4,49 \pm 0,6$ ммоль/л vs. $4,18 \pm 0,58$ ммоль/л; $p < 0,001$). У пациентов с распространенным псориазом данный показатель был выше – $5,25 \pm 0,49$ ммоль/л ($p < 0,001$). При наличии ограниченной формы псориаза уровень ХС ЛПНП крови достоверно превышал значение исследуемого параметра в группе контроля ($2,45 \pm 0,51$ ммоль/л vs. $2,11 \pm 0,39$ ммоль/л; $p < 0,001$), при распространенной форме заболевания был – $3,26 \pm 0,3$ ммоль/л; $p < 0,001$). Напротив, уровень в крови антиатерогенной фракции холестерина липопротеинов высокой плотности у пациентов с ограниченным псориазом оказался достоверно ниже, чем в контрольной группе – $1,43 \pm 0,19$ ммоль/л vs. $1,50 \pm 0,18$ ммоль/л ($p = 0,002$). В группе больных с распространенной формой заболевания уровень в крови ХС ЛПВП был более низким – $1,2 \pm 0,17$ ммоль/л ($p < 0,001$). У пациентов с ограниченной формой псориаза по сравнению со здоровыми лицами различий по показателю триглицеридов не выявлено ($1,35 \pm 0,22$ ммоль/л vs. $1,28 \pm 0,21$ ммоль/л; $p > 0,05$). В группе больных с распространенным псориазом уровень в крови ТГ был достоверно выше, чем в контрольной группе – $1,69 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,001$). У пациентов с ограниченной формой псориаза КА был выше, чем в контрольной группе ($2,1 \pm 0,37$ ед. vs. $1,92 \pm 0,25$ ед.; $p < 0,001$), более высоким его значение регистрировалось у больных с распространенной формой псориаза – $3,38 \pm 0,42$ ед. ($p < 0,001$).

Выводы: таким образом, анализ липидного спектра крови больных с различными формами псориаза показал, что у пациентов с распространенной формой заболевания обнаруживаются наиболее выраженные атерогенные изменения.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРИИ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Евстифеев С.В., Кулаев М.Т., Альмяшев А.З., Скопин П.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск

Цель исследования. Оценить эффективность флуоресцентной диагностики (ФД) и фотодинамической терапии

(ФДТ) рецидивного и местно-распространенного рака нижней губы при введении фотосенсибилизатора в дозе 0,5 и 0,8 мг/кг.

Материал и методы. ФДТ была проведена 32 больным раком нижней губы с использованием исследуемого фотосенсибилизатора на базе лаборатории «Биоспектроскопии, лазерной и фотодинамической терапии» кафедры онкологии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». Для ФД и ФДТ использовался комплекс ДТК – 3М (ЦЕНИ ИОФ имени А.М. Прохорова РАН, г. Москва). Фотосенсибилизатор вводился больным раком нижней губы посредством внутривенной инфузии с использованием элементов рандомизации: в дозе 0,5 мг/кг массы тела 20 пациентам и в дозе 0,8 мг/кг – 12. Всем больным до введения фотосенсибилизатора и в последующем периоде производилась ФД. Первый сеанс ФДТ проводили через 24 часа после введения препарата, интервал между последующими сеансами – 24 часа. Плотность мощности лазерного излучения составила 150–300 мВт/см², световая доза одного сеанса облучения – 200–300 Дж/см². Количество сеансов варьировало от 3 до 5.

Результаты. В среднем интенсивность (коэффициент) флюоресценции (КФ) в центре опухоли до введения фотосенсибилизатора (аутофлюоресценция) составила 14,9 отн. ед., а коэффициент диагностической контрастности (КДК) (отношение коэффициента интенсивности флюоресценции в опухоли к интенсивности флюоресценции в здоровых тканях) – 1,12, в то время как через 24 часа после введения препарата КФ в центре опухоли у больных раком нижней губы составил 150,8 отн. ед., КДК – 1,71. С увеличением дозы вводимого препарата (с 0,5 до 0,8 мг/кг) интенсивность флюоресценции возрастала как в опухолевом очаге, так и в здоровой слизистой оболочке, причем в последней в большей степени, поэтому КДК несколько снижался, а вместе с ним и диагностическая ценность метода. Признаки общей фототоксичности наблюдались у 9 больных раком нижней губы, из которых 5 (41,7%) больных получали фотосенсибилизатор в дозе 0,8 мг/кг и 4 (20%) пациента – в дозе 0,5 мг/кг. Через 1 месяц после проведения лечения КДК у обследованных больных в очагах, подвергшихся полной регрессии составил 1,1 (значение КФ приблизилось к показателю в здоровой слизистой), а в очагах без признаков полной регрессии – 1,6. Через 2 месяца после проведения лечения КДК составил соответственно 1,1 и 1,5. При анализе результатов лечения в зависимости от дозы вводимого препарата, было отмечено, что в группе больных раком нижней губы, получавших препарат в дозе 0,5 мг/кг у 14 пациентов (70%) через 2 месяца после ФДТ был зарегистрирован полный эффект, у 5 больных (25%) – частичный эффект и у одного пациента (5%) – стабилизация процесса. В то время как у больных, получавших препарат в дозе 0,8 мг/кг полный эффект наблюдался у 8 пациентов (67%), у 3 больных (25%) отмечен частичный эффект и у одного пациента (8%) зафиксирована стабилизация процесса.

Выводы. Таким образом, флюоресцентная диагностика рака нижней губы с применением исследуемого фотосенсибилизатора обладает достаточной диагностической ценностью и может быть использована при данной локализации опухолевого процесса. Анализ ближайших результатов лечения больных раком нижней губы методом ФДТ с данным препаратом (в дозе 0,5 и 0,8 мг/кг) показывает его высокую эффективность. Наиболее оптимальным у больных раком нижней губы является режим проведения фотодинамической терапии при введении фотосенсибилизатора в дозе 0,5 мг/кг, поскольку при этом вероятность развития фототоксических реакций уменьшается, а результаты лечения не ухудшаются.

КАК ИЗБЕЖАТЬ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА И ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ И СТОП

Ермаченко А.В., Цой А.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Клиника имени В.Г. Короленко», Москва

Псориаз – папулосквамозный дерматоз мультифакториальной природы с генетической, липидной и иммуноопосредованной направленностью. Характеризуется гиперпролиферацией клеток в эпидермисе с формированием кератинизации, различной степени выраженности воспалительной реакцией в эпидермисе и дерме, изменениями в различных органах и системах. Ладонно-подошвенный псориаз – одна из тяжелых форм псориаза. Достаточно часто вызывает трудности с диагностикой. По нашим наблюдениям ладонно-подошвенная форма в 40% случаев диагностируется как экзема, в 15% – как красный плоский лишай, в 10% – как кератодермия; в 5% – как токсидермия. Он проявляется в виде сливающихся типичных папулезно-бляшечных очагов, нередко с наличием болезненных трещин, а также пустулезных высыпаний на фоне инфильтрированных, отечных, резко отграниченных бляшек.

Большая Ю., 53 лет, поступила в приемное отделение МН-ПЦДК ДЗМ филиал «Клиники им. В.Г. Короленко» в августе 2020 года с направительным диагнозом «Экзема», с жалобами на высыпания на коже кистей и стоп, умеренным зудом в местах высыпаний. Из анамнеза известно, что болеет в течение 2 лет, когда впервые появились высыпания на коже кистей. Обратилась к дерматологу по месту жительства, поставлен диагноз: «Экзема». Получила амбулаторное лечение: дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, топические кортикостероиды с незначительным положительным эффектом. Процесс на коже распространялся на кожу стоп, в связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства, направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный хронический характер. Локализуется на коже кистей и стоп, представлен в виде инфильтрированных бляшек, очагов с четкими границами и очертаниями, на поверхности которых отмечаются многочисленные трещины линейного характера, чешуйко-корки, пропитанные, серозным содержимым. Псориатическая триада не воспроизводится. По периферии ободок Пильнова. Слизистые оболочки интактны. Дермографизм красный. Ногтевые пластины кистей рук и стоп изменены по типу «наперстка», визуализируется онихолизис. При локализации высыпаний на кистях и стопах прежде всего следует проводить дифференциальную диагностику между диагнозом «Псориаз» и «Экзема». Опираясь при диагностике на феномен псориатической триады не представляется возможным, так как при данной локализации феномен будет отрицательным. Обязательно следует обратить внимание на первичные и вторичные элементы, границы высыпаний, осмотреть ногтевые пластинки стоп и кистей и весь кожный покров на наличие псориатических высыпаний на типичных местах локализации (в/ч головы, разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, скла-

док), а также уточнить наследственный фактор, провести гистологическое исследование кожи для подтверждения диагноза. Учитывая локальный статус, длительный анамнез (более двух лет нет положительной динамики на фоне проводимого лечения), отягощенная наследственность (у матери – псориаз), в приемном отделении был выставлен диагноз: Ладонно-подошвенный псориаз, прогрессирующая стадия. Благодаря правильной постановке диагноза, было скорректировано и назначено адекватное лечение, что привело к длительной ремиссии.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

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

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

Грибовидный микоз – это одна из самых часто встречаемых Т-клеточных лимфом, частота его встречаемости среди всех первичных Т-клеточных лимфом кожи (ПКТКЛ) составляет 50–72%. ПКТКЛ представляют собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний, характеризующихся клональной пролиферацией Т-лимфоцитов в коже, являются самостоятельными клинико-морфологическими формами экстра nodальных неходжкинских лимфом. При ГМ главной мишенью является кожа, внутренние органы и лимфатические узлы изменяются реже и, как правило, после нескольких месяцев, а то и лет болезни. Характер кожных поражений при грибовидном микозе может быть разнообразным и зависит от клинического варианта заболевания и стадии опухолевого процесса. При ранних стадиях заболевания могут наблюдаться разнообразные эритематозные пятна, уртикарноподобные, псориазо- и парапсориазоподобные, экземоподобные кожные элементы. Общие симптомы (похудание, потливость) при ранних стадиях встречаются реже, поэтому такие больные зачастую ошибочно обращаются к дерматологу, который и направляет пациента к гематологу. Своевременная диагностика и правильное установление стадии развития ГМ являются приоритетными задачами дерматовенеролога и гематолога, т.к. имеют принципиальное значение при выборе оптимальной тактики лечения больного. Диагностический процесс при ГМ предусматривает ряд логически связанных этапов. Проведение гистологического исследования биоптата кожи считается основным методом диагностики ГМ, при этом в практике врача встречаются клинические случаи, когда данное исследование проводится неоднократно, с целью верификации диагноза, исключения или подтверждения диагноза. Под нашим наблюдением находился пациент А., 76 лет, поступивший 02.10.2019 г. на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, периодически сопровождающихся умеренным зудом. Болеет с 2007 г., когда впервые отметил высыпания на коже бедер. Не лечился. С 2008 года отмечал распространение патологического процесса, в связи с чем обратился к дерматологу по месту жительства, был установлен диагноз «Парапсориаз». Со слов пациента, в 2009 г. было

проведено гистологическое исследование, по заключению которого, диагноз «Парапсориаз» был подтвержден. Было рекомендовано лечение в амбулаторных условиях, в виде антиагрегантов, наружных средств, с временным положительным эффектом. С февраля 2019 г. отметил ухудшение кожного процесса в виде появления свежих элементов сыпи на коже туловища, конечностей. Обращался к дерматологу по месту жительства, лечился амбулаторно, топическими ГКС, без выраженного эффекта. В условиях стационара была произведена диагностическая биопсия кожи, согласно заключению, изменения не противоречат диагнозу крупнобляшечного парапсориаза, убедительных признаков лимфопролиферативного заболевания не обнаружено. Было рекомендовано динамическое наблюдение с повторной биопсией при нарастании инфильтрации в очагах. В составе комбинированной терапии пациент получал плазмозамещающее средство, антигистаминные препараты, антиагреганты, наружные средства, с положительным эффектом на момент выписки. В дальнейшем, отмечал обострение кожного процесса с января 2020 года, когда отметил появление свежего очага в области правой ягодицы. Лечился амбулаторно, наружными средствами, без эффекта, в связи с чем был направлен на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», где находился с 30.07.2020 г. по 12.08.2020 г. На момент госпитализации, клинически отмечались высыпания в виде слабо инфильтрированных пятен розового цвета, а также в виде умеренно инфильтрированных бляшек, ярко-розового цвета, с четкими границами, на поверхности слабо выраженное мелкопластинчатое шелушение серебристо-белого цвета. Было повторно проведено гистологическое исследование, по заключению: Гистологические изменения более всего соответствуют грибовидному микозу в стадии пятна. Пациент был выписан с рекомендациями о проведении консультации, дообследования и определения дальнейшей тактики у гематолога. Таким образом, приведенный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость в постоянном клинико-лабораторном мониторинге пациентов с крупнобляшечным парапсориазом, в связи с риском поздней диагностики лимфомы кожи. Своевременная верификация диагноза, правильно выбранная тактика лечения, позволят увеличить продолжительность жизни и обеспечить социальную адаптацию больных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГОРОДА МОСКВЫ ЗА 2016–2019 ГГ.

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Проскурина М.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. Псориаз – хроническое воспалительное иммунозависимое заболевание мультифакториального генеза. У детей данное заболевание встречается редко. Но в последние годы отмечается рост заболеваемости псориазом у детей не только в пубертатном периоде, но и в более раннем возрасте.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ динамики и структуры заболеваемости псориазом среди детского

населения по данным филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за 2016–2019 годы.

Результаты. По данным ретроспективной оценки заболеваемости хроническими дерматозами среди пациентов, госпитализированных в детский круглосуточный стационар (СС) филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (по случаям зарегистрированных диагнозов в соответствии с МКБ-10) за период с 2016 по 2019 годы, прослеживается рост госпитализированной заболеваемости среди детей с псориазом со средней и тяжелой степенью тяжести почти на 6% (в 2016 г. – 20,3%, в 2017 – 19,8%, 2018 г. – 25,7%, в 2019 г. – 25,7%). Пик госпитализированной заболеваемости среди детей с псориазом от 0 до 17 лет включительно в СС за 2016–2019 года приходился на возрастную группу от 7 до 14 лет. Так, в 2019 г. госпитализированная заболеваемость среди детей с псориазом от 7 до 14 лет составила 54,5 % от всех заболевших детей с псориазом в СС (в 2018 г. – 49,2%, в 2017 г. – 52,3%, в 2016 г. – 52,1%). Причем девочки и мальчики в этой возрастной группе в 2019 г. болели с одинаковой частотой. Доля подростков с псориазом от 15–17 лет в СС в 2019 г. составила 36,7%, при этом девушки в этой возрастной категории в 1,5 раза чаще болели, чем юноши. Такая же тенденция наблюдалась и в 2018 г.: подростков с псориазом от 15–17 лет – 40,6%, из них девочки в этой возрастной группе в 1,2 раза чаще госпитализировались на лечение в СС, чем подростки-мальчики. Мы отмечаем за последние годы стабильно высокую заболеваемость среди детей с псориазом в возрасте от 0 до 6 лет: так в 2019 г. на долю детей младшего возраста с псориазом пришлось 8,6% (в 2018 г. – 10%, в 2017 г. – 9,2%, в 2016 г. 9% соответственно). Анализ заболеваемости псориазом среди детей, получивших лечение в условиях стационара дневного пребывания (ДС), показал в 2019 г. рост заболеваемости псориаза на 11,1 % по сравнению с аналогичными данными за 2016 год. Так, в 2019 г. доля детей с псориазом среди всех детей, получивших лечение в ДС, составила более 1/3 или 36%. Причем, в отличие от данных СС, в целом мальчики псориазом болели чаще, чем девочки как в 2019 году – 51,2%, так и в 2018–2017–2016 гг. (2018 г. – 60,3%, в 2017 г. – 66,4% и в 2016 г. – 61,5% соответственно). В 2019 г в отличии от аналогичных данных за 2018 г. подростки от 15–17 лет с псориазом составили почти 2/3 или 62% от всех детей с псориазом (в 2018 г. – 35,2%, в 2017 г. – 30,7%). При этом на долю юношей в этой возрастной группе от 15–17 лет, получивших лечение в ДС, в 2019 г. пришлось – 48,5% (в 2018 г. – 35,2%, в 2017 г. – 30,7%). Тогда как в 2018 – 2017 гг – пик заболеваемости был выявлен в возрастной группе от 7–14 лет – 50% и 60,7% соответственно. Выводы. Увеличение запуска факторов развития псориаза у детей, таких как инфекции, заболевания печени и почек, травмы кожи, ожирение или избыточный вес, психосоциальный стресс или сильный испуг могут быть потенциальными объяснениями роста заболеваемости псориазом у детей. Как правило, обострения заболевания у детей случаются в переходные периоды (детский сад, школа), а также в периоды наиболее высоких нагрузок и стрессов (экзамены, выступления и т.п.). Наши полученные данные подтверждают эти факты и свидетельствуют о необходимости разработки и проведения организационных мероприятий по межведомственному взаимодействию врачей-дерматовенерологов и смежных специалистов (педиатров, ревматологов, аллергологов-иммунологов и т.д.), направленных на профилактику, раннее выявление и предупреждение рецидивов псориаза среди детского населения г. Москвы.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ МНПЦДК ДЗ ГОРОДА МОСКВЫ ЗА 2017–2019 ГГ.

*Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Проскурина М.И.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием кожи, возникающим вследствие нарушения эпидермального барьера на фоне предрасположенности к IgE-опосредованной гиперчувствительности. АД является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний кожи у детей. По данным международных исследований, средняя распространенность симптомов АД у детей в возрасте 6–7 лет составила 7,9%, а в возрасте 13–14 лет – 7,3%, при этом в последние годы отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости как в развитых, так и в развивающихся странах мира. Эпидемиологические исследования показывают, что на территории Российской Федерации распространенность АД у детей младшего и среднего возраста достаточно вариабельна и составляет от 4,2% до 20% в зависимости от региона. Основными симптомами АД являются зуд и поражение кожи, которые в значительной степени отрицательно влияют на качество жизни пациентов, могут вызывать серьезные осложнения. Наиболее часто заболевание начинается в детском возрасте, в 45% случаев АД начинается в первые 6 мес. жизни, в 60% – в первый год, и в 85% – до 5 лет. У детей, особенно в раннем и среднем возрасте, атопический дерматит протекает обычно тяжелее, чем у взрослых. Кроме того, у пациентов, страдающих атопическим дерматитом, риск развития респираторной и пищевой аллергии составляет до 80%. Ранее начало и тяжелое течение атопического дерматита могут быть первыми признаками «атопического марша» и значимым фактором развития бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Был проведен анализ динамики и структуры заболеваемости атопическим дерматитом среди детского населения по данным филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (Детский центр) за 2017–2019 годы. Результаты. По результатам оценки заболеваемости за период 2017–2019 гг. по данным (случаи зарегистрированных диагнозов в соответствии с МКБ-10) консультативно-диагностического отделения (КДО) Детского центра детей с атопическим дерматитом составило: в 2017 г. – 13,9%, в 2018 г. – 12,4%, в 2019 г. – 10,1% от общего количества посещений. Впервые выставлен диагноз «Атопический дерматит» – в 3,2 – 5,6% случаев (в 2017 г. – 5,6%, в 2018 г. – 4,5%, в 2019 г. – 3,2%). По данным суточного и дневного стационаров пациенты с атопическим дерматитом составляли до 54%. Так, в 2017 году, пациенты с атопическим дерматитом составляли 48% от всех госпитализированных в суточный стационар (СС) и 45% пациентов дневного стационара (ДС); в 2018 г. – 40% СС, 54% – ДС; в 2019 г. – 32% – СС, 37% – ДС соответственно. Оценка заболеваемости по возрастным группам КДО показывает, что чаще всего атопический дерматит встречался в возрастной группе 0–6 лет, и эта тенденция прослеживается за весь период 2017–2019 гг. В 2017 г. дети с АД возрастной группы 0–6 лет составляли 54%, в 2018

г. – 51% и в 2019 г. – 48%. Однако, среди пациентов, госпитализированных в ДС и СС, преобладали дети в возрасте 7–14 лет. Пик госпитализированной заболеваемости АД в ДС и СС наблюдался в 2017 г. в возрастной группе 7–14 лет: 44% в ДС и 52% в СС. Изучение заболеваемости по гендерному признаку выявило, что на протяжении всего периода как среди пациентов КДО, так и среди госпитализированных детей в СС и ДС, во всех возрастных группах преобладают мальчики. В 2017 г. пациенты КДО мужского пола с диагнозом АД составили 58%, в 2018 г. – 57%, в 2019 г. – 55%; пациенты с АД мужского пола ДС: в 2017 г. – 66,6%, в 2018 г. – 62,4%, в 2019 г. – 63% соответственно, пациенты с АД мужского пола СС: в 2017 г. – 60%, 2018 г. – 56,8%. 2019 г. – 61% соответственно. Выводы. Анализ заболеваемости АД за период 2017–2019 гг. показал, что наиболее часто АД регистрируется в младшей возрастной группе 0–6 лет, однако количество пациентов, требующих стационарной помощи, существенно выше среди детей более старшего возраста 7–14 лет. Среди всех детей с кожными болезнями, нуждающихся в стационарной помощи, пациенты с АД составляют значительную долю, что свидетельствует не только о высоком уровне заболеваемости АД в целом, но и большом количестве среднетяжелых и тяжелых форм заболевания. Проявления АД существенно снижают качество жизни пациентов, влияют на психоэмоциональную сферу ребенка и родителей и приводят к продолжительным периодам нетрудоспособности. Это подтверждает необходимость совершенствования методов диагностики и своевременного лечения АД, разработки и внедрения ранней профилактики заболевания и предупреждения осложнений.

АНАЛИЗ СОЧЕТАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ДРУГИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ МНПЦДК ДЗ ГОРОДА МОСКВЫ

*Заторская Н.Ф., Терещенко Г.П., Урпин М.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Атопический дерматит (АД) – иммуноопосредованное заболевание кожи со сложным иммунным механизмом развития, имеющее генетическую предрасположенность. АД – одно из самых распространенных заболеваний, встречающееся у 8–20% детей и 2–10% среди взрослых. Понятие «атопический дерматит» подразумевает не только хроническое рецидивирующее воспаление кожи, обусловленное нарушением эпидермального барьера, но и возможную IgE-зависимую гиперчувствительность к аллергенам и средовым факторам. Термин «атопия» применим также к другим аллергическим заболеваниям, таким как аллергический ринит (АР) и атопическая бронхиальная астма (БА). Многочисленные исследования показали, что все атопические заболевания тесно связаны между собой. Они могут существовать у одного и того же пациента одновременно, или сменять друг друга в ходе развития. Риск развития респираторной аллергии у пациентов, страдающих АД, по разным данным, составляет 30–80%.

Цель исследования. Анализ заболеваемости респираторными аллергическими болезнями (аллергический и вазомоторный ринит и аллергическая бронхиальная астма) среди пациентов с диагнозом АД в Детском центре «филиал Коломенский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ за период с 2018 г. по I – квартал 2020 года.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости в консультативно-диагностическом отделении (КДО) филиала «Коломенский» по следующим клиническим диагнозам по МКБ 10: атопический дерматит (L20.8, L20.9), аллергический и вазомоторный ринит (J30.1, J30.2, J30.3, J30.4), бронхиальная астма (J45.0, J45.8) с учетом возрастных критериев. Диагнозы АР и атопическая БА были зарегистрированы у пациентов с кожными заболеваниями как основные или сопутствующие. Проведено изучение амбулаторных карт этих пациентов с целью анализа нозологической структуры дерматологических диагнозов и их статистическая обработка.

Результаты. Среди пациентов, обратившихся в консультативно-диагностическое отделение (КДО) филиала «Коломенский» количество пациентов с АД составило: в 2018 г. – 3201 человек, в 2019 г. – 5002 человека, и в I квартале 2020 г. – 1261 человек. Из них диагноз АР имели: в 2018 г. – 1081 человек (33,7% пациентов с АД); в 2019 г. – 950 детей (19%); за 3 мес. 2020 г. – 89 человек (7,05%). Диагноз БА среди пациентов с АД зарегистрирован у: 256 человек (7,9%) – 2018 г.; 265 человек (5,3%) – 2019 г.; 10 человек (0,79%) – в I квартале 2020 г. Анализ заболеваемости АР и аллергической БА среди детей с АД по возрасту показал, что как АР, так и БА были выявлены в основном у пациентов 7–14 лет. Так в 2018 г. из всех 1081 человек с диагнозами АД и АР 703 человека были дети возраста 7–14 лет (65%), из 256 больных с БА и АД – 158 человек (61%). В 2019 г. количество пациентов с сочетанием АД и АР также превалировало в возрастной группе 7–14 лет (52,7%), АД и БА – 74%. На период I квартал 2020 г. тенденция преобладания сочетания АД с АР и БА в возрастной группе 7–14 лет сохраняется: АР в сочетании с АД – у 60,6%, БА и АД – у 80%.

Выводы. Полученные результаты подтверждают частое сочетание АД с другими респираторными атопическими болезнями, которые могут проявляться тяжелыми и даже жизнеугрожающими, симптомами, влияя на социальную сферу и качество жизни пациентов, приводить к длительной нетрудоспособности. Важно отметить, что обращаемость с диагнозами АР и БА значительно отличается год от года. Это может быть связано как с погодными факторами, уровнем цветения и пыления растений, так и с диагностическими возможностями медицинского учреждения. Характерно то, что «респираторная атопия» наиболее часто регистрируется в возрастной группе 7–14 лет, тогда как АД – в большей степени заболевание младшего детского возраста (по современным эпидемиологическим данным начало АД в возрасте до 5 лет наблюдается в 85% случаев, и заболеваемость с возрастом значительно сокращается). Это подтверждает концепцию атопического марша, когда у пациентов с АД с возрастом наблюдается последовательное развитие респираторных атопических состояний. Таким образом, подтверждается необходимость ведения пациентов с АД при совместной работе врача дерматолога, аллерголога-иммунолога, а также других смежных специалистов (врачи общего профиля, ЛОР, врача-пульмонолога и др.) для профилактики, раннего выявления и своевременного лечения аллергического ринита и атопической бронхиальной астмы.

БЛИЖНИЙ И ДАЛЬНИЙ КРУГИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

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

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

Цель исследования – определение ближнего и дальнего кругов дифференциального диагноза для идентификации патологической сущности параспориоза у детей. На основании данных литературы и результатов собственных наблюдений сформированы дерматозы для дифференциального диагноза. Дифференциальная диагностика лихеноидного параспориоза вариолиформного острого и хронического включает множество дерматозов. Ближний круг этой диагностики составляет обычный псориаз, лимфоматоидный папулез, мастоцитоз, красный плоский лишай, себорейный дерматит, розовый лишай, экзему, токсидермию, лейкоцитокластический васкулит, вирусные экзантемы. К возможным заболеваниям дальнего круга можно отнести полиморфную экссудативную эритему, герпетиформный дерматит Дюринга, мелкобляшечный параспориоз, синдром Джанотти–Крости, вторичный сифилис, грибовидный микоз, болезнь Гровера, артериолит Рюитера. Ближе всех нозологий к параспориозу стоит псориаз. Эти дерматозы объединяет, прежде всего, сходство клинических картин: эритематосквамозные и пятнисто-папулезные высыпания. Но при лихеноидном параспориозе их локализация ограничивается конечностями и туловищем. А при псориазе поражение кожи может захватывать любые участки кожного покрова вплоть до тотального характера. Морфологические элементы при параспориозе мелкие – диаметром 1–2 мм. Для псориаза патогномоничны феномен триады, а при лихеноидном параспориозе – симптомы облатки, пурпуры и скрытого шелушения. Палитра клинических манифестаций при псориазе богаче и многообразнее. Клинический масштаб параспориоза значительно меньших величин. При этом часто, клиническим эфлоресценциям предшествует продромальный период. Но интенсивность клинических параспориозических проявлений менее выражена. Вместе с этим наблюдается спонтанное разрешение кожного процесса. Следует отметить, что как острая, так и хроническая формы лихеноидного параспориоза, характеризуются, время от времени спонтанно разрешающимися и наслаивающимися друг на друга высыпаниями, существованием промежуточных клинических форм. При всех вариантах лихеноидного параспориоза в зоне эпидермально-дермального соединения обнаруживаются инфильтраты из Т-клеток и разрушение эпидермиса. Эта особенность указывает на важность гистологического обследования при диагностических трудностях. Заслуживает внимания появившийся на дерматологическом склоне 50 лет назад лимфоматоидный папулез, который по одной версии отнесен к разновидностям лихеноидного параспориоза. Хотя между этими заболеваниями много сходства в клинике, течении, доброкачественном лимфопролиферативном характере, резистентности к лечению, различия существенны: большой риск злокачественного перерождения лимфоматоидного папулеза. Это связано с наличием в клинической картине крупных персистирующих узлов. Риск трансформации сыпи в лимфому при лихеноидном параспориозе минимален, что

свидетельствует о различии этих нозологических форм. Установлены предпосылки для распознавания лихеноидного параспориоза у детей, что служит основанием для проведения адекватной терапии.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП И КИСТЕЙ В 2011–2018 ГГ.

*Иванова М.А., Глузмин М.И., Шевченко А.Г.,
Сачек О.И., Редько А.Н.*

*Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Центральный научно-
исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения РФ, Москва;
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Клинический кожно-
венерологический диспансер» Министерства
здравоохранения Краснодарского края,
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар*

Заболеваемость микозами стоп и кистей представляет одну из медико-социальных проблем общества и практического здравоохранения. В этой связи микозы стоп и кистей представляют собой не только эпидемиологическую, но и эстетическую проблему, что требует своевременного выявления и профилактики их распространения.

Цель: проанализировать ситуацию по заболеваемости микозами стоп и кистей в одной из курортных зон Российской Федерации.

Материалы и методы: анализ заболеваемости микозами стоп и кистей проведен на основе данных форм федерального статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем и заразными кожными заболеваниями», утв. приказом Росстата от 29.12.11 № 520 (ред. от 24.12.2018) и формы № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями», утвержденной приказом Росстата от 29.12.11 № 520 (ред. от 24.12.2018). Результаты анализа заболеваемости микозами стоп и кистей в Краснодарском крае, как в одном из курортных зон Российской Федерации показали, что за период с 2011 по 2018 гг. наблюдается тенденция роста (на 40,5 %) выявляемой заболевших. Анализ выявления микозов стоп и кистей специалистами разных профилей в амбулаторно-поликлинических учреждениях показал, что в Краснодарском крае в динамике наблюдается снижение (на 14,7%) выявляемости заболевших в специализированных медицинских организациях, в то время как в других медицинских организациях снижение данного показателя произошло на 5,2% на 89,5%. В 2018 году специалистами разных профилей в амбулаторно – поликлинических организациях Краснодарского края было выявлено 192 пациента с микозами стоп и кистей, ЮФО – 3264 пациентов и РФ – 34956 таких пациентов. Из них: практически половина выявлена специалистами кожно-венерологических организаций (48,4%), в ЮФО – 94,7% выявлено аналогичным образом, в целом по стране – 78,2% пациентов. В других амбулаторно – поликлинических организациях Краснодарского края было выявлено 38,0% пациентов с микозами стоп и кистей, в ЮФО – 2,8% пациентов, РФ – 5,2%. В

процессе проведении всех видах медицинских осмотров в крае было выявлено 13,6% заболевших, в ЮФО – только 2,5%, в РФ – 16,6% пациентов с микозами стоп и кистей. Установлено, что у большинства пациентов микозами стоп и кистей диагноз был установлен при самостоятельном обращении в медицинские организации (96,8%). Так, в 2018 году в медицинские организации Краснодарского края самостоятельно обратились 6173 пациента с микозами стоп и кистей, что составило половину (49,6%) пациентов, обратившихся самостоятельно в медицинские организации ЮФО. В динамике за 2011–2018 гг. число пациентов с микозами стоп и кистей выросло в 1,8 раза (ЮФО – рост в 1,4 раза; РФ – снижение на 4,7%).

Выводы: в Краснодарском крае за период с 2011 по 2018 гг. число заболевших микозами стоп и кистей выросло на 68,3% на фоне роста по ЮФО на 43,2% и снижения в целом по Российской Федерации на 1,9%. Из числа заболевших с микозами стоп и кистей у большинства диагнозов был установлен при самостоятельном обращении к специалистам (Краснодарский край – 96,8%, ЮФО – 79,1%, РФ – 82,3%). Установлена низкая доля активного выявления заболевших (всего 3,2%) специалистами медицинских организаций, в то время как в ЮФО и РФ аналогичный показатель был выше в 6,6 и 5,5 раза. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости расширения профилактических осмотров среди населения.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ФОРМ МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

*Касихина Е.И., Заторская Н.Ф., Валитова И.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва*

Мастоцитоз – группа сравнительно редко встречающихся заболеваний, обусловленных пролиферацией тучных клеток в различных органах и тканях. Кожный мастоцитоз (КМ) диагностируется преимущественно у детей и включает три основные формы: пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ППКМ или пигментная крапивница) (60–70%), солитарная мастоцитома (10–35%) и диффузный кожный мастоцитоз, называемый также телеангиэктатическим типом мастоцитоза. Проявления КМ дебютируют у большинства детей в возрасте до 2 лет и склонны к спонтанному регрессу. Считается, что благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. В тоже время появляется все больше данных о трансформации кожных форм мастоцитоза в системные и отсутствии спонтанного регресса высыпаний.

Цель исследования: на основании изучения объективных и субъективных клинических параметров выявить и провести анализ факторов риска, влияющих на течение мастоцитоза у детей.

Результаты. Под наблюдением находилось 28 детей, больных мастоцитозом (12 мальчиков и 16 девочек). У 28,6% детей диагностирован пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз, у 71,4% пациентов – солитарная мастоцитома. Основными факторами риска, влияющих на тяжесть

течения заболевания явились поздний дебют ($OR=3,53$, $p<0,001$), несвоевременная диагностика заболевания и неадекватная терапия; мономорфный распространенный процесс, флашинг-реакции, резко положительный симптом Унны–Дарье ($OR=2,33$, $p<0,05$); сопутствующая соматическая патология ($OR=2,45$, $p<0,05$). Солитарная мастоцитома диагностировалась одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек. Высыпания представляли собой одиночные или множественные (до 3 элементов) образования округлых очертаний, плотно-эластичной консистенции, типичного цвета (желто-коричневого, реже – красноватого или розового). Пузыри наблюдались только у мальчиков в 10% случаев. Семейные случаи составили 2%. На отсроченный регресс высыпаний при солитарной мастоцитоме достоверно влияла локализация высыпаний на местах, подвергающихся травматизации. В процессе динамического наблюдения за детьми была оценена дерматоскопическая картина как индикатор течения и качества лечения кожного мастоцитоза. Наличие выраженной сосудистой сети в очагах мастоцитоза, как правило, определяет необходимость назначения ежедневной антимедиаторной терапии. Данный дерматоскопический признак вместе с уровнем триптазы в сыворотке и высыпаниями на коже в виде бляшек представляют комбинацию независимых факторов для прогнозирования течения заболевания.

Заключение. С учетом роста числа случаев КМ среди детей, более агрессивного течения заболевания, своевременная оценка факторов риска важна не только для разработки правильной тактики лечения детей, больных мастоцитозом кожи, но и для выявления группы риска трансформации процесса в системный мастоцитоз.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ У ПОДРОСТКОВ С АКНЕ: АНАЛИЗ И КОММЕНТАРИИ

*Касихина Е.И., Майоров Р.Ю., Ващенко М.О.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии», Москва*

Вульгарное акне занимает значительную долю в структуре дерматологической заболеваемости. Заболеванием страдает более 80% подростков и молодых людей в возрасте от 12 до 24 лет. Выраженность симптомов акне различна, примерно в половине случаев приводит к образованию рубцов на лице и психологическим последствиям. Эффективность изотретиноина не подлежит сомнению, а побочные эффекты признаны и в основном предсказуемы, начиная от косметических эффектов до тератогенности. Это может повлиять на качество жизни пациентов и соблюдение режима лечения. Пероральный изотретиноин ассоциируется с неспецифическими побочными эффектами, связанными с изменениями в различных органах, но, как правило, это спорадические или отдельные описания, клиническая значимость которых, по-видимому, незначительна по сравнению с огромным количеством рецептов, выдаваемых по всему миру. Кроме того, вероятно, что существует тенденция переоценивать частоту и серьезность побочных эффектов, описанных в инструкции к препаратам изотретиноина, как это часто происходит с другими

лекарственными средствами. Основные ключевые моменты при системной терапии акне у подростков, волнующие специалистов, включают: оценку риска отсутствия ответа на лечение, психологические эффекты лечения угрей и изотретиноина, побочные эффекты терапии изотретиноином, и варианты косметического лечения, которые могут помочь смягчить предсказуемые побочные эффекты.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ частоты встречаемости побочных эффектов и методов управления пероральным лечением изотретиноином у подростков с акне.

Материал и методы. Нами проанализировано 42 истории болезни подростков с тяжелыми формами акне в возрасте от 12 до 17 лет включительно, получавших пероральный изотретиноин в НИЦ «Клиника дерматологии». Девушек было 17 (40,5%), юношей – 25 (59,5%). Все подростки были обследованы в объеме, рекомендованном федеральными Клиническими рекомендациями Акне, а также специалистом – эндокринологом. Аутоиммунный тиреоидит был у 7 (16,6%) подростков, ожирение – у 3 (6,6%), альгодисменорея – у 3 (6,6%) девушек. У всех подростков без исключения был диагностирован хейлит, сухость губ, которые варьировали от простого ксероза до болезненных трещин. Степень сухости кожных покровов и шелушение зависели от дозы. Сухость слизистой носа и носовые кровотечения возникали в 3 раза чаще у пациентов мужского пола, чем женского, и получавших дозу от 0,5 мг/кг на 2–3 месяце от начала терапии. Сухость глаз беспокоила двух (8%) юношей. Чем младше пациент, тем выше риск обострения (утяжеления) процесса в первый месяц лечения. Это связано с незрелостью ферментных систем цитохрома и, следовательно, дозой изотретиноина, слишком высокой для данного пациента. Особенно это касается пациентов в возрасте 12–13 лет с весом, не превышающим 60 кг. Еще одна группа риска – это пациенты с патологией щитовидной железы, отличающиеся от общей популяции подростков низкой чувствительностью к любой топической терапии. Клинической особенностью этой группы являлось наличие множественных распространенных высыпаний при отсутствии повышенной жирности кожи. Чувствительная, склонная к раздражениям кожа у данной категории пациентов требует особого подбора уходовых средств. Низкая начальная суточная доза изотретиноина, составляющая 0,1–0,2 мг / кг, или около 10 мг в сутки, и постепенное увеличение до максимально допустимой дозы, переносимой пациентом, является успешным способом получения хороших клинических результатов при минимизации побочных эффектов. Надлежащий уход за кожей при повышенной чувствительности кожи включает в себя мягкое очищение, восстановление кожного барьера и поддержание барьерной функции. Для очищения следует использовать мягкое мыло, очищающие эмульсии или мицеллярные очищающие лосьоны. Следует избегать абразивных чистящих средств и средств, содержащих серу, а также гликолевую кислоту. Динамическое наблюдение за лабораторными показателями у подростков, страдающих избыточной массой тела, показало, что уровень печеночных трансаминаз может также увеличиваться во время лечения с явно зависимым от дозы эффектом и его следует интерпретировать с учетом исходных показателей. Занятия спортом являются хорошо известной причиной повышения уровня креатининфосфокиназы (КФК). Распространенность повышенных уровней КФК варьирует в пределах 10%.

Вывод. Таким образом, побочные эффекты системного изотретиноина у подростков в подавляющем большинстве случаев можно предотвратить и / или лечить.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии филиал «Клиника имени В.Г. Короленко», Москва

Системное лечение ограниченной склеродермии цитостатическими препаратами зачастую относят к терапии резерва. Как правило, объем лечения сводится к применению сосудистых препаратов, улучшающих микроциркуляцию в тканях, топических кортикостероидов, физиотерапевтическому лечению, однако, существует ряд ситуаций, где применение цитостатиков или системных кортикостероидов становится необходимым. Системная терапия показана при умеренных и тяжелых активных заболеваниях, таких как Склеродермия, охватывающая большую площадь поверхности тела, или глубокое поражение (фасциит, миозит), либо если есть риск формирования контрактур. Метотрексат (МТХ) имеет лучшие доказательства среди системных методов лечения, подтверждающие его использование для активного Морфеа. Рандомизированное двойное слепое исследование 70 педиатрических пациентов с Склеродермией показало, что МТХ (от 15 до 20 мг еженедельно в течение 12 месяцев) приводит к более низким клиническим показателям и более низкой частоте рецидивов по сравнению с плацебо. Метотрексату может потребоваться 2–3 месяца для достижения эффективной кумулятивной дозы. Не существует установленных рекомендаций по дозировке и продолжительности терапии МТХ. Основываясь на обзоре доступной литературы и опыте авторов, МТХ следует дозировать первоначально в дозе 1 мг/кг/нед перорально или подкожно для детей и от 15 до 25 мг/нед перорально или подкожно для взрослых, а терапию поддерживать в течение 1–2 лет. Эффективность МТХ была изучена с помощью ретроспективных обзоров больших когорт пациентов и, как сообщается, составила от 80% до 100% после первого курса (средняя продолжительность от 23 до 46 недель). Однако следует учитывать, что у пациентов с длительной продолжительностью заболевания и среди пациентов детского возраста, скорее всего, следует ожидать реактивации заболевания, что потребует повторного курса лечения. Частота пациентов, у которых наблюдалась реактивация заболевания в вышеупомянутых исследованиях, колебалась от 30% до 70% после 1–2 лет прекращения системной терапии. Под нашим наблюдением в МНПЦДК ДЗМ ф-ле «Клиника им. В.Г. Короленко» имеется ряд пациентов (14 человек за 2019 год), получающих системную терапию МТХ. Пациенты в возрасте от 30 до 65 лет, соотношение женщин к мужчинам 3:1, длительно страдающие Морфеей, получавшие в прошлом терапию сосудистыми препаратами, системными ГКС, ФТЛ – без эффекта. В среднем срок существования заболевания от 3 до 10 лет. Индивидуально, под контролем необходимых анализов, были подобраны дозы (от 7,5 мг до 15 мг в отдельных случаях). Выраженный клинический эффект наблюдался в среднем спустя 1,5 мес, венчик гиперемии по периферии очагов бледнел, индукция в основании очагов становилась значительно менее выраженной, часть высыпаний на начальных стадиях регрессировала, появления свежих очагов не отмечалось. Таким образом, при выборе терапии врач должен учитывать активность заболевания, глубину вовлечения и степень поражения. Важно настроить пациента на длительное лечение, до-

нести важность и необходимость комплаентности, рассказать о естественном течении болезни. Склеродермия лучше воспринимается как пожизненное состояние, требующее интервального мониторинга даже при отсутствии клинической активности

МЕСТО M. GENITALIUM-ИНФЕКЦИИ В СТРУКТУРЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИППП И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИБИОТИКАМ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ 2014–2018 ГГ.

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

Введение. M. genitalium – это возбудитель, передаваемый половым путем, приводящий к ряду заболеваний репродуктивного тракта как у мужчин, так и у женщин.

Цель. Оценить место M. genitalium-инфекции в структуре бактериальных ИППП и изучить распространенность мутаций, определяющих резистентность возбудителя к антибиотикам, в московском регионе.

Задачи исследования: 1. Провести сравнительный анализ частоты выявления M.genitalium в сопоставлении с другими бактериальными возбудителями ИППП среди пациентов дерматовенерологического профиля московского региона за период 2014–2018 гг. 2. Изучить распространенность и характер мутаций, определяющих резистентность штаммов M.genitalium к макролидам и фторхинолонам, с помощью молекулярно-биологических методов исследования среди пациентов Московского региона за период 2014–2018 гг.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования явились 645 штаммов M.genitalium-инфекции. Применялся метод ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенирование домена V23S rRNA M.genitalium, пиросеквенирование M.genitalium к антибактериальным препаратам, определение генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью M.genitalium к макролидам и фторхинолонам.

Результаты. В ходе решения первой задачи установлено, что частота выявления M.genitalium – инфекции среди пациентов венерологического приема МНПЦДК ДЗМ в период 2015–2018 годов составила 1,4 – 2,3 %; доля M.genitalium-инфекции в структуре бактериальных ИППП на протяжении 2015–2018 годов составляла от 3,7 до 6,5% и была сопоставимой с заболеваемостью гонококковой инфекцией (от 4,3% до 6,6%). Распространенность сифилиса варьировалась в пределах 38,3–55,5%, уrogenитального трихомоназа – 17,0–19,4%, уrogenитальной хламидийной инфекции – 19,3–30,2%. В результате изучения распространенности и характера мутаций, определяющих резистентность штаммов M.genitalium к макролидам и фторхинолонам, установлено, что мутации, ассоциированные с резистентностью M.genitalium к макролидам, были выявлены в 6,02–15,69% образцов, к фторхинолонам в 7,14–13,73% образцов, полученных в период 2014–2018 годов. Мутации M. genitalium к макролидам связаны с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S rRNA в позициях A2058, A2059 и A2062. Наиболее частыми были мутации в

позициях A2058 (37,5%) и A2059 (50%). Мутации, ассоциированные с резистентностью к фторхинолонам, локализовались в гене ParC M.genitalium в позициях A247, G248, T249, T250, G259 и A260. Наиболее частыми были мутации в позициях G248 (38,1%) и G259 (49,2%). 2% образцов имели одновременно мутации к макролидам и фторхинолонам.

Выводы: 1. В московском регионе на протяжении 2015–2018 годов доля M.genitalium-инфекции в структуре бактериальных ИППП составляла от 3,7 до 6,5% и была сопоставимой с заболеваемостью гонококковой инфекцией (от 4,3 до 6,6%), что свидетельствует о необходимости эпидемиологического надзора и статистического учета случаев M.genitalium-инфекции. 2. Установлено, что частота выявления мутантных штаммов M.genitalium к макролидам и фторхинолонам за период 2014 – 2018 гг составила 7,4 % и 9,8% соответственно, при этом отмечено увеличение числа мутаций M.genitalium, ассоциированных с резистентностью к макролидам, в 2,6 раза, к фторхинолонам – в 1,9 раза. подчеркивает необходимость проведения дальнейшего мониторинга распространения антибиотикорезистентности с целью коррекции тактики ведения пациентов с M.genitalium-инфекцией.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

*Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Беттихер О.В.
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Северо-
Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова», Санкт-
Петербург*

Гнездная алопеция (ГА) – хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов, ногтевых пластин (у 7 – 66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос. Этиология заболевания окончательно не установлена. В основе патогенеза лежит потеря иммунной привилегии волосяным фолликулом, что приводит к аутоиммунному разрушению волосяного фолликула и активации воспалительного процесса. Заболевание имеет многофакторный характер, что предполагает комплексное взаимодействие генетических особенностей организма и экзогенных триггеров, провоцирующих развитие ГА. Имеются данные об ассоциации ГА с заболеваниями дерматологического (атопический дерматит, витилиго, красный плоский лишай), нейроэндокринологического (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз) и общетерапевтического профилей (паранеопластические синдромы, коллагенозы) [Zlotogorskiy A., Shapiro D. 2013; Huang K.P., Mullangi S., Guo Y., Qureshi A.A. 2013; F. Rajabi, L.A. Drake 2018].

Цель исследования. Изучение функционального состояния щитовидной железы у пациентов с гнездной алопецией в зависимости от тяжести заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 156 пациентов с гнездной алопецией в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст 48±1,5лет). В зависимости от формы ГА пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 106 больных, имевших один или несколько очагов

ГА и/или алопеция, при котором очаги алопеции располагались в краевой зоне роста волос скальпа. Во вторую группу вошли 37 пациентов, имевших субтотальную форму, у которых на волосистой части головы отсутствовало более 30–40% волос, и тотальную форму, у которых наблюдалось полное отсутствие волос на скальпе. Третью группу пациентов составили 13 больных с универсальной формой ГА, у которых волосы отсутствовали по всему кожному покрову. Для оценки функции щитовидной железы были проведены следующие исследования: определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе (ТПО) и антител к тиреоглобулину (ТГ). Больным проводилась ультразвуковая диагностика щитовидной железы. Все пациенты консультированы эндокринологом. Диагноз гнездная алопеция, прогрессирующая стадия установлен на основании клинической картины и данных трихоскопии.

Результаты и обсуждения. При обследовании 156 больных с ГА патология щитовидной железы выявлена у 41 (26,3%) пациента. При обследовании 106 больных первой группы аутоиммунный тиреоидит (АИТ) диагностирован у 17 (16,04%) пациентов, из которых у 3 (2,8%) больных был гипотиреоз. При обследовании 37 больных второй группы АИТ выявлен у 14 (37,8%) пациентов, из которых у 3 (8,1%) больных установлен диагноз гипотиреоза. При обследовании 13 больных третьей группы АИТ диагностирован у 10 (76,9%) пациентов. При проведении УЗИ гиперплазия щитовидной железы (ЩЖ) выявлена у 9,4% пациентов 1 группы, гиперплазия ЩЖ в сочетании с единичным узлом обнаружены у 16,7% больных второй группы и у 20% обследованных третьей группы.

Выводы: 1. При обследовании 156 больного с ГА коморбидная патология ЩЖ (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз) выявлена у 26,3% больных. 2. Заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом у пациентов с ГА нарастала с увеличением степени тяжести ГА: у больных I группы АИТ диагностирован у 16,04%, II группы – у 37,8%, III группы с универсальной ГА – у 76,9% ($p < 0,05$). 3. Для исключения коморбидной патологии щитовидной железы в процессе лечения и наблюдения за пациентами с ГА показано два раз в год проведение исследования функции ЩЖ и консультация эндокринолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИНЕЙНОГО IGA-ЗАВИСИМОГО БУЛЛЕЗНОГО ДЕРМАТОЗА И ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Корняк М.С., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н., Бассе Ф.Б., Валитова И.В.

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

Линейный IgA-зависимый буллезный дерматоз (LAD) и герпетиформный дерматит Дюринга (DH) входят в группу хронических аутоиммунных буллезных дерматозов, для которых характерно субэпидермальное расположение пузырей. LAD, также как и DH, может встречаться в любом возрасте, однако в литературе выделяют два пика заболеваемости LAD: с 6 мес. до 5–6 лет, и после 60 лет.

Считается, что факторами, способствующими развитию заболевания, могут быть прием лекарственных препаратов, инфекционные заболевания, вакцинация, воздействие физических и химических факторов, описаны случаи сочетания LAD с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит и болезнь Крона), в 5% случаев линейный буллезный дерматоз может быть паранеопластического генеза. Исключительно в детском возрасте выявлена связь с HLA. Важным отличительным признаком LAD от DH является отсутствие ассоциации дерматоза с глютенной энтеропатией. Клинически LAD проявляется образованием напряженных пузырей, везикул, как на видимо неизменной коже, так и на уртикарном фоне, имеющих тенденцию к слиянию и образованию кольцевидных элементов в виде «жемчужного кольца», высыпания могут сопровождаться зудом, жжением, в ряде случаев отмечается поражение слизистой оболочки полости рта по типу пемфигоида. У детей элементы локализируются преимущественно в нижней части живота, аногенитальной области. Для диагностики LAD проводят патогистологическое исследование, прямую реакцию иммунофлюоресценции (ПИФ), а также серологические исследования и исследования содержимого пузыря. Ключевым диагностическим мероприятием при постановке диагноза является проведение ПИФ, при котором выявляется линейное отложение IgA вдоль базальной мембраной, что отличает LAD от других буллезных дерматозов. Чаще всего LAD в детском возрасте дифференцируют с герпетиформным дерматитом Дюринга. Под нашим наблюдением находится ребенок, 2 лет, чьи родители обратились к дерматологу около года назад с жалобами на появление у ребенка пузырей, которые вскрывались, образуя эрозии, корки. Дерматологом по месту жительства в респ. Кыргызстан данное состояние было расценено как atopический дерматит, осложненный вторичной инфекцией, проводилась антибактериальная терапия, противовоспалительная с использованием системных глюкокортикостероидных средств (ГКС), антигистаминная терапия. Стабилизации кожного процесса не отмечалось, в марте 2020 года ребенок был госпитализирован в Морозовскую ДГКБ с подозрением на буллезный эпидермолиз. Проводилась антибактериальная терапия, системные ГКС (Дексаметазон 1 мг 2р/д), для уточнения диагноза взята биопсия кожи: Эпидермис с признаками гиперкератоза, паракератоза, острого спонгиоза, внутриэпидермального и субэпидермального буллезного акантолиза. Акантолитические буллы, как оптически пустые, так и с большим количеством эозинофилов, сегментоядерных лейкоцитов. Выявлен акантоз с гиперваскуляризацией сосочков, в дерме отмечается перифолликулярная сегментоядерная инфильтрация. В пределах исследованного материала морфологические признаки псориазиформного острого дерматита с вторичными воспалительными изменениями и инфицированием. Ребенок был выписан с незначительным улучшением кожного процесса, а в апреле повторно госпитализирован в РДКБ, где также проводилась диагностическая биопсия кожи: Гистологические изменения соответствуют буллезному дерматозу, для дифференциальной диагностики между герпетиформным дерматитом Дюринга, линейным IgA дерматозом и другими буллезными дерматозами необходимо проведение иммунофлюоресценции. При проведении серологического исследования крови на наличие антител к тканевой трансглутаминазе IgA, IgG – отр. В стационаре начата терапия препаратом Дапсон в разовой дозировке 12,5 мг 2р/день, ребенок был выписан с улучшением кожного процесса. Амбулаторно, комплекс

обследований был дополнен исследованием содержимого пузыря – акантолитические клетки не выявлены, эозинофилия – 12%, значительное количество лейкоцитов нейтрофильного ряда. Для уточнения диагноза рекомендовано проведение ПИФ исследования. В настоящий момент отмечается стабилизация кожного процесса, ребенок находится под динамическим наблюдением. Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует значительные трудности в постановке диагноза LAD, учитывая схожесть клинической симптоматики и гистологических изменений с другими буллезными дерматозами, в частности с ДН, что подтверждает необходимость проведения ПИФ, как наиболее достоверного метода исследования для верификации диагноза.

РОЛЬ РЕТИНОИДОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

*Кузнецова И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России*

В дерматологической практике широко используются лекарственные средства, содержащие витамин А, влияющие на дифференциацию эпителиальных клеток. Но широкому применению ретинола препятствовала высокая частота развития побочных эффектов. Для решения этой проблемы были синтезированы производные ретинола, характеризующиеся избирательным действием и меньшей токсичностью, объединенные общим термином «ретиноиды».

При изучении механизма действия ретиноидов было выявлено, что эти синтетические соединения аналоги витамина А модифицируют пролиферацию, дифференцировку и функциональную активность клеток мезенхимальной, экто- и эндодермальной природы. Они способствуют нормализации терминальной дифференциации клеток, тормозят гиперпролиферацию эпителия выводных протоков сальных желез, образование детрита и облегчают его эвакуацию. В результате снижается секреция кожного сала, нормализуется его состав, что в конечном итоге, приводит к уменьшению воспаления вокруг желез.

При местном и системном применении ретиноиды оказывают антисеборейное, себостатическое, противовоспалительное, керато- и иммуномодулирующее действие, а также активируют процессы регенерации в коже.

К ретиноидам первого поколения относятся препараты: Витамин А (ретинола ацетат, ретинола пальмитат), третиноин, изотретиноин. Все эти препараты широко используются при лечении угревой болезни, проявлений постакне, себореи, а также преждевременного старения кожи и различного рода гиперпигментаций.

Препараты второго поколения, в основном системные ретиноиды, такие как этретинат и ацитретин используют в качестве активных веществ препаратов для лечения псориаза, ихтиоза, болезни Дарье.

Третье поколение представляют препараты тазаротен и бексаротен, селективные ретиноиды больше известные как аретиноиды.

Не вполне соответствует этой группе, хотя и относится к ней, препарат адапален, производное нафтоевой кислоты, обладающее свойствами витамина А, но по химическому

составу все же отличающееся от представителей всех трех поколений.

Все препараты этой группы хорошо сочетаются при наружном применении в комбинациях с антибактериальными средствами, с бензоилпероксидом при лечении акне повышая их эффективность, или могут выступать самостоятельно в качестве монотерапии.

Следует отметить, что выбор ретиноидов при лечении хронических акнеформных дерматозов, является приоритетным с явным клиническим эффектом.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ АСИМПТОМНОГО НЕЙРОСИФИЛИСА

*Куркович Е.Ю., Доля О.В., Фриго Н.В.
Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы г. Москвы, Москва*

Введение. По статистическим данным последних лет, в Российской Федерации (РФ) наблюдается резкое возрастание доли поздних форм сифилиса, в том числе нейросифилиса, которые составляют 20,3%. В связи с этим возникает необходимость анализа клинической эффективности применяемых методов лечения и разработки подходов, направленных на оптимизацию терапии больных поздними формами сифилиса. Цель исследования: Проанализировать клиническую эффективность применяемых в настоящее время методик лечения асимптомного нейросифилиса.

Материалы и методы. Было проанализировано 56 случайно отобранных амбулаторных/стационарных карт пациентов с диагнозом: А 52.2. Асимптомный нейросифилис, проходивших лечение с 2011 по 2018 года в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от примененных методов лечения: первая группа пациентов (26 человек, группа «бензилпенициллин») получила лечение двумя курсами бензилпенициллина натриевой солью по 14–20 суток каждый с интервалом 14 суток по 10–12 млн ЕД в/в х 2 р/сут; вторая группа пациентов (30 человек, группа «цефтриаксон») – лечение двумя курсами цефтриаксона по 14 суток каждый в/в по 2,0 г с интервалом 14 дней. Эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам: негативация/снижение позитивности серологических тестов в сыворотке крови, санация ликвора по показателям плеоцитоза.

Результаты. Из 56 проанализированных пациентов было 33 мужчин и 23 женщин. Наибольшее число больных пришлось на группу 51–60 лет (28,58%: среди которых мужчин – 8, женщин – 8), далее 41–50 лет (26,78%: среди которых мужчин – 10, женщин – 5), 61–70 лет (19,64%: среди которых мужчин – 8, женщин – 3), 30–40 лет (17,86%: среди которых мужчин – 4, женщин – 6), 71–80 лет (7,14%: среди которых мужчин – 3, женщин – 1).

Из числа пациентов 1 группы дополнительное лечение длительностью от 1 до 2 курсов было проведено в 19 случаях (73%). 18 человек (69,2%) были сняты с учета в срок от 2 до 6 лет после установления диагноза. По результатам клинко-серологического контроля из 18 снятых с учета пациентов наблюдался один (5,5%) пациент с полной негативацией РМП; диагностически значимое снижение позитивности РМП в срок от 1 до 3 лет после окончания специфического лечения произошло у 14 (77,7%) пациентов, и

4 (22,2%) пациента было снято с учета с результатом РМП 4+. Анализ результатов лечения пациентов 2-й группы показал, что дополнительное лечение продолжительностью от 1 до 3 курсов получили 17 человек (56,6%). 14 человек из группы (46,6%) было снято с учета в срок от 2 до 5 лет, По результатам клинико-серологического контроля из 14 снятых с учета пациентов у одного пациента отмечена полная негативация РМП; диагностически значимое снижение позитивности РМП в срок от 1 до 3 лет произошло у 13 (92,8%) пациентов, и один пациент (7,14%) был снят с учета с результатом РМП 4+1:32. Нормализация показателей плеоцитоза в период от нескольких недель до нескольких месяцев после окончания терапии наблюдалась у всех пациентов обеих групп, снятых с учета. Контрольное исследование СМЖ не было проведено 6 пациентам в связи с наличием противопоказаний.

Заключение. Результаты проведенного исследования пока не позволяют однозначно судить о преимуществе какой-либо из примененных методик терапии асимптомного нейросифилиса. С одной стороны, при лечении пациентов бензилпенициллином было снято с учета в сроки от 1 года до 5 лет большее число пациентов (69,2% в сравнении с 46,6%). Вместе с тем в процессе клинико-серологического наблюдения установлен более высокий процент показателей диагностически значимого снижения позитивности и негативации РМП среди пациентов, леченных цефтриаксоном (у 99,94% снятых с учета пациентов; в группе леченных бензилпенициллином – 83%). Процент пациентов, получивших по тем или иным причинам дополнительное лечение, в группе «бензилпенициллин» был также выше в сравнении с группой «цефтриаксон» (соответственно, 73 и 56,5%). Таким образом, проблема эффективности терапии больных поздними формами сифилиса с применением разных методов лечения требует дальнейшего изучения с проведением более подробного анализа, основанного на изучении демографических (возраст, пол) данных, соматической отягощенности пациентов, результатов динамики других (кроме плеоцитоза) показателей СМЖ, анамнестического наблюдения за дальнейшей судьбой пациентов, в том числе проигнорировавших КСК.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ВРЕМЕННОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ COVID-19 В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ»

Латыпова М.Ф., Цибин А.Н., Иванушкина О.И., Цибина С.М.
ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Специалистами организационно-методического отдела по клинической лабораторной диагностике ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ» разработаны методические рекомендации «Временное руководство по лабораторной диагностике COVID-19 в условиях пандемии», утверждены экспертным советом по науке ДЗМ №11 под номером № 89 от 24 июля 2020 года.

Данные методические рекомендации предназначены для медицинских специалистов медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, выполняющих забор биологического матери-

ала и лабораторные исследования при обследовании на новое коронавирусное заболевание COVID-19.

Методические рекомендации содержат семь разделов, подробно отражающие важнейшие вопросы организации и проведения лабораторного процесса диагностики COVID-19. Обращает на себя внимание полнота изложения материала. В них на основе требований санитарного законодательства РФ подробно изложены санитарные нормы и правила, обязательные для соблюдения, в целях обеспечения биологической безопасности пациентов и медицинского персонала при проведении всех этапов лабораторного обследования на SARS-CoV-2 в медицинских организациях РФ. Детально представлены правила взятия биологического материала, его упаковки, хранения и транспортировки к месту исследования, сроки доставки в действующую лабораторию, процедуры приема и бракеража, сроки и способы выдачи результатов. Даны разъяснения по лабораторной диагностике прогностических маркеров воспалительной реакции COVID-19, по дифференциальной и этиологической диагностике. Рассмотрены методы исследований, их целесообразность и эффективность, приведены краткие технологические схемы выполнения. Представлена кинетика показателей специфических маркеров возбудителя нового коронавирусного заболевания и факторы, влияющие на получение недостоверных результатов в ходе исследований, с учетом опыта российских и зарубежных коллег. Предложены алгоритмы лабораторного обследования пациентов при состояниях различной степени тяжести COVID-19 и подходы к стратегии тестирования в условиях пандемии, с комплексом мероприятий, направленных на проведение внешнего и внутреннего контроля качества клинических лабораторных исследований.

В связи с тем, что на текущий период времени многие аспекты вируса SARS-CoV-2 и вызываемого им заболевания COVID-19 не полностью изучены, настоящие рекомендации будут совершенствоваться.

ПРОТИВООПУХОЛЕВОЕ АНТИВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА КОЖУ В СВЯЗИ С КОМБИНИРОВАННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ И ПРОТИВОПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИН: СЕЗОННЫЕ ПОЗИТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Лахтин В.М., Лахтин М.В.

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

В связи с пандемией в мире, вызванной Covid-19, представляет интерес персонифицированный опыт после вакцинации противогриппозной и противопневмококковой вакцинами (ПГППВ).

Цель – на примере случая пациента, вакцинированного комбинацией ПГППВ, оценить сезонные изменения кожи, имеющие значения для дерматовенерологии. Статус пациента: мужчина 70 лет, группа крови II (GalNAc)+, блондин, правша; нарушения преимущественно правой части тела (удалены аппендикс [в 16 лет], варикозные вены голени [в 27 лет], фибромная «бородавка» цвета кожи, диаметром и глубиной по 4 мм, между носом и щекой [март 2020]; другие нарушения: подкожная атерома (в паховой середине складки, граничащей с бедром), кистозная (4–5)х(7–8) мм, со слабо выраженной ассиметричной капсулой, с выходом

в виде черного плоского пятна диаметром 2–3 мм, без изменений более 20 лет); единичные плечевые «нитчатые» папилломы (2–3 мм высотой) цвета кожи с ножкой и без нее (результат частичного «рассасывания»/распрямления заушенной ножки, диаметром 1–2 мм; фибромные бородавки цвета кожи на пальце руки, диаметром до 3 мм, без изменения более 20 лет). В ноябре 2019 вместе с супругой привит ПГППВ. Отсутствовали (ноябрь 2019 – август 2020): повышенная температура, глубокий сухой легочный кашель, потеря обоняния и вкуса. Хронический бронхит верхних дыхательных путей, умеренная гипертензия. Был в режиме самоизоляции (апрель–май). Не исключена спонтанная «ревакцинация» (весна–лето). Наблюдались регулярные: чихание (перерывы – недели, затем дни; вплоть до ежедневного), повышенная потливость, воспаление глаз (март, жалоба офтальмологу) [красный зрачок, краснота глаз с марта по июнь в Москве с усилением в июле–августе при проживании в Калужской области]. Наблюдались разовые (вторая половина апреля, исчезновение – в течение недели) мозаики круговых эритем разной интенсивности (по 4–6 диаметром около 1 см на внутренней стороне бедер – на правом больше [в том числе ярко-красное пятно до 1,5 см диаметра – ближе к коленному суставу, с вкладом наложения кругов]).

Результаты. *Наблюдались: очищение кожи от неоднородности, увеличение ее беспигментной/без загара площади); -депигментирование в области атеромы и кистей рук в направлении от основания пальцев к основанию кисти (возрастная связь с витамином D ?) на фоне формирования сосудистой сетки загара предплечья; -отсутствие папиллом на ножке (в том числе полное рассасывание ножки при пальпировании); *полное рассасывание (условное «распрямление») атеромы наблюдалось через 1,5 мес после исчезновения эритем; динамика включала временное увеличение капсулы на фоне усиления ее асимметрии – пальпируется неправильный многогранник вдоль кожной складки (в течение месяца), выпячивание кожи в месте атеромы и последующее рассасывание атеромы на фоне исчезновения пигментного пятна (дни); наблюдающиеся на коже остаточные рубцы подтверждали гетерогенность атеромы (2–3 соединенные кисты ?).

Заключение. Приведенные данные указывают на то, что: *появление, характер выраженности и расположения эритем (мозаичных имиджей как информационных карт кожи) могут служить ранними признаками сосудистых реакций – синхронизированного «рассасывания» у пациента небольших атером, кист, папиллом и полипов, в том числе вирусной природы; *механизм обратимости патологий включает выход из состояния консервации через стимуляцию продукции провоспалительных цитокинов, возврат пораженного подкожного слоя с кожей в статус до патологии; *в восстановление кожи вовлекаются «базисных для надстроечных» лектин-гликоконъюгатные коммуникации – цитокиновые и в связи с системой комплемента. Изменения кожи в поствакционный период важны для диагностики уязвимых мест на коже (в связи с подкожным слоем), прогнозирования успешной коррекции нарушений и облегченной реабилитации в пожилом возрасте. Открываются дополнительные перспективы персонализированного мониторинга, профилактики и лечения ранних кожных/подкожных патологий. Предполагается перспективность сочетания ПГППВ и вариантов анти-Covid-вакцинации.

СТРАТЕГИИ УСИЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОСТБИОТИКОВ АЦИЛАКТА, ЛАКТОБАЦИЛЛЯРНЫХ И БИФИДОБАКТЕРИАЛЬНЫХ КУЛЬТУР ДЛЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю.

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

Постбиотики (ПБ) являются продуктами жизнедеятельности бактерий. Они участвуют в поддержке нормального метаболизма в организме, противодействуют возникновению и развитию болезней и других патологий кожи и слизистых, являются перспективными составляющими формул функционального питания, эффекторами в дерматовенерологии (ДВЛ) и косметологии. Ацилакт (мультипробиотик, включающий штаммы K311124, 100аш и NK1) проявляет широкий спектр активностей ПБ, в том числе ферментов, пробиотических лектинов (ПЛ), протеогликанов, бактериоциноподобных веществ, биосурфактантов (БС) и экзополисахаридов (ЭПС).

Цель – на основании собственных данных о мультипробиотиках и пробиотических штаммах лактобацилл и бифидобактерий предложить пути повышения активностей ПБ указанных выше типов для ДВЛ и косметологии.

Материалы и методы. Штаммы пробиотических лактобацилл и бифидобактерий – из коллекции микроорганизмов при Институте эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского. Рост культур проводили в средах с гидролизатом казеина и дрожжевым автолизатом в варьирующих условиях. Функциональный (в процессах сборки и связывания ГК) анализ и анализ биологических активностей компонентов культуральных жидкостей (КЖ) проводили с помощью разработанных нами методологии и методов для микропанелей и блотов. Электрофорез в присутствии детергента или изоэлектрофокусирование компонентов проводили в пластине полиакриламидного геле с последующими электроблоттингом, обработкой флюоресцентным красителем SYPRO или пероксидазным конъюгатом (с антителами или ГК-биотином [www.lectinity.com]) и регистрацией флюоресценции или хемилюминесценции в режиме реального времени. Биологические активности компонентов определяли стандартными методами.

Результаты. 1. Общие пути повышения активностей типов ПБ: *использование бифидобактериальных штаммов с максимальной продукцией в КЖ Тгр и его индольных производных (образующихся в том числе в процессах катаболизма Тгр); *одновременный визуальный мониторинг выраженности БС и ЭПС в КЖ лактобацилл и бифидобактерий при пролонгировании культивирования (сутки и более) для усиления биосинтеза ПБ (синтез/накопление БС и ЭПС сопровождается их деградацией/потреблением на фоне видимой регистрации имэджей деградирующего действия деполимераз); *в Ацилакте – минимальное содержание относительно высокомолекулярных БС 21–23 кДа [соответственно максимальное содержание низкомолекулярных БС] в сравнении со штаммами-ингредиентами); *среди пробиотических штаммов бифидобактерий выраженными продуцентами ЭПС регистрировались виды *V. infantis* и *V. bifidum* на фоне сниженного содержания остаточного ЭПС в *V. breve*; регистрировалась деградация ЭПС деполимеразами (деградированная мозаичная область деструктурированных ЭПС как признак выраженности комплексного действия гидролаз) со стороны око-

лонейтральной области в направлении от анода к катоду). 2. Специфические пути повышения активностей типов ПБ: *учет протеазных (протеиназы плюс пептидазы) взаимодействующих систем (КФ 3.4.-. визуально регистрируются на блоте по способности расщеплять наборы известных белков) штаммов К3III24 и 100аш Ацилакта для формирования ПБ – пула бактериоциноподобных и антимикробных (глико)пептидов с антимикробным/ антивирусным действием (возможно расширение терапевтической шкалы с учетом образования антигипертензивных/ сосудорасширяющих пептидов и стимуляторов цитокинов; *конверсия ассоциатов ПЛ в диссоциатные формы (ПБ разных типов: не ГК и ГК – для дальнейших позитивных сочетаний и разнообразия спектра действия, в том числе через комплексобразование с прочими эффекторами); *рассмотрение ПБ как ГК (ПЛ как носители/ доставщики/ стабилизаторы/ ориентировщики активных участков связанных молекул в пространстве/ высвободители ПБ в ближайшее окружение); *рассмотрение ПБ как самостоятельных распознающих и связывающих ГК активных компонентов (регистрируются на блоте лектиновые формы диссоциированных в присутствии детергента и под воздействием температуры ПЛ). 3. Стратегии сочетания активностей ПБ с прочими эффекторами (антибиотиками, антиоксидантами, детергентами, ферментами).

Заключение. Приведенные данные демонстрируют разнообразие путей усиления активностей ПБ с относительно высокой молекулярной массой в процессе их выделения из КЖ. Результаты и стратегии указывают на возможности применения обогащенных ПБ фракций в качестве эффекторов с прогнозируемым действием. Результаты перспективны для ДВЛ и в связи с косметологическими задачами.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСТБИОТИКОВ АЦИЛАКТА И БИФИДОБАКТЕРИЙ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Давыдкин В.Ю., Мелихова А.В., Давыдкин И.Ю.

Московский Институт эпидемиологии и микробиологии имени Г.Н. Габричевского, Москва

Постбиотики (ПБ – метаболитные продукты жизнедеятельности бактерий) широко используются как системно влияющие агенты поддержания нормального метаболизма в организме. В дерматовенерологии (ДВЛ) ПБ зарекомендовали себя как позитивно действующие эффекторы второго плана при лечении ряда болезней (атопического дерматита, выпадения волос, других). Ацилакт представляет собой лактобациллярный мультиштаммовый пробиотик (штаммы К3III24, 100аш и NK1), включающий совокупность ПБ различных типов, в том числе ферменты, пробиотические лектины (ПЛ) – белки распознавания и связывания гликоконъюгатов (ГК), протеогликаны, бактериоциноподобные вещества, биосурфактанты (БС) и экзополисахариды (ЭПС).

Цель – на основании собственных данных суммировать потенциал Ацилакта и пробиотических штаммов бактерий как источников высокомолекулярных ПБ, оценить перспективы ПБ в ДВЛ и косметологии, предложить новый подход к получению терапевтических ПБ.

Материалы и методы. Штаммы пробиотических лактобацилл и бифидобактерий – из коллекции микроорганизмов при Институте эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.

Габричевского. Рост культур проводили в средах КД-5с и БС в стандартных условиях. Функциональный сборочный анализ, биологические активности компонентов культуральных жидкостей (КЖ) проводили с помощью собственных методов в микропанелях и на блоте, в том числе после изоэлектрофокусирования в пластине полиакриламидного геля, электроблотинга на мембрану, обработки красителем SYPRO или пероксидазными конъюгатами антител или сэндвича биотин-стрептавидина. Регистрацию флюоресценции или хемилюминесценции в режиме реального времени в системе BioChem System (UVP). Биологические активности компонентов определяли стандартными методами.

Результаты. ПБ Ацилакта и бифидобактерий по нашим данным обладают потенциалом против таких патологий как хейлиты губ и нарушения слизистой уrogenитальной сферы. ПБ бифидобактерий проявляют одновременно противовоспалительное и антиэкзудативное действие (как в случае нашего варианта бифидиновой мази). ПБ Ацилакта характеризуются перспективами использования для осветления кожи, против пигментации, в качестве протекторов защиты кожи и слизистой от солнечного облучения. Изолированные и охарактеризованные нами препараты фракций КЖ Ацилакта и пробиотических бифидобактерий обладают позитивным влиянием на составляющие мукозальных биотопов открытых полостей организма, проявляют антибактериальное и антигрибковое действие против стафилококков *S. aureus* и видов кандид всех трех эпидемиологически значимых групп. Штамм К3III24 Ацилакта характеризовался как максимальный продуцент бактериоциноподобных комплексных катионных пептидов, а также комплексных слабодиссоцируемых оксидоредуктаз. Штамм 100аш проявлял себя донором сериальных слабодиссоцируемых оксидоредуктаз (менее агрегированных, чем у К3III24). Оксидоредуктазная система противопоставлена окислительному стрессу в коже и слизистой. Штамм NK1 – наиболее устойчивый к клеточной деградации ингредиент Ацилакта, лишенный оксидоредуктазной составляющей, но, в противовес другим штаммам, характеризующийся максимальным набором визуально регистрируемых ПЛ, взаимодействующих с синтетическими ГК (www.lectinity.com), имитирующими микробные и другие мишени в измененной коже и слизистой. Все штаммы различались протеиназно-пептидазными системами, расщепляющими (глико)протеины, что способствует возрастанию пула антимикробных эффекторов. БС и ЭПС Ацилакта суммировались из составов этих ПБ штаммов. В случае бифидобактериальных КЖ регистрировались деполимеразы/ полисахаридазы, представляющие собой перспективные средства борьбы с биоопленками патогенов.

Заключение. Приведенные данные систематизируют потенциал применения ПБ в противодействии патологиям. Установление взаимосвязей систем ПЛ и ПБ дополняет картину микробиоценозной поддержки здоровья кожи и слизистой, повышает надежность прогностики событий и обосновывает алгоритмизацию контроля позитивных процессов в коже и слизистой, связанных с распознаванием ГК, профилактикой и терапией патологий в ДВЛ и коррекцией дефектов в косметологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА ДЛЯ ИНФУЗИЙ МЕГЛЮМИНА НАТРИЯ СУКЦИНАТ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

*Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Ларин И.Ю.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Пролетарский», Москва*

Раствор для инфузий меглюмина натрия сукцинат – средство с дезинтоксикационным действием для парентерального применения. Обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывая положительный эффект на аэробные процессы в клетке, уменьшая продукцию свободных радикалов и восстанавливая энергетический потенциал клеток. Препарат активизирует ферментативные процессы цикла Кребса и способствует утилизации жирных кислот и глюкозы клетками, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови. Обладает умеренным диуретическим действием. Противопоказаниями к применению являются состояние после черепно-мозговой травмы, сопровождающееся отеком головного мозга; выраженные нарушения функции почек; отек легких; беременность, период лактации. Препарат разрешен для применения у детей и подростков в возрасте до 18 лет. Под нашим наблюдением находилось 7 женщин и 9 мужчин в возрасте от 22 до 73 лет с разной продолжительностью течения заболевания и тяжестью протекания процесса. У всех пациентов на момент госпитализации отмечалось появление новых высыпаний на коже туловища и конечностей. Начало очередного обострения заболевания пациенты связывали с сезонными колебаниями температуры, влажности, инсоляции, а также стрессовыми ситуациями, погрешностями в питании. Показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи у всех пациентов находились в пределах референсных значений. Все пациенты на амбулаторном этапе лечения получали наружные глюкокортикостероидные препараты, кератолитические и увлажняющие средства. Часть пациентов получали эссенциальные фосфолипиды. Два пациента получали терапию препаратом Метотрексат. От амбулаторного лечения у пациентов наблюдался слабopоложительный кратковременный эффект. На основании объективного состояния и полученных результатов лабораторных исследований пациентам был назначен р-р для инфузий меглюмина натрия сукцинат 1,5% 250 мл № 9 в условиях дневного стационара в рамках комплексной терапии. Результаты: в процессе лечения на 3-4-й день терапии пациенты стали отмечать более активное действие на кожный процесс наружных топических глюкокортикостероидов и кератолитических препаратов, включенных в комплексную терапию псориаза. При этом ни один из пациентов не отмечал дискомфорта, тошноты, слабости, повышения пульса и артериального давления. После продолженного лечения пациенты отметили более выраженное и стойкое улучшение кожного процесса в виде регресса большинства высыпаний и отсутствия новых элементов. Выводы: назначение раствора для инфузий меглюмина натрия сукцинат в комплексной терапии псориаза в условиях дневного стационара повышает эффективность общей комплексной терапии и позволяет добиться стабилизации кожного процесса в более короткие сроки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА NCTF – 135 В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИФфуЗНОЙ АЛОПЕЦИИ В СРАВНЕНИИ С КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ

*Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Леурдо О.С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Пролетарский», Москва*

Одной из современных дерматокосметологических технологий для лечения алопеции является мезотерапия, которая представляет собой введение медикаментов внутрикожным путем, в виде микроинъекций, в среднюю часть дермы. Препарат NCTF – 135 является мезотерапевтическим коктейлем, зарегистрированным на территории РФ. Препарат производят в виде раствора, в состав которого входят все необходимые для роста волос составляющие: витамины, аминокислоты, коэнзимы, антиоксиданты, микроэлементы (комплекс витаминов С,А,Е,І; комплекс витаминов группы В), а также гиалуроновая кислота 5мг/мл. Под нашим наблюдением находились 24 пациента с диагнозом «Диффузная алопеция» в возрасте от 20 до 50 лет, женщины, длительность заболевания составляла в среднем от 3 до 12 месяцев. Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включая консультации смежных специалистов и аппаратную трихоскопию. По результатам обследования значимых отклонений в работе органов и систем выявлено не было. Данные аппаратной трихоскопии указывали на алопецию позднего типа с телогеновым или телогендистрофическим образцом корней волос. В ходе лечения пациенты были разделены на две группы с равным количеством человек. Первая группа получала только консервативное лечение, включающее диету, богатую витаминами и микроэлементами, седативные препараты, витаминотерапию, наружно: шампуни и средства, обладающие раздражающими, сосудорасширяющими и улучшающими трофику свойствами. Вторая группа получала монотерапию препаратом NCTF – 135 – мезотерапевтическое обкалывание волосистой части головы, микропапульная техника. Курс составлял 10 процедур с интервалом 1 раз в неделю. Во время лечения положительный результат был зафиксирован во второй группе в виде снижения выпадения волос, уменьшения зуда кожи волосистой части головы – у 6 пациентов (50%) уже на 3–4 процедуре. По окончании курса лечения в этой группе у 11 пациентов (83,3%) отмечалось прекращение выпадения волос, утолщение волос. В то время, как положительные результаты в первой группе были зафиксированы спустя 3–4 месяца у 4 пациентов (33,3%), к 8-му месяцу лечения во второй группе эти результаты выросли до 75%, что составляет 9 случаев. Кроме того, спустя 6 месяцев после окончания лечения отрицательный результат был зафиксирован во второй группе у одного пациента (1,2%). Вывод: лечение больных диффузной алопецией мезотерапевтическим полиревитализирующим коктейлем NCTF – 135 является высокоэффективным методом. Однако для достижения стойкого эффекта от терапии необходимо сочетание как консервативного, так и мезотерапевтического лечения.

ПРУРИГО: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И ЦЕЛИ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ ПАЦИЕНТА

*Львов А.Н., Бобко С.И., Штендер С.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии,
Компетентный центр по изучению зуда,
Отделение дерматологии Университетской
клиники, г. Мюнстер, Германия, Москва*

Пруриго характеризуется упорным зудом высокой интенсивности и нередко резистентностью к терапии. В настоящее время лечение пруриго является комплексным и по возможности включает лечение сопутствующих заболеваний. Топические глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, а также фототерапия оказывают противозудный эффект, однако при генерализации процесса используется системная терапия, в том числе иммунодепрессанты (циклоsporин А, метотрексат), антидепрессанты, реже габапентин, перспективным направлением представляется применение моноклональных антител (к интерлейкину 4, 13; 31). По данным проспективного когортного исследования среди 15 европейских центров из 5 регионов: Германия (Мюнстер, Берлин, Гейдельберг) n=137, Северная Европа (Осло, Лунд) n=69, Центральная Европа (Грац, Брест, Арау) n=57, Восточная Европа (Реснов, Варшава, Москва) n=76, Южная Европа (Рим, Коимбра, Барселона, Айдын) n=67 – 509 пациентов с пруриго с марта 2017 по июнь 2019 приняли участие, из которых у 406 пациентов (251 женщин (61,8%) и 155 мужчин (38,2%), средний возраст 63 года), отмечался зуд и пруритинозные высыпания на момент обращения и в течение 7 дней до этого. В рамках европейского проекта по пруриго было включено 406 пациентов из 15 дерматологических центров, включая Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, по результатам опросников отмечено уменьшение интенсивности зуда на 74,5%, кожных высыпаний на 57,2%, улучшение сна на 30,5%, что явилось самыми важными терапевтическими целями с позиций пациента. Наиболее часто была использована следующая терапия: эмоленты в 84,7%, топические глюкокортикостероиды (58,4%) и антигистаминные препараты (55,2%), реже системные иммуносупрессанты (23,4%) и габапентин (17,2%). Большинство пациентов (56,8%) были удовлетворены от предыдущей терапии, в то время как 9,8% пациентов не получали терапию. Наиболее эффективными рассматривались топические стероиды (13,6%), системные иммуносупрессанты (12,5%) и эмоленты (10,5%), хотя 28,7% пациентов считают, что не один из вариантов лечения не был эффективен. Хотя не все пациенты с пруриго получали системную терапию, отмечается большой уровень неудовлетворенности и разочарования в терапии.

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

*Львов А.Н., Гребенюк В.Н., Пилявская С.О.,
Уварова А.А., Валитова И.В., Урпин М.В.
Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Цель исследования – поиск эффективного алгоритма терапии лихеноидного параспориоза у детей. Проводился ана-

лиз терапии, применяемой в процессе наблюдения больных детей, получавших лечение в дневном и суточном стационаре МНПЦДК. Лихеноидная разновидность параспориоза характеризуется поверхностными воспалительными рецидивирующими высыпаниями. Лихеноидный параспориоз у детей – редко встречающаяся многофакторная патология. Она отличается быстрым распространением эритемы, папул, везикул, оспенноподобных пустул с геморрагическим и некротическим компонентом на конечности и туловище. Процесс может ограничиваться несколькими неделями или продолжаться несколько месяцев и даже лет. Известны два спектра клинических проявлений лихеноидного параспориоза: острый оспенновидный (болезнь Муха–Габбермана) и хроническая форма Юлиусберга. Эти клинические варианты обусловлены влиянием популяционных и средовых факторов. За более чем 100-летний период с легкой руки М. Брока параспориоз произрастает на дерматологической ниве. Но его этиология и патогенез остаются мало раскрытыми. В связи с этим терапия дерматоза в значительной степени носит эмпирический характер и сопряжена с определенными трудностями. Тяжелые острые случаи заболевания подлежат лечению в условиях стационара. Терапия всегда комплексная. Антибактериальный и противовоспалительный эффект достигается назначением антибиотиков широкого спектра действия, в частности, тетрациклинов и макролидов (тетрациклин, эритромицин, амоксициллин) – до двух месяцев. При торпидном течении болезни прибегают к системному лечению кортикостероидами (метилпреднизолон 0,5 1 мг/кг массы) с учетом тяжести состояния в течение 4–5 недель с постепенным снижением до отмены. При распространенных и генерализованных формах показан цитостатик метотрексат по 10 мг/нед., № 5. Одновременно применяют топические кортикостероидные препараты – метилпреднизолона ацепонат, бетаметазон 1 раз в день наносят на очаги (2–4 нед.); хлоропирамин, глюконат кальция; панангин, фолиевая и никотиновая кислота, 2% нафталановая паста, эмоленты, 1% метиленовый синий (2 нед.); узкополосная светотерапия (УФБ 911) № 5. После выписки из стационара больной подлежит диспансерному наблюдению, при необходимости вносится коррекция в лечение с учетом динамики клинического течения кожного процесса. При соблюдении комплексного подхода в лечении наблюдаемых больных достигается положительный лечебный эффект, выражавшийся в купировании обострений кожного процесса с последующим регрессированием высыпаний. Своевременное распознавание и адекватное лечение заболевания благоприятно отражается на клиническом течении.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

*Малыренко Е.Н., Денисова Е.В., Оленич И.В.,
Аветикян С.С.*

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

Одной из редких форм трихофитии волосистой части головы является инфильтративно-нагноительная форма. Название этого микоза происходит от имени его возбу-

дителя-гриба рода *Trichophyton*, относящегося к дерматофитам. На фоне воспаления и инфильтрации формируются мягкие узлы синюшно-красного цвета, поверхность которых покрыта пустулами. При надавливании сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной светло-желтого цвета, напоминающий свежий мед. Подобная клиническая картина называется *seipon Celsii* (медовые соты Цельсия) с исходом в рубцовую алопецию. В формировании ее придается большое значение нерациональной местной терапии. В 2019 году в условиях дневного стационара МНПЦДК филиала «Клиника им. В.Г.Короленко» получал лечение пациент с диагнозом: трихофития, инфильтративно-нагноительная форма. Больной 20 лет, москвич, спортсмен (самбо), в июне 2019 года появились высыпания на в/ч головы, обратился к дерматологу по месту жительства, где был поставлен диагноз: Себорейный дерматит, назначена наружная терапия комбинированным глюкокортикостероидным препаратом (бетаметазон+салициловая кислота х 2р\день). Соскоб на патогенные грибы был отрицательным. Эффекта от лечения не наблюдалось. При повторном обращении было назначено лечение: антигистаминные препараты (дезлоратадин 1раз\день, наружно ГКС мази (бетаметазон), антисептические растворы (хлоргексидин). На фоне лечения отмечалось ухудшение общего состояния, рост очага поражения, потеря волос, появление болезненных узлов в очаге. При очередном обращении в соскобе на патогенные грибы – обнаружены, в посеве – отмечается рост *Trichophyton verrucosum*. Назначено лечение системными антимикотиками из группы итраканазола 100 мг х 2р\день, наружно противогрибковые мази (тербинафин х 2р\день). Несмотря на проводимую терапию в течение двух недель амбулаторно, видимой положительной динамики отмечено не было. Напротив, пациент заметил образование свежих болезненных узлов в очаге, после чего был направлен на лечение в филиал «Клиника им. В.Г.Короленко» в условиях дневного стационара. На момент поступления: Патологический процесс носит островоспалительный характер, локализован на коже волосистой части головы, в основном в левой височной и теменной области. Представлен четко ограниченным инфильтрированным гиперемированным очагом поражения, размером более ладони, в пределах которого наблюдаются множественные фолликулиты и перифолликулиты, сливающиеся в массивные инфильтраты, возвышающиеся над уровнем кожи, с бугристой мокнущей поверхностью, покрытой гнойно-геморрагическими корками. При пальпации болезненность, консистенция тестовато-мягкая, при надавливании из устьев волосяных фолликулов выделяется гнойное отделяемое. Была продолжена системная антимикотическая терапия препаратом из группы итраканазола, присоединена антибактериальная терапия (цефтриаксон 2.0 в\м). Особое внимание уделялось наружной обработке (в виде ежедневных аппликаций 2% салициловой мази с последующей эпиляцией волос в очаге поражения, наложением повязки с антимикотическим раствором). На 7 день от начала проводимой терапии отмечена положительная динамика: отсутствие появления свежих пустул, улучшение общего состояния, на 14 день – инфильтраты заметно уплощены, гнойного отделяемого нет; на 20 день – процесс разрешился с исходом в рубцовую алопецию. При микроскопическом исследовании на патогенные грибы – результат отрицательный.

Заключение: представленный случай демонстрирует важность рационального применения наружной терапии трихофитии волосистой части головы. Своевременное

назначение кератолитиков, обязательная эпиляция волос в очаге поражения, использование жидких форм топических антимикотических препаратов в островоспалительном периоде предотвращает осложненное течение заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПОДГОТОВКИ И МЕТОДА ОТБОРА ПРОБ ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДЕМОДЕКОЗ

*Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.
Московский Научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии города
Москвы, Москва*

Цель: 1. Оценить изменения результатов исследования на *Demodex brevis* при различных методах отбора проб. 2. Оценить целесообразность назначения забора материала на *Demodex brevis* без предварительной подготовки пациента.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты группы из 50 пациентов со следующим клиническим диагнозом по МКБ 10 – B88.0. Возраст обследуемых пациентов составлял от 20 до 40 лет, гендерное распределение – мужчины : женщины = 17:33. Исследования проводились микроскопическим методом с помощью электронного микроскопа – OLYMPUS CX31. Отбор материала для исследования осуществлялся следующими методами: 1. Метод «соскоб с кожи» – для обнаружения *Demodex brevis* на коже при помощи скальпеля, осторожно берется соскоб с пораженных участков кожи. Препарат помещают на предметное стекло, после чего на стекло добавляют каплю 10–20% щелочного раствора и накрывают покровным стеклом. 2. Метод «наклеивания» – кусочки специальной прозрачной клейкой ленты вечером перед сном приклеиваются на пораженные участки кожи. Утром лента отклеивается и помещается между двумя предметными стеклами, и проводится микроскопия материала. Статистическое распределение пациентов с методом забора материала – метод «соскоб с кожи»: метод «наклеивания» = 25:25.

Результаты. При микроскопическом исследовании методом «соскоб с кожи» из 25 проб на *Demodex brevis*, с результатом «обнаружено» – 20 проб. Было установлено, что из 25 проб у 7 пациентов пробы были взяты без предварительной подготовки к отбору материала для исследования на *Demodex brevis* (пациенты за 3 дня до процедуры не должны пользоваться декоративной косметикой, умываться с использованием средств личной гигиены с высоким содержанием щелочи, пользоваться различными кремами и т. д.). Из 7 проб пациентов без предварительной подготовки *Demodex brevis* был обнаружен лишь у 2. Возраст пациентов с результатом «обнаружено» составил старше 25 лет. Процент положительных результатов при исследовании методом «соскоб с кожи» составил – 80%. При микроскопическом исследовании методом «наклеивания» из 25 проб на *Demodex brevis* с результатом «обнаружено» – 7 проб. Было установлено, что из 25 проб у 10 пациентов пробы были взяты без предварительной подготовки к отбору материала для исследования на *Demodex brevis* (пациенты примерно за 3 дня до процедуры не должны пользоваться декоративной косметикой, умываться с использованием средств личной гигиены с высоким содержанием щелочи, пользоваться различными кремами и т. д.). Из 7 проб па-

циентов без предварительной подготовки Demodex brevis был обнаружен лишь у 1. Возраст пациентов с результатом «обнаружено» составил старше 25 лет. Процент положительных результатов при исследовании методом «наклеивания» составил – 28%.

Вывод: 1. Назначение забора материала на Demodex brevis без предварительной подготовки пациента – нецелесообразны. Результаты исследования у данной группы пациентов считаются недостоверными, требуется повторный забор материала на исследование после предварительной подготовки. 2. Метод забора материала на Demodex brevis влияет на результат исследования. В группе пациентов с методом забора «соскоб с кожи» процент положительных результатов составил 80%, а в группе пациентов с методом забора «наклеивание» процент положительных результатов составил 28%. Тем самым мы доказали, что наиболее эффективным методом забора материала на Demodex brevis является «соскоб с кожи» с предварительной подготовкой.

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Манапова Э.Р., Фазылов В.Х.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань

Цель: анализ инфекций, передаваемых половым путем у пациентов с парентеральным и половыми путями инфицирования ВИЧ-инфекцией при постановке на диспансерный учет.

Материал и методы. Исследовано 45 пациентов (в возрасте 36,3±0,9 лет) – из них 25 ВГС/ВИЧ-инфицированных (первая группа) и 20 с ВИЧ-моноинфекцией (вторая группа), в группе здоровых было 52 человека. Длительность инфицирования пациентов ВИЧ составляла менее 1 года (иммуноблот становился положительным в среднем в течение 5,5±0,6 мес.), HCV-инфекцией <10 лет, серологические маркеры HBV инфекции в ИФА не определялись. У ВИЧ-моноинфицированных имел место половой путь инфицирования ВИЧ, поэтому распределение по полу в данной группе было примерно одинаково: мужчин – 44% и женщин – 56%, они не являлись ПИН, серологические маркеры ВГС инфекции в крови отсутствовали; с низкой (43%) и средней вирусной нагрузкой (ВН) РНК ВИЧ (57%) и уровнем CD4+ лимфоцитов более 350 /мкл (93%). У всех ВГС/ВИЧ-инфицированных – инъекционный путь инфицирования ВИЧ, в анамнезе отмечалось употребление психоактивных веществ ПАВ (в/в героин), преобладали пациенты мужского пола (70%), которые чаще демонстрируют рискованное поведение в плане употребления ПАВ, с низкой и средней ВН РНК ВИЧ (83%) и уровнем CD4+ лимфоцитов более 350 /мкл (60%). Для выявления маркеров ИППП (в крови, мазках из уретры, шейки матки и прямой кишки) использовались методы: микроскопическое и культуральное исследование, ПЦР, количественная микрореакция преципитации, реакция иммунофлуоресценции, ИФА, реакция пассивной гемагглютинации. Результаты: на момент постановки диагно-

за ВИЧ-инфекции в клинической картине у пациентов на ранних сроках преобладали ИППП (генитальный герпес, сифилис, гонорея, хламидиоз, кондиломатоз): у 40% ВИЧ-инфицированных, преимущественно у лиц женского пола (68%) и 25% ВГС/ВИЧ-инфицированных (в 60% случаев у мужчин). Среди пациентов преобладали лица репродуктивного возраста, ведущие активную половую жизнь, 65% и 62% пациентов соответственно в первой и во второй группе находились в возрасте от 30–39 лет. У пациентов соответственно первой и второй группы диагностированы урогенитальный хламидиоз (в 10% и 50%, $p<0,01$), кондиломатоз (14% и 30%, $p<0,05$), генитальный герпес (10% и 30%, $p<0,05$), с мало- или асимптомным течением в 50% случаев. Во второй группе гонорея диагностирована в 10% случаях, при отсутствии у пациентов с сочетанной инфекцией. У 20% и 10% пациентов первой и второй группы выявлялся первичный и вторичный сифилис, в возрасте 33,4±1,2 лет. В течение 2 лет наблюдения ИППП по-прежнему преобладали в клинической картине и составили 44% в группе моноинфицированных и у 25% пациентов первой группы ($p<0,05$). Таким образом, на момент постановки пациентов на учет со сроком инфицирования ВИЧ менее 1 года ИППП преобладали в группе ВИЧ-моноинфекции (преимущественно у лиц женского пола) с половым путем инфицирования, с большей частотой выявления хламидиоза, генитального герпеса, кондиломатоза при малосимптомном течении по сравнению с данными при сочетанной ВГС/ВИЧ-инфекции. Обоснованным является назначение доконтактной АРВТ для профилактики передачи ВИЧ-инфекции в серодискордантных парах, т.к. показатели распространенности ИППП среди ВИЧ-моноинфицированных (с половым путем передачи заболевания) обуславливают высокий риск заражения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Мартыненко Д.М., Орлова Е.В.

Кафедра кожных и венерических болезней Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Москва

Введение. Паранеопластические дерматозы (ПД) как неспецифические поражения кожи, обусловленные влиянием опухоли на метаболизм, иммунные, регуляторные системы организма, являются одним из ранних признаков развития рака. Частота встречаемости ПД у больных с раком колеблется от 7 до 15%. Учитывая крайнюю редкость абсолютных ПД, важным является диагностика относительных ПД и трансформация банальных дерматозов на фоне онкологических заболеваний.

Цель. Выявить современные особенности эпидемиологии и клиники ПД у больных с диагностированным раком различной локализации.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 год на базе кафедры кожных и венерических болезней Сеченовский университет и МНИОИ им. П.А. Герцена, было обследовано 2508 пациентов с дерматозами различной локализации. Из них 1418 женщин и 1090 мужчин в возрасте от 27 до 83 лет. В результате выявлено 303 пациента, которые имели сочетание дерматозов с раком различной локализации. На основании полученных данных, все пациенты были разделены

на 3 группы: 1-я группа – 147 онкологических больных с сопутствующими дерматозами; 2-я группа – 85 дерматологических больных с онкологией различной локализации; 3-я группа (ретроспективная выборка) – 71 пациент с дермо- и онкопатологиями. Так же была учтена 4-я группа (группа сравнения) – 1268 дерматологических больных (657 женщин и 693 мужчин) с дерматологическими заболеваниями, которые относятся к вероятным ПД, но без онкопатологии на момент обследования.

Результаты. 1. Частота ПД среди больных дерматологического профиля составила 5,8%, среди больных онкологического профиля 13,9%. Среди ПД наибольший удельный вес составили веррукозная форма КПЛ (25,3%), хронический фурункулез (11,5%) и крапивница (5,8%), в то время как заболевания, считающиеся традиционными признаками онкопроцесса, а именно, дерматит Дюринга, кожный зуд и эритемы составляли 6,1%, 3,5% соответственно, что свидетельствует о перераспределении в структуре заболеваемости ПД. 2. Отмечена зависимость ПД от локализации опухолевого процесса: веррукозная форма КПЛ, липоидный некробиоз, хронический фурункулез, распространенный вульгарный псориаз, хроническая экзема и крапивница, у пациентов старше 45 лет, встречались при раке молочной железы в 85,5%, бронхолегочной системы в 78,3%, мочеполовой системы в 74,8%, пищеварительной системы в 58,8% случаев. 3. Комплексные исследования показали, что изменение клинического течения дерматоза на фоне онкопроцесса может выражаться в увеличении площади поражения кожи более чем на 10–30%, что отмечалось у 86,4% пациентов обоего пола. У 65% больных отмечалось увеличение количества рецидивов от 3 до 7 раз в год. Таким образом, изменение клинической картины заболевания кожи у пациентов в возрасте старше 40 лет может являться прогностическим критерием ранней стадии развития онкопроцесса. 4. Установлены диагностические критерии, необходимые для оценки вероятности развития рака у дерматологических больных в течение 6 месяцев от момента изменения клинической картины кожного процесса: распространенность кожного процесса и длительность дерматоза до момента изменения клинической картины при веррукозной форме КПЛ, хроническом фурункулезе, крапивнице и липоидном некробиозе; возраст пациента и длительность дерматоза до момента изменения клинической картины при пузырьных дерматозах, кожном зуде и эритемах. 5. На основании проведенного исследования разработаны практические рекомендации для врачей дерматологов и онкологов, позволяющие значительно расширить нозологический список ПД, как предикторов онкопроцесса, выделить особенности их течения, способствующие диагностике рака на ранних стадиях. 6. В рамках многофакторного анализа по методу линейной регрессии разработана прогностическая модель определения вероятности развития рака у дерматологических больных, которая позволяет оценить уровень вероятности развития рака у дерматологических пациентов и решить вопрос о целесообразности проведения их комплексного обследования, направленного на выявление возможного онкопроцесса.

Выводы. На основании полученных результатов можно предположить, что выраженное ухудшение клинической картины хронических дерматозов, таких как атопическая экзема, псориаз и красный плоский лишай, может являться проявлением паранеопластического процесса и косвенным маркером развития онкологического процесса. При выявлении таких пациентов необходимо рекомендовать расширенное обследование с целью диагностики рака.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский Научно-практический центр «Медика», Санкт-Петербург

Актуальность. Рост заболеваемости населения меланомой кожи, высокий риск рецидива, неудовлетворительные показатели выживаемости больных диктуют необходимость совершенствования методов лечения пациентов с данной патологией кожи.

Цель исследования. Определение клинической эффективности сочетания неoadъювантной лазерной фотодинамической терапии (неоФДТ) при использовании производных хлорина моно-L-аспартила еб с последующим хирургическим лечением больных первичной меланомой кожи. Материалы и методы. Проанализированы клинико-морфологические данные о 450 больных с морфологически подтвержденным диагнозом первичной меланомы кожи, получавших лечение в клинике НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в период 2010 года по 2017 год. Дизайн исследования – проспективное, контролируемое, когортное, с параллельными группами. В основную группу включено 45 пациентов, у которых до хирургического лечения проведена неоФДТ; в контрольную – 405 больных меланомой кожи, которым выполнено стандартное радикальное оперативное лечение. Достоверных различий между группами по полу, возрасту, клинико-морфологическим характеристикам, стадии заболевания не было. У пациентов основной группы после введения радахлорина до хирургического лечения подвергали локальному облучению первичную опухоль. В качестве источника оптического излучения использовали диодный лазер «Латус» с длиной волны 662 нм, с мощностью на выходе 1,25 Вт, плотность мощности излучения на поверхности опухоли 0,15 Вт/см². Доза фотосенсибилизатора составляла 50,0 мг. Приготовленный ex tempore раствор вводили внутривенно капельно в течение 30 минут. Затем через 2 часа после завершения введения раствора проводили лазерное облучение опухоли до достижения общей поглощенной световой дозы 300 Дж/см². Отдаленные результаты лечения были изучены с помощью метода множительных оценок Kaplan-Meier.

Результаты. Показатели 3- и 5-летней общей выживаемости у пациентов основной группы составили 96% и 76%, тогда как у контрольной группы пациентов – 72% и 62% соответственно, (p=0,02). Медиана общей выживаемости основной группы за период наблюдения не достигнута. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости в основной и контрольной группе были, соответственно, 38% и 20% (p=0,9). У пациентов основной группы после лечения не выявлено ни одного местного рецидива, напротив, у больных контрольной группы – 21 (5%) местный рецидив в области послеоперационного рубца.

Выводы. Общая выживаемость больных основной группы оказалась статистически достоверно лучше, чем таковая в группе контроля (p=0,02). Таким образом, применение неoadъювантной фотодинамической терапии в сочетании с хирургическим лечением у пациентов с первичной меланомой кожи улучшает прогноз заболевания.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский Научно-практический центр «Медика», Санкт-Петербург

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

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

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента (30 женщин и 22 мужчины) с пигментными образованиями кожи (n=36) и с изменениями ногтевого ложа (n=16). Средний возраст пациентов составлял $48 \pm 3,1$ год. Всем пациентам выполнялась СИАскопия на дооперационном этапе. Данные фиксировались в табличном формате с последующим гистологическим исследованием операционного (биопсийного) материала. В процессе СИАскопии с последующей компьютерной обработкой аппарат для СИАскопии формирует карты (изображения), которые называются сиасканы распределения общего меланина в новообразовании, дермального меланина, СИАскан гемоглобина, СИАскан коллагена. Получаемые в ходе исследования изображения дают ценную для дифференциальной диагностики информацию о наличии и распределении пигментированных структур и коллагена в разных слоях кожи на глубине до 2 мм.

Результаты. При анализе заключений патоморфологического исследования получены следующие результаты, которые напрямую коррелируют с выявленными особенностями СИАсканов: 12 – меланомой *in situ*, 28 – диспластических невусов, 7 – подногтевых меланом, 5 – онихомикоза, паронихии. При СИАскопии пигментного образования кожи (меланома *in situ*): сиаскан 1 – атипичная ассиметричная пигментная нерегулярная сеть, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, край новообразования по типу «изъеденного молью». Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, ассиметрично расположенный участок черной окраски. Сиаскан 3 – ассиметричные очаги зеленого цвета. Дермальный меланина ассиметрично распределен. Сиаскан 4 – ассиметрично расположенные очаги белого цвета, окруженные интенсивно окрашенными участками красно-розового оттенка. Кровеносные сосуды вытесняются из папиллярного слоя дермы. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации дермального меланина. В свою очередь диспластические невусы не имеют характерного распределения дермального меланина, как это при сиаскане 3. При СИАскопии подногтевых образований (подногтевая меланома): сиаскан 1 – атипичная пигментные неравномерные разной толщины полоски, коричневый фон, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, ширина полосы линий у дистального

ногтевого валика больше, чем у проксимального валика. Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, ассиметрично расположенные непараллельные полоски черной окраски. Сиаскан 3 – диффузно расположенные в пределах новообразования продольный очаг зеленого, синего цветов. Ассиметрично расположенный отдельный полихромный очаг. Цвет в очагах варьирует от зеленого до бирюзового, синего и центрально расположенного – фиолетового оттенков. Ассиметрия дермального меланина. Сиаскан 4 – редкие нерегулярные бесструктурные участки – сосуды вытиснутые опухолью, светло-розовый оттенок в пределах новообразования, хорошо развитая сосудистая сеть. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации меланина, очаг неправильных очертаний более светлого оттенка.

Выводы. 1. Приведенный опыт СИАскопии в диагностике подногтевых образований открывает новые возможности в связи с тем, что сиасканы с подногтевой пластиной и нативная картина не отличаются по диагностической ценности. 2. Весьма значима СИАскопия при постановке такого сложного диагноза как меланома *in situ*, который требует незамедлительного хирургического лечения, и диспластического невуса кожи, в случае которого допустимо наблюдение. 3. Продемонстрированный клинический опыт показывает высокую прогностическую значимость СИАскопии в дифференциальной диагностике подногтевых злокачественных образований с доброкачественной и инфекционной природой поражения ногтевого ложа. 4. Внедрение СИАскопии имеет большое будущее в качестве скрининга выявления опухолей кожи и меланомы.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Себорейный дерматит является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи, характеризуется поражением участков кожи, богатых сальными железами, оказывающим существенное влияние на качество жизни пациента. Выбор терапии определяется основными факторами, играющими ведущую роль в развитии этого дерматоза: повышенной секрецией сальных желез, изменением в колонизации и метаболизме микробиоты кожи (*Malassezia spp.*) и индивидуальной чувствительностью.

Цель: изучение клинико-лабораторных особенностей и терапевтической эффективности применения кетоконазола в форме шампуня в лечении больных себорейным дерматитом волосистой части головы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 37 больных страдающих себорейным дерматитом волосистой части головы. Все больные получали наружное лечение кетоконазол шампунем. Кетоконазол – противогрибковое средство, оказывает фунгицидное и фунгистатическое действия. Механизм действия заключается в ингибировании синтеза эргостерола и изменении липидного состава мембраны. Активен в отношении *Malassezia furfur*,

возбудителей некоторых дерматомикозов (*Trichophyton*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum*), возбудителей кандидоза (*Candida*), а также возбудителей системных микозов (*Cryptococcus*). Активен также в отношении грамположительных кокков: *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. Микологические исследования включали микроскопирование материала и исследование культуры.

Результаты. Среди обследованных больных было 10 женщин (27%) и 27 мужчин (73%). Возраст больных составлял от 18 до 40 лет. Продолжительность себорейного дерматита у больных была от 1 года до 5 лет. У обследованных больных кожный процесс располагался в области волосистой части головы и характеризовался наличием усиленного шелушения, зуда. Кожа в очагах поражения была гиперемирована, инфильтрирована, покрыта отрубевидными чешуйками. Результаты микологического исследования показали, что у больных культивированы дрожжеподобные липофильные грибы *Malassezia furfur*. Все пациенты получали двухступенчатое лечение: первый этап – кетоконазол шампунь 2% – 3 раза в неделю в течение месяца, второй этап – кетоконазол шампунь 1% – 2 раза в неделю в течение месяца. Время экспозиции не менее 5 минут. При клиническом наблюдении и лабораторном исследовании, проведенных через 4 недели и 2 месяца после завершения терапии, клиническая (устранение зуда, шелушения) и этиологическая эффективность лечения отмечена у всех больных с себорейным дерматитом. Отмечалась хорошая переносимость препарата, побочных реакций при лечении не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой ассоциации себорейного дерматита волосистой части головы с *Malassezia furfur*, что подтверждается высокой эффективностью применения кетоконазол шампуня при лечении данного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова», Москва

IgE – опосредованные реакции лежат в основе патогенеза многих аллергических заболеваний, обусловленных генетическими нарушениями и/или влиянием повреждающего действия факторов внешней среды на функционирование иммунной системы. Развитие патологического процесса приводит к функциональным и/или количественным изменениям соотношений взаимосвязанных между собой клеточных популяций адаптивного звена иммунитета. Основной иммунологический сдвиг прослеживается в дисбалансе регуляторных влияний между клетками Th1, Th2 и Treg, с превалированием Th2. Результатом иммунопатологических сдвигов являются изменения соотношений уровней цитокинов IL4/IFN- γ и IL4/IL10 со смещением в сторону IL4. В конечном итоге данные нарушения приводят к переключению синтеза антител на IgE в В-клетке и запуску дальнейших иммунологических, патохимических и патофизиологических стадий аллергического процесса, приводящих к повреждению тканей организма. Одним из мощных аллергенных триггеров, способствующих раз-

витию атопических реакций, в том числе и атопического дерматита, являются клещи домашней пыли семейства Pyroglyphidae *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der.p.) и *Dermatophagoides farinae* (Der.f.)

Цель данного исследования. Изучить сенсibilизацию к ингаляционным аллергенам *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der. p.) и *Dermatophagoides farinae* (Der. f.) в Москве и Московской области за период с 2010 по 2019 годы. Задачи исследования. Определить процентную долю пациентов с высоким титром специфических IgE к Der.p. и Der.f. (содержание специфических IgE от 3,50 МЕ/мл и выше).

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen (Германия) исследовали сыворотки пациентов (n=549) с IgE-опосредованными формами аллергии (IgEA), имеющими сенсibilизацию к Der. p. и/или Der. f. При анализе частоты встречаемости пациентов с сенсibilизацией к белкам-аллергенам двух изучаемых видов клещей вычисляли процентную долю пациентов, имеющих высокий уровень реагирования к Der. p. или Der. f.

Результаты. Показано, что в группе пациентов с сенсibilизацией к Der. p. (n=491) – 42,8% \pm 2,2% (n=210) (доверительный интервал от 38,4% до 47,1% при p<0,05) имели высокий уровень сенсibilизации (3 класс и выше специфических IgE), а в группе с сенсibilизацией к Der. f. (n=386) – 53,4% \pm 2,5% пациентов (n=206) (доверительный интервал от 48,4% до 58,3% при p<0,05). При сравнении полученных величин обнаружена статистически значимая разница частоты встречаемости высокотитражных специфических IgE в сыворотках пациентов с аллергочувствительностью к Der. p. и Der. f. (p<0,05); пациенты с высоким классом сенсibilизации к клещам вида Der. f. встречаются чаще, чем пациенты с сенсibilизацией к Der. p.

Выводы. Индивидуальные особенности белковых молекул данных видов домашних пылевых клещей, возможно, способствуют их различной степени воздействия на иммунологическую реактивность в исследованной нами популяции пациентов Москвы и Московской области, что подтверждается встречаемостью более высоких уровней сенсibilизации к Der. f.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКВЫ И ПОДМОСКОВЬЯ

Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Пищулина Л.А., Васильева А.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова», Москва

Статистические исследования сенсibilизации пациентов к аллергенам позволяют сформировать общую для страны картину сенсibilизации, помогают врачам на приеме выработать грамотную тактику обследования пациентов в регионах и могут быть использованы при создании новых лекарственных форм аллерговакцин.

Цель исследования. Изучить сенсibilизацию к аллергенам домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der. p.) и *Dermatophagoides farinae* (Der. f.). Задачи исследования. На основе анализа профиля аллергочувствительности у пациентов с IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями (IgEA) выяснить структуру и особенности сенсibilизации к Der. p. и Der. f.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen исследованы сыворотки москвичей и жителей Подмоскovie с IgEA к Der. p. и/или Der. f. (n=549) в период с 2010 по 2019 годы. Результаты. Проводили исследование 549 сывороток пациентов, имеющих сенсibilизацию к клещам домашней пыли. Большая часть обследованных реагировала сразу на два изучаемых вида (Der. p. и Der. f.). Количество пациентов с поликлещевой сенсibilизацией составило – 328 человек (59,7%). Сенсibilизация только к одному Der. p. была выявлена у 163 пациентов (29,7%). Моносенсibilизация к Der. f. обнаружена у 58 пациентов (10,6%). Выводы. Высокая гомология белков Der. p. и Der. f. приводит к значительной их перекрестной реактивности, что соответствует литературным данным. В то же время существование клещевой моносенсibilизации свидетельствует о структурных отличиях в главных и минорных аллергенных белках Der. p. и Der. f.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ СЕНСIBILИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К ДОМАШНИМ ПЫЛЕВЫМ КЛЕЩАМ В ПЕРИОД С 2010 ПО 2019 ГОДЫ

Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Емельянова О.Ю.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И. И. Мечникова», Москва

Наличие ферментативной активности у белков-аллергенов клещей домашней пыли обуславливает их влияние на рецепторы, активируемые протеазами (PARs-2) клеток врожденной иммунной системы, и способствует их проникновению через барьерные ткани организма. Последнее связано с тем, что протеазы клещевых аллергенов повреждают клетки эпителия. Эпителиальная клетка, как и любая другая, продуцирует молекулы, сигнализирующие о ее повреждении – damage-associated molecular patterns (DAMPs). Клетки врожденной иммунной системы, прежде всего макрофаги и дендритные клетки, воспринимают DAMPs как дополнительные активирующие факторы, и способствуют формированию протективного иммунного ответа. Кроме того, главные аллергены Der. p. 2 /Der. f. 2 взаимодействуют с TLR4 рецепторами эпителиальных клеток. В ответ на активацию клещевыми аллергенами рецепторов клеток врожденной иммунной системы происходит изменение характера и количественных соотношений выделяемых клетками цитокинов и хемокинов (IL-6, IL-8, IL25, IL-33, тимусный стромальный лимфопоэтин, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор и другие), что способствует формированию Th2 иммунного ответа и продукции IgE B-клетками у лиц предрасположенных к атопии.

Целью настоящего исследования является подведение итогов десятилетнего периода (2010–2019 гг.) изучения сенсibilизации жителей Москвы и Московской области к двум видам наиболее распространенных клещей Der. p. и Der. f. Задачи исследования: определить динамику изменения профиля аллергочувствительности у пациентов с IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями (IgEA) к Der. p. и Der. f. в регионе Москвы и Московской области в период с 2010 по 2019 годы.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen (Германия) были проанализированы сыворотки 2849 пациентов с

IgEA, обратившихся в клинично-диагностическое подразделение ФГБУ НИИВС им. И. И. Мечникова. Регистрировали концентрацию и класс специфических IgE.

Результаты. С целью выявления статистической значимости изменений частоты клещевой сенсibilизации в период наблюдения с 2010 по 2019 годы пациенты были разделены на пять групп с временным интервалом в 2 года. Процент сенсibilизированных пациентов к клещам Der. p. составил: 2010–2011 годы – 18,1%; 2012–2013 – 17,9%; 2014–2015 – 18,1%; 2016–2017 – 18,9%; 2018–2019 – 11,6%. Согласно полученным данным обнаружено статистически значимое уменьшение частоты встречаемости сенсibilизации к домашним пылевым клещам Der. p. за период 2018–2019 годов по сравнению с другими периодами наблюдения ($p < 0,05$). Снижение частоты встречаемости сенсibilизации к Der. f. зафиксировано только в 2014–2015 годах по сравнению с 2010–2011 годами. Других значимых отличий в изменении аллергочувствительности к Der. f. отмечено не было ($p > 0,05$).

Выводы. С 2017 по 2019 годы зарегистрировано снижение частоты встречаемости пациентов со специфическими IgE к Der. p. Наблюдаемые нами изменения скорее всего связаны с уменьшением данного вида клещей в акарофауне жилых помещений москвичей и жителей Подмоскovie. Тенденция к уменьшению частоты выявления Der. p. в московских квартирах отмечена нашими коллегами еще в 2010–2014 годах. По данным за 2010–2014 годы показано сокращение средней численности видов дерматофагоидов в грамме пыли помещений примерно в 5 раз. Этим и объясняется уменьшение встречаемости Der. p. почти в 2 раза. В наших исследованиях мы отмечаем изменения профиля сенсibilизации с 2017 года. Возможно, отражением присутствия аллергенного триггера в окружающей среде является изменение частоты клещевой сенсibilизации, реализация которой несколько запаздывает в популяции. Известно, что температура и относительная влажность воздуха – основные факторы, определяющие жизнедеятельность клещей домашней пыли. В помещениях с влажностью ниже 45% они высыхают и погибают. Наиболее устойчивым к низкой влажности является вид Der. f., именно поэтому он чаще встречается в квартирах с центральным отоплением. Хотя центральное отопление в московских квартирах есть уже давно, но процесс вытеснения одного вида другим из-за изменений окружающей среды – процесс длительный. Тем более, что темпы урбанизации Московской области и строительства новых благоустроенных квартир в Москве увеличиваются год от года. Данное обстоятельство вероятнее всего и является основной причиной наметившегося доминирования Der. f. в квартирах Москвы и Подмоскovie

ПОСЛЕДНИЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Петунина В.В.

Кафедра кожных болезней и косметологии, факультет дополнительного профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет, имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

На протяжении достаточно долгого времени витилиго оставалось в какой-то степени забытой патологией. Отно-

шение к данной нозологии как у смежных специалистов, так и у многих дерматовенерологов сводилось к тому, что это косметологический дефект, не доставляющий субъективных ощущений. На сегодняшний день накопилось достаточно много фактов как о патогенезе, так и о связи с другими патологиями, где витилиго входит в симптомокомплекс.

Целью нашей работы является установить достоверную статистику по сочетаемости витилиго с аутоиммунной патологией, создать международный регистр данных пациентов с целью установить эффективность новых применяемых методов терапии и их влияние на смежную патологию. Из источников литературы известно об успешном применении ряда средств на малых группах пациентов, либо описанных как случайное открытие.

Так, при аппаратной терапии есть успешные клинические случаи применения фракционного лазера с длиной волны 10600 нм в сочетании с различной иммуномодулирующей терапией, но нет данных о длительности эффекта от нее. Подкожно растворяющийся имплант – афамеланотид, показал хороший результат, но данных об отдаленных результатах также нет.

Из системной терапии наиболее интересный результат показывает в клинических наблюдениях ингибиторы янускиназ. Данный класс препаратов активно используется в ревматологии, гастроэнтерологии и других направлениях при аутоиммунных заболеваниях с большим успехом и низкими рисками побочных явлений. В своем исследовании мы также активно изучаем продолжительность эффекта и разрабатываем схемы применения препарата данного класса.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ И НЕЙРОСИФИЛИСОМ И НЕЙРОСИФИЛИСОМ С СИМПТОМАМИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Агабабаева Ж.А., Козьминский Е.Б., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.

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

Целью работы явилось изучение особенностей диагностики и ведения пациентов с поздними висцеральными формами сифилиса сердечно-сосудистой системы, поздними формами нейросифилиса и нейросифилиса с симптомами. Материалы и методы исследования. Для диагностики сифилиса были использованы – серологические специфические тесты (РПМ, ИФА с определением коэффициента позитивности и титров IgG и IgM, РПГА, РИФаБс, РИФ 200 и РИФц (в сыворотке крови и ликворе), инструментальный метод – ЭХО/ЭКГ. В исследуемую группу вошли 485 пациентов, поступивших в 2019 году на венерологическое отделение СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер (далее – ГорКВД), из них с поздним скрытым сифилисом – 290 пациента, что составило 60% и с диагнозом серорезистентный сифилис – 192 пациента (40%). Больные были в возрасте от 25 до 79 лет, из них – 310 пациентов были мужского пола (64%) и 175 женского (36%). Согласно утвержденным Федеральным клиническим рекомендациям

для уточнения диагноза было выполнено 460 люмбальных диагностических пункций (95% от всех из исследуемой группы). Обращало на себя внимание, что у 78 больных был выявлен поздний асимптомный нейросифилис (16%) и у 14 нейросифилис с симптомами, что составило 2,8% (менинго-васкулярная форма). На основании осмотра терапевта и жалоб пациентов проведено 115 эхокардиографических исследований. По заключению терапевта 43 пациентам (37%) был поставлен диагноз: Поздний сифилис сердечно-сосудистой системы (специфический аортит 1–3 ст). Особую группу составили 8 пациентов (6 пациентов мужского и 2 пациентки женского пола), у которых в процессе комплексного обследования, включавшего обязательное исследование ликвора, были выявлены: поздний асимптомный нейросифилис и сифилис сердечно-сосудистой системы (специфический аортит). Особенно следует отметить, что 5 пациентов из этой группы уже получали амбулаторное лечение по поводу ранних форм сифилиса и находились на клинико-серологическом контроле в кожно-венерологических диспансерах. Больные с сифилисом сердечно-сосудистой системы (3 чел.) до госпитализации на отделение ГорКВД получали лечение в терапевтических стационарах города с диагнозом: Нестабильная стенокардия; 1 пациент лечился в неврологическом отделении с диагнозом ишемический инсульт.

Результаты. Пациенты получили в условиях стационара полноценный курс специфической терапии по схемам лечения кардиосифилиса и позднего нейросифилиса согласно современным клиническим рекомендациям, 1 пациентка была направлена в центр НИИ им. Алмазова для дальнейшего оперативного лечения.

Выводы: 1. В последние годы отмечается рост поздних висцеральных форм сифилиса и позднего нейросифилиса, а также их сочетание. 2. Необходимо оптимизировать «обратную связь» между венерологами и смежными специалистами, в первую очередь – неврологами и терапевтами-кардиологами для выявления данной группы пациентов, соблюдать стандарты обследования пациентов, впервые обратившихся к смежным специалистам – на основании 500- распоряжения. 3. Врачам венерологам районных КВД четко выполнять рекомендации по ведению и обследованию пациентов с ранними и поздними формами сифилиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КУЛЬТУРЫ ФЕТАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

Попандопуло А.Г., Солошенко В.В., Романенков Н.С., Мовчан К.Н., Яковенко О.И.

Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака, Донецк; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность трансплантации культуры фетальных фибробластов (ФФбл) в случаях устранения обширных дефектов кожи.

Материалы и методы. Для анализа результатов использования клеточных технологий у пострадавших от ожогов сформированы 2 группы: исследования (18 чел., которым

осуществлена трансплантация культуры ФФбл) и контроля (18 чел., которым медицинская помощь (МП) оказывалась по традиционным принципам). В качестве базисных показателей сравнения в группах исследования избраны: сроки осуществления первого этапа аутодермопластики (АДП); количество АДП при оказании МП пострадавшим; продолжительность пребывания в стационаре; динамика изменения площади вновь образовавшегося эпидермиса. Для выявления отличительных особенностей гистологического строения ран, основываясь на которых можно сделать выводы о влиянии трансплантации культуры ФФбл на течение раневого процесса в сравнении с общепринятой хирургической обработкой ран, в 14 случаях оценены морфологические особенности ожоговых дефектов кожи, динамика их эпителиализации через 7 и 14 дней после пересадки культуры ФФбл. Площадь пласта эпидермиса на участках контроля и исследования вычислялась автоматически методом морфометрии посредством компьютерной программы анализа изображений AnalySIS Pro 3,2 (SoftImaging, Германия). Для статистической обработки данных использована программа Statistica 6,0 для Windows. Различия в группах исследования считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты исследования. Пересадка культуры ФФбл пострадавшим с обширными дефектами кожи осуществлена в среднем через $14,88 \pm 3,56$ суток после ожоговой травмы. Сроки выполнения первого этапа АДП в основной и контрольной группах не превышали в среднем $19,12 \pm 2,01$ суток ($p = 0,48$). Пациентам в среднем проведены $2,71 \pm 0,67$ хирургических вмешательств с применением клеточных технологий (КлТ). Трансплантация культуры ФФбл при лечении пострадавших с обширными дефектами кожи позволяет уменьшить необходимость в осуществлении АДП в 1,6 раза. Результаты морфологических исследований позволяют констатировать, что трансплантация ФФбл обуславливает ускорение формирования эпителия кожи на 7 суток по сравнению со случаями оказания МП больным без применения КлТ ($p < 0,05$). Это происходит за счет формирования грануляционной ткани, начала роста эпидермиса уже через 7 суток и его полного созревания через 14 дней после трансплантации ФФбл. При морфометрической оценке исследуемых участков установлено, что через 14 суток после пересадки культуры ФФбл средняя площадь пласта регенерировавшего эпидермиса составила $6,24 \pm 0,26$ мм², на контрольных участках аналогичный параметр не превышал $3,66 \pm 0,17$ мм² ($p < 0,05$). Результаты морфологического исследования позволяют констатировать, что трансплантация культуры ФФбл при лечении пострадавших от ожогов способствует увеличению площади формирования эпидермиса в 1,7 раза. Таким образом, использование технологий регенеративной медицины при лечении пациентов с обширными повреждениями кожного покрова возможно и целесообразно. Трансплантация культуры ФФбл способствует формированию в ране своеобразного временного биологического покрытия, ускоряющего темпы смены фазы раневого процесса от экссудации к пролиферации, что, в свою очередь, ускоряет подготовку дефектов кожи к осуществлению АДП, расширяя возможности эффективного лечения этого контингента пострадавших.

Выводы. 1) Для достижения клинического эффекта пересадки ФФбл пострадавшим от ожогов потребовалось провести в среднем $2,71 \pm 0,67$ операций с применением КлТ. 2) Осуществление первого этапа АДП пациентам с ожоговыми дефектами кожи возможно в среднем через $19,12 \pm 2,01$ суток как в случаях трансплантации ФФбл, так и в контрольной группе ($p = 0,48$). 3) Трансплантация куль-

туры ФФбл при оказании МП пострадавшим от ожогов с обширными дефектами кожи снижает необходимость в проведении пациентам АДП в 1,6 раза. 4) Использование культуры ФФбл при закрытии раневых поверхностей у пострадавших от ожогов интенсифицирует формирование, созревание и структурирование грануляционной ткани, способствуя началу формирования эпителия кожи уже через 7 дней и завершению его роста через 2 недели после применения КлТ, что уменьшает необходимость проведения пластических операций этому контингенту пострадавших.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО СФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА С ЦЕЛЬЮ ЛИФТИНГА ЛИЦА

Поплавская Н.Б.

*Белорусская медицинская академия
последипломного образования, Минск*

Несмотря на достаточно непродолжительную историю применения высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU) с целью лифтинга лица в отечественной косметологии, методика уже зарекомендовала себя как эффективная, контролируемая, минимально инвазивная и безопасная.

Цель и задачи исследования: Оптимизация результатов лечения, разработка и внедрение комбинированных протоколов ведения пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов в возрасте от 35 до 48 лет. Противопоказаний к процедуре выявлено не было, учитывалась давность проведения предшествующих процедур (нити, филлеры и т.д.). Заполнялось информированное согласие на проведение процедуры и фотодокументирование. Для включения в группу наблюдения оценивались признаки выраженности возрастных изменений кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышц и костных структур с учетом шкалы старения MERZ. Проводились функциональные пробы для определения показателей корнеометрии и себуметрии. Состояние скуловой области соответствовало среднему уплощению скуловой возвышенности, щечная область со слабым западением. В состоянии покоя носогубные складки соответствовали средней степени выраженности, контур нижней челюсти от слабой до средней степени выраженности провисания. Выраженность морщин «марионеток» в статике соответствовала средней степени. Наличие и выраженность «кисетных» морщин не учитывались. Выделено две группы по 10 пациентов в каждой. Пациенткам обеих групп выполнялась процедура ультразвукового лифтинга лица и области шейно-подбородочного угла с частотой 4 и 7 МГц и глубиной воздействия 4,5 и 3,0 мм однократно с учетом стандартного протокола выполнения манипуляции и общим числом линий от 580 до 620. До и после процедуры измерялись показатели корнеометрии, выполнялись фотографии в трех проекциях, оценивались болевые ощущения во время и после процедуры в баллах. Значения показателей корнеометрии учитывались также через месяц после процедуры. Удовлетворенность результатами процедуры оценивалась по шкале GAIS. Пациенткам второй группы после процедуры и через 4 недели подкожно вводили гиалуроновую кислоту, представляющую собой гибридный комплекс с комбинацией низкой (80–100 кДа)

и высокой (1100–1400 кДа) молекулярной массы и концентрацией 64 мг в 2 мл. Такая комбинация получена благодаря запатентованной гибридной технологии NANYCO. Выбор обусловлен концентрацией гиалуроновой кислоты, особенностями введения препарата, и, вследствие этого, более длительным увлажняющим и доказанным ремоделирующим эффектом, отсутствием периода реабилитации. На каждой половине лица проводилась разметка пяти утвержденных инструкцией точек, в каждую из которых вводилось по 0,2 мл гиалуроновой кислоты иглой 29 G 4 мм. Повторные инъекции проводились с интервалом в 4 недели. Всего 2 процедуры. Оценка результатов лечения проводилась с учетом вышеперечисленных критериев и параметров сразу после процедуры, через месяц и через 60 дней.

Результаты и выводы. В ходе выполнения исследования и наблюдения выявлен более выраженный клинический эффект «лифтинга» у пациенток второй группы. В результате проведения процедуры с применением HIFU снижались показатели корнеометрии, учитывая тепловой эффект. После проведения инъекции гиалуроновой кислоты пациенткам второй группы, значения показателя достоверно увеличивались и сохранялись на высоком уровне в ходе всего наблюдения. Объективно определялись изменения в области скуловой возвышенности, выраженность и глубина носогубных складок и «марионеток». Удовлетворенность результатом лечения у пациенток второй группы была выше. В более ранние сроки уменьшались болевые ощущения после процедуры, в среднем, на 3–5-й день. В то время как у пациенток первой группы этот симптом сохранялся, в среднем, до недели. Действие HIFU основано на эффектах, возникающих в тканях, расположенных в фокусе воздействия: термическая абляция и акустическая кавитация. Проходя через ткани часть энергии ультразвуковой волны переходит в тепло и быстро рассеивается, и, если скорость нагревания превышает скорость рассеивания, то происходит быстрое локальное повышение температуры выше 56°C, что ограничивает реализацию охлаждающего эффекта. Формируется цитотоксический эффект, вызывая необратимые изменения в клетках через механизм коагуляционного некроза. Комбинация методик дает более выраженный и продолжительный клинический эффект, а также более высокую оценку результатов лечения самими пациентами, что сегодня позволяет решить одну из главных задач, учитывая ценовой диапазон процедуры.

ПОЛИДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕОТИДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Поплавская Н.Б.

*Белорусская медицинская академия
последипломного образования, Минск*

Актуальность проблемы определяется эпидемиологией акне. Нозология входит в четверку наиболее часто встречающихся заболеваний кожи неинфекционной природы. Заболевание преобладает у пациентов в возрасте от 12 до 24 лет (85%) с пиком клинических проявлений в возрасте от 14 до 17 лет, более 5% пациентов – старше 24 лет. В литературных обзорах приводятся результаты клинической эффективности современных аппаратных и малоинвазивных инъекционных методик, их комбинаций. Выбор способа лечения зависит от патоморфологии сформировавшегося рубца. Все эффективные комбинированные

методики, как правило, сопровождаются длительным периодом реабилитации. Из известных и доступных сегодня механизмов регулирования длительности восстановительного периода после воздействия агрессивных методов лечения рубцов, можно рассматривать патогенетически обоснованное применение инъекционных препаратов на основе полидезоксирибонуклеотидов. Заявлено противоопухотворное, противовоспалительное и репаративное действие полидезоксирибонуклеотидов. Процесс получения и производства гарантирует отсутствие белковых компонентов, таким образом, исключает формирование иммунных реакций.

Цель и задачи. Оценить влияние внутридермального введения инъекционных препаратов на основе полидезоксирибонуклеотидов на динамику атрофических рубцов постакне (в составе комбинированной терапии).

Материалы и методы. В исследование включено 14 пациенток старше 18 лет после проведения агрессивных методик лечения атрофических рубцов постакне (лазерная аблятивная фракционная шлифовка). Выделено 2 группы. Пациентам 1-й группы (7 человек) проводили дополнительно к основному лечению (шлифовке) внутридермальное введение геля на основе полинуклеотидов 1 раз в 10 дней, всего 3 процедуры; 2-й группе пациентов внутридермальные инъекции не проводились. На момент включения в исследование не было выявлено хронических заболеваний в фазе обострения. Все пациенты, включенные в исследование, подписали информированное согласие. Выполнялось фотографирование пациентов до и после процедур с помощью камеры Reveal Imager, Canfield. Определялись показатели себуметрии, корнеометрии, размер пор в динамике. Применялось оборудование Aramo SG (Aram Huvis Co., Ltd) с программным обеспечением SkinXPPRO. Оценка клинической эффективности проводилась на 30-й день лечения.

Результаты и выводы. Широкий спектр общебиологического действия полинуклеотидов достаточно хорошо представлен в литературе. Основная функция нуклеиновых кислот, как известно, это активация и обновление клеток тканей и органов, моделирование иммунного ответа и др. Реализуемый ответ во многом зависит от молекулярной массы и качества очистки. Гель в концентрации 40 мг/2 мл имеет молекулярный вес 250-350 кДа, является высокоочищенным, что позволяет получать стимулирующее и репаративное действие без ожидания возникновения иммунного ответа. В ходе проведения процедуры выполнялись внутридермальные инъекции техниками «папулы» и «бугорки». Проводилась диффузная обработка кожи лица с дополнительным акцентом на область атрофических рубцов. Отмечено сокращение периода реабилитации после проведения лазерной шлифовки у пациентов 1-й группы, в среднем, на 5 дней, по сравнению с длительностью периода реабилитации у пациентов 2-й группы. Показано более значительное уменьшение проявлений поствоспалительной гиперпигментации и поствоспалительной эритемы у пациентов 1-й группы, а также увеличение показателя корнеометрии. Оценка проявлений атрофии показала уменьшение степени выраженности рубцов у пациентов 1-й группы. Не было отмечено обострения патологического процесса ни у одного из пациентов, включенных в исследование. Современные аппаратные и инъекционные методики позволяют эффективно, безопасно, контролируемо и предсказуемо применять их в моновиде и в комбинированных протоколах. Однако формирование доказательной базы актуально и требует стандартизации подходов к оценке результатов.

К ВОПРОСУ О РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РУБЦАХ ПОСТАКНЕ

Потекаев Н.Н., Демина О.М.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Рубцы постакне являются результатом патологической реакции заживления ран на воспаление в коже. Частота встречаемости рубцов постакне варьирует и составляет от 11 до 95%. Наиболее часто встречаются атрофические рубцы постакне. Показано, что воспалительные клеточные инфильтраты обнаруживаются у 77% пациентов атрофическими рубцами. Различные флотипы *Cutibacterium acnes* (*S. acnes*) дифференцированно активируют эпидермальный врожденный иммунитет, обуславливая различные степени тяжести акне. У пациентов, не подверженных рубцеванию, на ранних этапах развития акне активируется неспецифический иммунный ответ, который постепенно регрессирует при регрессе высыпаний. Напротив, у пациентов, склонных к рубцеванию, ранние поражения характеризуются меньшим количеством лимфоцитов CD4+ внутрикожно, обеспечивая гиперактивацию ответной иммунной реакции при разрешении высыпаний. Известно, что фибробласты и кератиноциты продуцируют ферменты, в том числе те, которые определяют структуру металлопротеиназ внеклеточного матрикса (ММР) и тканевых ингибиторов ММР. Как следствие, дисбаланс в отношении ММР к тканевым ингибиторам ММР приводит к развитию атрофических или гипертрофических рубцов. Неадекватный ответ приводит к уменьшению отложения коллагеновых факторов и образованию атрофического рубца, а если имеется гиперэргическая ответная реакция, то образуется избыточное количество фиброзной ткани и формируется гипертрофический рубец. Одним из важных направлений исследования патофизиологических механизмов в патогенезе рубцов постакне является изучение роли генетической регуляции. Поиск генотипических маркеров у пациентов с различной степенью тяжести акне и рубцами постакне представляет трудную задачу, что обусловлено многофакторным патогенезом и ролью триггерных факторов в формировании акне. На сегодняшний день в нескольких исследованиях выявлены различные SNP, связь которых с тяжестью течения акне не воспроизводилась в других исследованиях, а зачастую результаты носят противоречивый характер. Таким образом, сложность и многофакторность патогенеза акне и формирования рубцов постакне с участием различных наследственных компонентов требуют дальнейшего изучения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ (ЦКДЛ) МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ (МНПЦДК ДЗМ) В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОГО КОРОНАВИРУСА

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Полевщикова С.А., Микрюков А.В., Гуцин А.Е., Фриго Н.В.

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

Введение. 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила вспышку новой коронавирусной инфекции COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта – пандемией. Пандемия затронула многие страны мира, привела к человеческим жертвам, закрытию границ, остановке производств и отмене массовых мероприятий. В России наибольшее число инфицированных зарегистрировалось в городе Москве. В этой связи мэром города Москвы было принято решение оптимизировать работу по выявлению нового вируса COVID-19 за счет развертывания собственных, находящихся в столице, лабораторий для своевременного, быстрого и качественного тестирования населения города Москвы методом ПЦР. Одной из таких лабораторий стала Централизованная клинико-диагностическая лаборатория МНПЦДК ДЗМ.

Цель: оптимизировать работу ЦКДЛ МНПЦДК ДЗМ по проведению ПЦР-исследований в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

Результаты. До начала пандемии новой коронавирусной инфекции ЦКДЛ МНПЦДК ДЗМ не являлась профильной лабораторией по диагностике данной инфекции и выполняла исследования, направленные в основном на выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. В целях реорганизации работы ЦКДЛ по выявлению инфекции COVID-19 был проведен ряд организационных мероприятий, направленных на оптимизацию работы лаборатории и повышение ее пропускной способности. На первом этапе было проведено обучение сотрудников ЦКДЛ правилам работы с потенциально опасными биологическими агентами I-II групп патогенности. Обучение проводилось на базе ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора». Для обеспечения бесперебойного выполнения ПЦР-исследований был определен оптимальный состав сотрудников: первичный разбор образцов осуществляли 3 человека со средним медицинским образованием, регистрацию направлений – 3 человека с немедицинским образованием, экстракцию нуклеиновых кислот – 2 человека со средним медицинским образованием, приготовление реакционных смесей, ПЦР с обратной транскрипцией (RT-PCR -set up) – 2 человека со средним медицинским образованием, учет и выдачу результатов – 1 человек с высшим медицинским образованием. Всего было обучено 15 человек. Первоначально исследования по определению РНК вируса SARS-Cov-2 в полученном биологическом материале (соскобе из рото-

глотки или носоглотки) проводились ручными методами, и пропускная способность лаборатории составляла 1000 образцов в сутки. С целью увеличения пропускной способности ПЦР-исследований лаборатория в течение месяца была дооснащена 6 автоматическими станциями для экстракции нуклеиновых кислот и проведения исследования методом RT-PCR-set up (в том числе станцией дозирующей автоматической Microlab STARlet, Hamilton и станцией для выделения нуклеиновых кислот Freedom EVO, Tecan), что позволило увеличить объем выполняемых исследований до 2500 проб в сутки. За период работы ЦКДЛ с 20.03.2020 года по 13.07.2020 года методом ПЦР было протестировано 196414 биологических образцов, полученных от пациентов с подозрением на инфекцию SARS-Cov-2, в том числе от пациентов специализированных стационаров, осуществляющих лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией, от лиц, обратившихся самостоятельно, а также от сотрудников МНПЦДК ДЗМ. За указанный период времени инфекция была подтверждена у 20895 человек, что позволило выявить инфицированных лиц и назначить им соответствующее лечение.

Заключение. Проведенная за короткий срок (3,5 месяца) реорганизация работы лаборатории, в том числе автоматизация ПЦР-исследований, позволила увеличить пропускную способность лаборатории в четыре раза, а сочетание автоматизации с ручными методиками при существующем штатном расписании – в пять раз. Обучение персонала, комплексное дооснащение и автоматизация ЦКДЛ МНПЦДК ДЗМ позволили осуществлять своевременное ПЦР-тестирование и внести свой вклад в обнаружение новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди населения города Москвы.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

*Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Анохина Л.С., Мельниченко О.О., Томилин А.А.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», Москва*

Актуальность. Основным мероприятием по снижению смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) кожи, прежде всего меланомы, является их активное раннее выявление, в котором ведущую роль играет диспансеризация (ДС). Программа ДС позволила увеличить за 10 лет выявление меланомы на I-II стадиях с 68,6% в 2009 г. до 80,8% в 2019 г. Тем не менее, пятая часть меланом в 2019 г. была выявлена на поздних стадиях, что свидетельствует о недостаточной эффективности мероприятий по раннему выявлению. В соответствии с требованиями Порядка проведения ДС, утвержденного приказом МЗ РФ, к задачам терапевта отнесен прием пациентов с осмотром кожных покровов и слизистых, и последующим направлением на консультацию (конс.) онколога при подозрении на ЗНО. В то же время опыт МНПЦДК свидетельствует, что визуальный осмотр в большинстве случаев не позволяет исключить диагноз ЗНО кожи, что в свою очередь будет способствовать или недооценке, или гипердиагностике терапевтом ЗНО, с необоснованным направлением большого количества непрофильных пациентов к онкологу.

Возможным вариантом решения может стать включение в процесс ДС конс. дерматовенеролога, с проведением дерматоскопии.

Материалы и методы. Целесообразность включения конс. дерматовенеролога во 2 этап ДС оценивалась на основании результатов работы Центра неинвазивной диагностики кожи (ЦНДК) и кабинетов профилактики ЗНО кожи (Кабинеты) МНПЦДК, а также опыта взаимодействия МНПЦДК с ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» (ГКОБ № 1) по верификации диагноза у пациентов с подозрением на ЗНО кожи. Экономическая эффективность рассчитывалась на основании размеров тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС г. Москвы, определенных Тарифным соглашением на 2020 г. Результаты. Из 42,5 тыс. пациентов, обратившихся в Кабинеты в 1 полугодии 2020 г. с жалобами на НК, после конс. в ЦНДК подозрение на наличие ЗНО подтверждено в 3 % случаев (1,3 тыс. пациентов). Из них в ГКОБ № 1 к онкологу были направлены 462 пациента, остальные пациенты – направлены к терапевту для дообследования и последующей конс. онколога. Среди пациентов, направленных к онкологу, специалистами ЦНДК меланома была заподозрена в 234 случаях, базальноклеточный рак – 144 и плоскоклеточный рак – 92. В связи с невозможностью постановки точного диагноза без гистологического исследования (иссл.) части пациентов врачами ЦНДК были выставлены несколько направительных диагнозов под вопросом. Согласно сведениям ГКОБ № 1 из 462 направленных пациентов, за 1 полугодие 2020 г. было принято 396. Для подтверждения диагноза выполнялись цитологические (113 пациентов) и гистологические иссл. (224), сочетание цитологического и гистологического иссл. (16), иммуногистохимические иссл. (3). По итогам обследования онкологами меланома была подтверждена у 57 человек (чел.), базальноклеточный рак – 47, плоскоклеточный рак – 3, метатипический рак – у 1 чел. Таким образом, конс. пациентов дерматовенерологами Кабинетов и ЦНДК с дерматоскопическим иссл. позволила исключить ЗНО кожи у 97% пациентов (41,2 тыс. чел.). Однако если бы подозрение на ЗНО кожи было выявлено у этих пациентов в ходе ДС, терапевт в соответствии с требованиями порядка проведения ДС обязан был бы направить их к онкологу. В этом случае расходы ОМС на диагностику ЗНО у всех направленных к онкологу пациентов увеличились бы с учетом затрат на проведение биопсии и цитологического, гистологического или иммуногистохимического иссл., в том числе непрофильным пациентам. Экстраполировав данные по доле обследованных в ГКОБ № 1 лиц с подозрением на ЗНО кожи и учитывая размер тарифов ОМС на оплату исследований и консультаций, мы определили, что включение во 2 этап ДС конс. дерматовенеролога с проведением дерматоскопии позволит уменьшить в 3 раза средние расходы на обследование 1 пациента с подозрением на ЗНО кожи по сравнению со случаями направления всех пациентов с подозрением на ЗНО кожи к онкологу. Выводы. Включение во 2 этап ДС конс. дерматовенеролога с проведением дерматоскопии, в случае выявления пациента с подозрением на ЗНО по результатам визуального осмотра терапевтом, позволит не только улучшить раннее выявление ЗНО кожи и меланомы, но и обеспечить более эффективное расходование средств ОМС на проведение ДС за счет сокращения потока направления непрофильных пациентов к онкологу и более низких тарифов на дерматоскопию в сравнении с тарифами на биопсию кожи с проведением цитологического, гистологического или иммуногистохимического исследования.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСОРИАЗОМ В ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Мельниченко О.О.

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

Актуальность. Большинство исследователей псориаза сегодня рассматривается как папулосквамозный дерматоз мультифакториальной природы с генетической, липидной и иммуноопосредованной направленностью. Заболевание является одним из наиболее распространенных в популяции и встречается у 1–2% населения экономически развитых стран. Как в России, так и за рубежом распространенность псориаза продолжает расти. Ввиду тенденции к увеличению доли тяжелых, инвалидизирующих форм псориаза, не вызывает сомнения актуальность организационной работы, ключевым аспектом которой является контроль над заболеванием и своевременный пересмотр терапевтической стратегии в целях недопущения утяжеления патологического процесса, деструктивных изменений костно-суставного аппарата, снижения качества жизни, инвалидизации.

Материалы и методы. Организационно-методическим отделом по дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (далее – Центр) проанализированы сведения о пациентах с диагнозом «псориаз», находящихся под наблюдением врачей-дерматовенерологов Центра, включая данные о нозологической структуре, тактике ведения, частоте госпитализаций в стационары Центра дневного и круглосуточного пребывания (далее – стационары).

Результаты. В результате анализа установлено, что под наблюдением в филиалах/структурных подразделениях Центра состоит 14 061 пациент с диагнозом псориаз, из которых 878 (6,2%) имеют инвалидность. Нозологическая структура распределена следующим образом: псориаз обыкновенный L 40.0 – 12 551 пациент; генерализованный пустулезный псориаз L 40.1 – 17; акродерматит стойкий L 40.2 – 3; пустулез ладонный и подошвенный L 40.3 – 257; псориаз каплевидный L 40.4 – 95, псориаз артропатический L 40.5 – 707; другой псориаз L 40.8 – 431. Доля пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом, получающих фототерапию и системные препараты, составляет 14% от общего числа пациентов, находящихся под наблюдением: фототерапию получают 9,8% пациентов, 3,3% получают системную терапию метотрексатом, ацитретином, циклоспорином, глюкокортикостероидами, 1% – терапию с применением генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП). В 2019 году и истекшем периоде 2020 года (по 31.05.2020) в условиях стационаров Центра получили лечение 3930 пациентов с диагнозом псориаз, в том числе – в рамках высокотехнологичной медицинской помощи. Следует отметить, что ряд пациентов госпитализировались неоднократно. Пациенты со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания, в том числе при наличии псориатического артрита, поражении свыше 10% кожных покровов, частоте госпитализаций в стационары свыше 1 раза в год направляются в консультативное отделение

«Отдела оказания специализированной медицинской помощи» Центра. В консультативном отделении осуществляются консультации профессорско-преподавательским составом Центра, уточняется тактика ведения, в случае необходимости принимается решение о назначения терапии с применением ГИБП.

Заключение. Анализ сведений о пациентах показал, что в нозологической структуре преобладает псориаз обыкновенный (89,3%), затем следует артропатический псориаз (5,03%) и другой псориаз (3,1%), пустулез ладонный и подошвенный (1,8%), остальные формы (псориаз каплевидный, генерализованный пустулезный псориаз, акродерматит стойкий Аллопо) составляют менее 1%. Доля пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза, получающих фототерапию и терапию цитостатиками, ретиноидами и глюкокортикостероидами, составляет 13%. Пациенты, получающие терапию с применением ГИБП, составляют 1%. Выбор метода лечения осуществляется с использованием принципа ступенчатой терапии. В случае недостаточной эффективности/ непереносимости системной терапии псориаза осуществляется своевременная коррекция тактики ведения пациента, в частности, рассматривается вопрос о переводе пациента на терапию ГИБП. Такая стратегия позволяет купировать клинические симптомы заболевания, достигать ремиссии или минимальной активности, предупреждать рентгенологическое прогрессирование, а также способствует увеличению продолжительности и качества жизни пациентов, снижает риск развития коморбидных состояний.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИЕЙ

Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Внукова О.Л., Коновалова З.Н., Мингазова Л.Р.

Кафедра кожных болезней и косметологии, факультет последипломного образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Постгерпетическая невралгия (ПГН), болезненное состояние, которое классифицируется как боль которая сохраняется 90 дней и более после реактивации вируса герпеса 3 типа. Возникновение, формирование, развитие и подавление нейропатической боли связано с периферическими и центральными факторами. Периферическая сенситизация обусловлена длительным потоком болевой импульсации, который исходит из поврежденного вирусом сегмента кожи, прилежащих нервов, далее информация транслируется в дорсальные рога спинного мозга, где находятся нейроны, которые являются первыми интегративными центрами в ЦНС. В результате избыточной сенситизации дорсальных ядер спинного мозга, повышенной ноцицептивной импульсации, которая транслируется в центральные отделы алгической системы происходит нарушение тормозных процессов в этих структурах. Таким образом, для эффективной терапии ПГН патогенетически обоснованным методом коррекции является не только влияние на центральные механизмы боли, но и воздействие на периферическую сенситизацию. На данный момент, в терапии ПГН основной акцент делается на применение антиконвульсантов и антидепрессантов, которые воздействуют на

центральные механизмы боли. Отмечается плохая переносимость этих препаратов, особенно среди пожилых людей. Воздействие на периферическую сенситизацию в структуре болевого феномена при ПГН является малоизученной, актуальной проблемой. Основываясь на отечественном и мировом опыте применения ботулотоксина типа А (БТА) при различных видах боли и невралгиях, было проведено исследование, в котором были изучены изменения в коже на фоне перенесенного опоясывающего герпеса. Дана оценка влияния ботулотоксина на морфологию кожи в области измененной ПГН и с контрольной стороны. В исследовании приняли участие, 32 пациента с ПГН, у которых была определена площадь ПГН, произведено исследование кожи в ультрафиолете, УЗИ кожи., Пациенты были осмотрены неврологом, границы измененной чувствительности определялись методом фон Фрея, интенсивность боли до и после лечения оценивалась по шкале ВАШ, а также характер боли изучался с помощью опросника Мак-Гилла. После обследования, производились Внутриможностные и подкожные инъекции ботулинического токсина в стандартном разведении (восстановление 1 флакона 100-единичного ботулотоксина типа А 2 мл раствора NaCl 0,9%) из расчета 1 ед. на вкол шаг 1 см, в области с наиболее выраженными нарушениями чувствительности шаг 0,5 см на вкол. Пациентам с ПГН 1 ветви тройничного нерва, во избежание асимметрии ботулотоксин вводили симметрично в здоровую сторону. Результаты оценивались на 10 и 30 дни после ботулинотерапии.

Выводы, которые получены после исследования: 1. Было отмечено практически полное совпадение границ измененной чувствительности на которые указывали пациенты, с границами изменения пигментации кожи которые мы видим при исследовании кожи в ультрафиолете и не визуализируем в обычном свете. 2. Изменения пигментации, которые можно сравнить со снимками до лечения и таким образом также оценить изменение границы измененной кожной чувствительности, где четко определяется уменьшение площади и интенсивности пигментации, что также соответствует изменениям ощущений пациента – боль стала менее интенсивная, затрагивает меньшую зону. 3. При высокочастотной ультрасонографии отмечается увеличение средней толщины дермы и увеличение средней акустической плотности дермы, что является следствием увеличения синтеза волокнистых компонентов и увеличения количества межклеточного матрикса. В среднем изменение плотности дермы составило 4,8%. 4. По Визуальной аналоговой шкале, шкале Мак-Гилла отценевалось изменение интенсивности боли, зуда и аллодинии (на 10 и 30 дни). В среднем по всем возрастным группам количество баллов по шкале ВАШ составило 5,8 балла, после лечения на 30 день 3,2 балла. Основываясь на результатах ботулинотерапии, чем младше был пациент тем на большее количество баллов уменьшалась боль. 5. У Пациентов, которым провели ботулинотерапию до 1 года с момента начала ПГН, отмечается более выраженное увеличение плотности дермы ($6,2 \pm 1,5$ в первой группе против $3,4 \pm 1,3$ во второй), а также практически в 2 раза больше по сравнению со второй группой уменьшилась площадь ПГН.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ПРИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВАХ

Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Петунина В.В., Внукова О.Л.

Кафедра кожных болезней и косметологии, факультет последипломного образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Больная А., 44 года обратилась с жалобами на незаживающие раны, множественные рубцы на ногах. Из анамнеза: 8 месяцев назад попала в аварию, в результате которой получила множественные повреждения глубоких и поверхностных вен. Было проведено хирургическое лечение с целью восстановления стенок сосудов. Наблюдается у сосудистого хирурга. Применяет антибактериальные мази и повязки с целью заживления ран. Сопутствующие заболевания: отсутствуют. Объективно: общее удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розового цвета, кожные покровы в области ног красносинюшного оттенка, пастозные, температура нормальная, чувствительность сохранена. На передней поверхности левой и правой голени, определяются дефекты тканей в виде трофических язв (размеры 25 мм на 30 мм, 20 мм на 25 мм, 20 мм на 15 мм) кожа вокруг язв отечная, уплотнена, чувствительность снижена. Отделяемое ран серозно-геморрагическое, гнойное содержимое отсутствует. Отмечаются множественные атрофические рубцы, гиперпигментированные. Диагноз: венозная недостаточность, трофические язвы. В виду неэффективности лечения, больной было предложено принять участие в исследовании применение ботулинического токсина в лечении трофических язв и рубцов. Была произведена фотофиксация, измерение площади пораженного участка. Оценка боли и границ измененной чувствительности метод Фон-Фрея. После предварительной обработки антисептиком, пациентке была проведена ботулинотерапия (ботулинический токсин тип А, восстановленный 0,9% раствором натрия хлорида, в разведении 1 к 3 натрием хлоридом 0,9%, полученный раствор в количестве 0,1 мл на вкол с шагом 5мм по краю раны отступив 3 мм, а также в атрофические рубцы (схема введения 0,1 мл на вкол с шагом 5 мм по окружности рубца и в сам рубец). Больная продолжала применять мазь «Сульфаргин» местно, после предварительной обработки антисептиками.

Результаты: после проведенной ботулинотерапии с 3го дня, пациентка стала отмечать стягивание краев трофической язвы, кожа вокруг язвы стала более бледная, к 10 му дню глубина и размер (23 на 26 мм) язвы уменьшились. Атрофический рубец «поднялся», гиперпигментация стала менее выраженная.

Выводы. Применение ботулинического токсина показало хорошую эффективность и переносимость у данной пациентки в лечении трофических язвы и рубцов. Необходимо дальнейшее изучение применения БТА при данной патологии.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ НА КУРСАХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ- ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

*Потекаев Н.Н., Хамаганова И.В., Петунина В.В.
Кафедра кожных болезней и косметологии,
Факультет дополнительного профессионального
образования, Российский национальный
исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова*

В весеннем семестре 2020 года в связи с пандемией COVID-19 SARS-2 кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова полностью перешла на дистанционное обучение. Ранее нами был накоплен опыт чтения единичных дистанционных лекций во время циклов повышения квалификации в других городах.

С марта по июнь 2020 года на кафедре было проведено 3 цикла повышения квалификации дерматовенерологов и 2 цикла повышения квалификации косметологов.

При полностью дистанционном обучении сохранялись все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения). К очевидным достоинствам такого цикла можно отнести доступность обучения везде, где есть Интернет, возможность задавать вопросы и проводить обсуждения, экономить время на дорогу до клиники (что особенно существенно для такого мегаполиса, как Москва). В условиях, когда дерматологические стационары были перепрофилированы в инфекционные, для дистанционного обучения не требовалась дополнительная аренда помещений.

В тех случаях, когда позволял рабочий график, дистанционное обучение можно было сочетать с работой.

Тем не менее, недостатки дистанционного обучения дерматовенерологов и косметологов весьма значительны. Так, полностью отсутствует возможность клинических обходов, консультаций в амбулаторных отделениях, обсуждений и разборов у постели больного. Многие диагностические и лечебные методы можно было продемонстрировать в виде либо видеозаписей, либо, что происходило чаще, рассмотрения схем, рисунков, условной демонстрации преподавателем той или иной манипуляции.

Таким образом, мы можем рекомендовать дистанционное обучение как элемент циклов повышения квалификации дерматовенерологов и косметологов, который обязательно должен быть дополнен очными занятиями и работой в клинике. Для случаев, подобных пандемией COVID-19 SARS-2, когда очное обучение исключается полностью, необходимо иметь запас видеоматериалов по всем необходимым разделам.

СИФИЛИС В ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

*Прожерин С.В.
Свердловский областной центр профилактики и
борьбы со СПИД, Екатеринбург*

В последнее десятилетие в ряде стран мира с высоким уровнем дохода регистрируется рост заболеваемости сифилисом. В наибольшей степени, но не исключительно,

это касается когорты мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ). Так, по сведениям Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC) в 2007–2017 гг. в странах ЕС МСМ составляли 62% от общего числа больных сифилисом с установленным путем заражения (в 2017 г. – 77 %). При этом 95% лиц с коинфекцией ВИЧ/сифилис в 2014–2017 гг. являлись МСМ. Появились сообщения о высоком уровне заболеваемости сифилисом среди ВИЧ-позитивных МСМ и в некоторых субъектах Российской Федерации. Результаты биоповеденческого исследования (Подымова А.С., г. Екатеринбург, 2016 г.) уязвимых к ВИЧ групп населения продемонстрировали распространенность рискованных сексуальных практик среди МСМ, преимущественно связанных с числом половых партнеров и частым отказом от использования презервативов.

Цель. Оценить в популяции больных сифилисом мужчин с положительным ВИЧ-статусом удельный вес когорты МСМ, изучить возрастной состав и свойственные ей клинические формы сифилитической инфекции.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 112 ВИЧ-позитивных мужчин в возрасте от 18 до 60 лет с впервые установленным диагнозом сифилиса в ГБУЗ «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» в 2010–2019 гг. Пациенты разделены по половой ориентации на две группы: в 1-ю группу вошло 30 МСМ, во 2-ю – 82 мужчины, практикующие гетеросексуальные контакты. При анализе динамических рядов применялся метод укрупнения интервалов (2010–2014 гг. и 2015–2019 гг.) При оценке статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение. Медиана возраста, в котором был обнаружен вирус иммунодефицита человека у исследуемых пациентов, составляла в 1 группе – 27 лет, во второй – 33 года. На момент выявления сифилиса средний возраст ($M \pm m$) мужчин в первой группе составил $31,1 \pm 1,3$ лет, во второй – $36,7 \pm 0,8$. Среди больных сифилисом мужчин с положительным ВИЧ-статусом доля МСМ во втором изучаемом пятилетнем периоде (2015–2019 гг.) статистически значимо ($\chi^2 = 5,861$; $p = 0,016$) увеличилась при сравнении с показателями 2010–2014 гг. (35% против 14%). Наибольший рост удельного веса МСМ с коинфекцией зарегистрирован в 2019 г. Если в 2018 г. МСМ составляли 25% от общего числа заболевших сифилисом ВИЧ+ лиц мужского пола, то в 2019 г. их доля достигла 56%. Ранние формы сифилиса выявлялись чаще ($\chi^2 = 7,588$; $p = 0,006$) у МСМ (83% против 55%). В целом в 2010–2019 гг. среди МСМ преобладали пациенты с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, составившие 43% в структуре клинических форм сифилитической инфекции. Среди мужчин второй группы преобладали больные со скрытыми формами заболевания (63%). При постановке на учет по поводу ВИЧ-инфекции выявлен 41% от числа всех мужчин с коинфекцией, остальные – при ежегодном скрининге во время диспансерного наблюдения.

Выводы. В популяции ВИЧ-позитивных мужчин Свердловской области, страдающих сифилисом, в последние годы наметился отчетливый тренд по увеличению доли МСМ. В структуре заболеваемости сифилисом в когорте ВИЧ+ МСМ преобладают манифестные формы, представляющие наибольшую эпидемиологическую опасность. Проведение скринингового серологического исследования на сифилис при установлении диагноза ВИЧ-инфекции и далее ежегодно позволяет активно выявлять больных с коинфек-

цией. Для ранней диагностики сифилиса целесообразно увеличить сексуально активным ВИЧ-позитивным МСМ до 1 раза в 6 месяцев кратность такого скрининга при диспансерном наблюдении по ВИЧ-инфекции. Повышение осведомленности МСМ, инфицированных ВИЧ, по вопросам правильного и постоянного использования презервативов при анальных и орогенитальных контактах – важное звено в составе всестороннего комплекса мер профилактики заражения заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая сифилис, в данной когорте.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

*Рахматов А.Б., Карабаева И.Т., Халдарбеков М.К.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии
Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан, Ташкент*

Буллезный эпидермолиз относится к группе генодерматозов, отличающийся полиморфизмом кожных и внекожных симптомов заболевания.

Целью настоящего исследования являлось составление Национального Регистра больных буллезным эпидермолизом и разработка медико-социальной помощи данным пациентам.

За период 2017–2020 гг. в республике выявлено 225 больных с различными формами буллезного эпидермолиза, причем простая форма установлена у 149 (66,2%), пограничная – у 1 (0,4%) и дистрофическая – у 74 (32,9%) больных, а также один случай (0,4%) синдрома Киндлера. Среди 225 больных буллезным эпидермолизом лиц мужского пола было 126 (56,0%) и женского – 99 (44,0%). Постановка диагноза основывалась не только на классических проявлениях заболевания, но и на данных гистологических, иммуногистохимических и генетических исследований. Одним из симптомов буллезного эпидермолиза является болезненность и дискомфорт в очагах поражений, который был выявлен у 24,8% больных с простой формой генодерматоза и в 100% – с дистрофической формой заболевания. Обращает на себя внимание факт близкородственных браков, который был установлен у 169 из 225 (75,1%) больных, причем наблюдались семьи, где случаи буллезного эпидермолиза прослеживались в нескольких поколениях. У больных с дистрофической формой буллезного эпидермолиза, особенно с рецессивным типом наследования, был довольно высок процент выявления псевдосиндактилий. Внекожные осложнения в основном выявлялись у больных с дистрофической формой буллезного эпидермолиза в виде стеноза пищевода, тотального кариеса, что требовало хирургического вмешательства. При лечении больных с различными формами буллезного эпидермолиза была использована гуманитарная помощь, предоставленная Благотворительным Фондом «Дети-бабочки» (Россия). Создание мультидисциплинарной бригады врачей различных специальностей, системы патронажа (социальные работники) и организация стационарного отделения для генодерматозов значительно улучшило обслуживание пациентов с буллезным эпидермолизом и определило перспективные направления изучения патогенеза и лечения данного заболевания.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

*Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Давуров А.М.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии
Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан, Ташкент*

Кожный лейшманиоз является одним из распространенных природно-очаговых заболеваний. Сложности могут возникнуть при диагностике и лечении данного дерматоза. Целью настоящего исследования являлось разработка алгоритма микробиологического обследования и разработка метода этиопатогенетической терапии больных кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 120 больных (мужчин – 69, женщин – 51) кожным лейшманиозом, средний возраст которых составлял $28,7 \pm 1,3$ лет. Согласно клиническому проявлениям остронекротизирующий (сельский) тип кожного лейшманиоза установлен у 76 (%) больных, позднотрофический (городской) тип – у 36 (%) и металеишманиоз – у 8 (%) больных. Давность заболевания составляла от 20 дней до 12 месяцев. Было установлено учащение городского типа кожного лейшманиоза на 32%, когда у детей очаги располагались на коже лица, а у взрослых – на коже верхних и нижних конечностей. Всем пациентам проведены микробиологические исследования (микроскопия возбудителя) с последующим посевом на стандартную среду NNN. Были получены образцы чистой культуры *Leishmania Sps.* у 51 из 120 (42,5%) больных, которые были использованы для изучения антипаразитарного действия чистой субстанции гассипола на *Leishmania Sps. in vitro*. Проведенные исследования позволили применить при наружной терапии мазь с содержанием гассипола, которая наносилась на очищенные от вторичной инфекции язвенные и бугорковые элементы 2 раза в день под повязку. Контрольные бактериологические исследования на лейшманию проводились до и после терапии с очагов поражений, причем через 14 дней лейшманию были выявлены лишь 9 из 120 (7,5%) больных кожным лейшманиозом. Таким образом, в последние годы отмечается патоморфоз кожного лейшманиоза, заключающийся в учащении городского типа и металеишманиоза. Проведение культуральных исследований позволило в комплексной терапии больных с различными типами кожного лейшманиоза применить гассипол, оказывающий антилейшмицидный эффект, что клинически выражалось в ускоренной элиминации возбудителя из очагов поражений и очищении лейшманиозных язв и их эпителизации в 1,5 раза быстрее, чем при стандартном лечении.

ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ: ОТБОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ АДАПТАЦИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

*Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Московский научно-
практический Центр дерматовенерологии и
косметологии Департамента здравоохранения
Москвы», Москва;*

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья»; Феде-

ральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Введение. Диагностика и лечение первично психической патологии с аутодеструктивным поведением в отношении волос – трихотилломании (ТТМ) представляет собой сложную междисциплинарную проблему. Больные ТТМ часто обращаются к дерматологам, хотя основным методом лечения является психокорректирующая терапия. Результаты предыдущих работ по изучению ТТМ на базе отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «МН-ПЦДК ДЗМ» продемонстрировали психопатологическую гетерогенность ТТМ (стилей патологической аутоэкстракции волос: компульсивного, импульсивного, диссоциативного) и эффективность дифференцированной терапии с ее учетом. Диагностику типа ТТМ может значительно облегчить применение специальных психометрических инструментов. Инструменты на русском языке, подходящие для решения данных научно-практических задач, не разработаны.

Цель: выбрать для адаптации на русском языке психометрический инструмент, позволяющий осуществлять типологизацию ТТМ с учетом стиля патологической аутоэкстракции волос.

Задачи: На основе литературы провести анализ доступных психометрических инструментов для дифференциации трихотилломании; выбрать опросник, наиболее соответствующий поставленной цели.

Материалы. Поиск доступных психометрических инструментов в базе научных данных PubMed.

Методы. Поиск и анализ психометрических инструментов по поисковым запросам «trichotillomania» и «scale»/«measure».

Результаты. В соответствии с указанным поисковым запросом в базе PubMed обнаружено 282 научных источника. В данных источниках проведен анализ использованных психометрических инструментов по диагностике ТТМ. Большинство обнаруженных опросников представляют собой шкалы по оценке тяжести симптомов ТТМ: самоопросники для заполнения пациентами (например, Massachusetts General Hospital Hairpulling Symptom Severity Scale) или полуструктурированные интервью для заполнения обученным врачом (например, Psychiatric Institute Trichotillomania Scale). Поставленной на данном этапе цели – выбору для адаптации на русском языке опросника по диагностике стиля патологической экстракции ТТМ – в наибольшей мере соответствует предложенный С.А. Flessner с соавторами в 2008 г. самоопросник – Milwaukee Inventory of Subtypes of Trichotillomania – Adult Version (MIST-A), на основании которого оценивается преобладание у пациента «сфокусированной» или «автоматической» аутоэкстракции волос. По данным нашей предыдущей работы «сфокусированная» аутодепиляция в наибольшей мере соответствует установленным ранее компульсивному и импульсивному типам ТТМ, «автоматическая» – диссоциативному типу ТТМ, однако данная гипотеза требует проверки в специально спланированном исследовании.

Выводы. Большинство существующих на данный момент опросников при ТТМ посвящены оценке тяжести этого расстройства. Для адаптации на русском языке выбрана шкала MIST-A для определения «сфокусированного» или «автоматического» типа ТТМ, что в наибольшей мере соответствует полученным ранее результатам нашей работы по психопатологической вариативности ТТМ. С учетом того, что выбранный опросник не в полной мере может

соответствовать полученным ранее результатам, актуальной представляется разработка собственного психометрического инструмента, позволяющего дифференцировать стили аутоэкстракции (компульсивный, импульсивный, диссоциативный).

ПРИМЕНЕНИЕ БИОТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ РЕЦЕССИВНОМ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ

Рубаненко М.В., Мантурова Н.Е., Потекаев Н.Н., Устюгов А.Ю., Зорин В.Л., Зорина А.И.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Москва*

С течением времени человечеством приобретает огромное количество генетических мутаций, которые клинически могут проявиться в виде редких – орфанных (англ. rare disease, orphan disease) заболеваний и патологий. Рецессивный дистрофический врожденный буллезный эпидермолиз – орфанное заболевание, которое является одним из самых разрушительных мультиорганных генодерматозов. Оно обусловлено мутацией гена COL7A1 (рецессивно), который кодирует коллаген VII типа (якорные фибриллы), отвечающий в свою очередь за дермоэпидермальное соединение в коже. Этиопатогенетического лечения на сегодняшний день не существует, в связи с этим разрабатываются новые подходы к терапии с применением в том числе клеточных технологий.

Цель работы – изучить возможность применения аллогенных дермальных фибробластов кожи для восстановления и поддержания целостности кожного покрова при рецессивном дистрофическом врожденном буллезном эпидермолизе.

Задачи. 1. Оценить эффективность применения аллогенных дермальных фибробластов при рецессивном дистрофическом врожденном буллезном эпидермолизе. 2. Изучить длительность сохранения целостности кожного покрова. 3. Оценить качество кожного покрова по результатам клеточной терапии.

Материалы и методы исследования. Материал: аллогенные дермальные фибробласты кожи. Метод: аллогенные дермальные фибробласты кожи (отбор и стимуляция только функционально активных клеток) выделены из 4 мм биоптата кожи заушной области и культивированы до достижения клинически значимой концентрации 15 млн клеток/мл. Клетки вводятся пациенту в дермальный слой кожи по краям ран линейной техникой с помощью иглы 32G длиной 12 мм на границе с пораженными областями. Пациент Н. 26 лет, Диагноз: Q81.2 Рецессивный дистрофический буллезный эпидермолиз, поставлен с рождения. При объективном осмотре у пациента на теле, нижних и верхних конечностях на фоне гиперемии визуализируется нарушение целостности кожных покровов, в виде пузырей и язв, корками на заживающих участках, признаков бактериальной и/или грибковой инфекции нет. В области спины, груди и верхних конечностей отмечается наличие целостных кожных лоскутов физиологической окраски. С декабря 2019 года по настоящее время пациент получает терапию аллогенными дермальными фибробластами кожи. При подготовке к процедуре общие показатели физического осмотра и результаты лабораторных и инструментальных

методов исследований в пределах референтных значений. Процедура проводится в условиях малой операционной. Кожа обрабатывается раствором антисептика (водный раствор Хлоргексидина). По краям ран интрадермально линейной техникой иглой 32G 12 мм введены аллогенные дермальные фибробласты кожи в количестве около 120 млн в общем объеме. При осмотре через 3 месяца наблюдалась реэпителизация пораженных областей, уменьшение количества пузырей и язв. Кожа более плотная, менее чувствительна и болезненна к воздействию внешних факторов. Качество жизни улучшилось за счет уменьшения травматичности кожных покровов, снижения частоты использования перевязочного материала, легкости обработки ран, повышения общей физической подвижности пациента. При проведении повторной процедуры, через 8 месяцев наблюдается заметная динамика улучшений. Отмечается лучшая реэпителизация ткани, отсутствие и/или значительное уменьшение пузырей и язв на обработанных участках, что приводит к повышению качества жизни.

Выводы 1. Применение аллогенных дермальных фибробластов кожи при рецессивном дистрофическом врожденном буллезном эпидермолизе клинически может быть перспективно для воссоздания целостности кожного покрова и требует дальнейших исследований. 2. На 3-й месяц после процедуры отмечается самостоятельная реэпителизация тканей, сохраняющаяся в течение 8 месяцев. 3. Кожные покровы менее подвержены травматизации и менее чувствительны к воздействию внешних факторов. 4. Осложнений и нежелательных эффектов не наблюдается.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ В РАСПОЗНАВАНИИ МЕЛАНОМЫ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ОПЫТНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

Сергеев Р.А., Волкова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Цель исследования: сравнить эффективность использования основных дерматоскопических алгоритмов в распознавании меланомы врачом общей практики и опытным специалистом. Для исследования, среди основных дерматоскопических алгоритмов, были выбраны следующие алгоритмы: трех признаков (АТП) и ABCDE Штольца. В первом оцениваются в баллах три наиболее значимые для меланомы признака – наличие атипичной пигментной сети, наличие бело-голубых структур и наличие асимметрии пигментации и строения. Знание этих трех признаков позволяет начинающему специалисту вычленив образования, подозрительные на меланому кожи, либо направить такого пациента к более опытному специалисту, или выполнить иссечение образования для гистологического исследования. Алгоритм ABCDE Штольца, который основан на количественной оценке таких признаков меланомы, как асимметрия, неравномерность границ, полихромия, и наличие следующих дерматоскопических структур: пигментная сеть, бесструктурные участки, точки, глобулы, полосы. На основании количественного определения нали-

чия этих признаков рассчитывается дерматоскопический индекс, дискриминационным значением которого считается более 5,45 балла. Образования, дерматоскопический индекс которых соответствует данному диапазону значений, подлежат удалению с последующим гистологическим исследованием. В качестве материала для исследования было взято 100 изображений пигментированных новообразований и «Золотой стандарт» из базы данных ISDIS Международного общества цифровой визуализации кожи. Результаты собственных исследований как врача общей практики и результаты исследований опытного специалиста регистрировали в электронной базе данных с помощью табличного редактора Excel, где записывали баллы к каждому алгоритму. Подсчитав баллы, сверили их с «Золотым стандартом». Расчетные показатели: Диагностическая чувствительность (ДЧ) – $(a / (a + c)) 100\%$; Диагностическая специфичность (ДС) – $(d / (d + b)) 100\%$; Диагностическая эффективность (ДЭ) – $(ДЧ + ДС) / 2$; Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) – $(a / (a + b)) 100\%$; Прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР) – $(d / (c + d)) 100\%$. Результаты исследования опытным специалистом по 3 признакам: ДЧ – $(16 / (16 + 9)) 100\% = 64\%$ ДС – $(54 / (54 + 21)) 100\% = 72\%$ ДЭ – $(64 + 72) / 2 = 68\%$ ПЦПР – $(16 / (16 + 21)) 100\% = 43\%$ ПЦОР – $(54 / (9 + 54)) 100\% = 85\%$. Результаты исследования врачом общей практики по 3 признакам: ДЧ – $(21 / (21 + 4)) 100\% = 84\%$ ДС – $(23 / (23 + 52)) 100\% = 30\%$ ДЭ – $(84 + 30) / 2 = 57\%$ ПЦПР – $(21 / (21 + 52)) 100\% = 28\%$ ПЦОР – $(23 / (4 + 23)) 100\% = 85\%$.

Оценивая результаты можно констатировать, что ДЧ была выше при анализе изображений врачом общей практики, в то время как ДС – опытным специалистом. ДЭ оказалась выше на 11% при оценке опытным специалистом. ПЦОР была одинаковой (85%), ПЦПЖ – значительно выше при оценке опытным специалистом (на 35%). В связи с этим алгоритм по трем признакам может быть рекомендован к использованию на первичном приеме пациентов. Отметим низкую ДЧ при анализе дерматоскопических изображений опытным специалистом (64%). Это можно объяснить частым отсутствием пигментной сети в злокачественных меланомах (более 50% случаев), а также не всегда определяемым симптомом бело-голубой вуали (только меланомы в фазе вертикального роста). Результаты исследования опытным специалистом по ABCDE: ДЧ – $(17 / (17 + 8)) 100\% = 68\%$ ДС – $(60 / (60 + 18)) 100\% = 78\%$ ДЭ – $(68 + 78) / 2 = 73\%$ ПЦПР – $(17 / (17 + 18)) 100\% = 48\%$ ПЦОР – $(60 / (8 + 60)) 100\% = 88\%$. Результаты исследования врачом общей практики по ABCDE: ДЧ – $(20 / (20 + 6)) 100\% = 76\%$ ДС – $(37 / (37 + 37)) 100\% = 50\%$ ДЭ – $(76 + 50) / 2 = 63\%$ ПЦПР – $(20 / (20 + 37)) 100\% = 35\%$ ПЦОР – $(37 / (6 + 37)) 100\% = 86\%$. Оценивая результаты алгоритма ABCDE можно констатировать, что ДЧ была также незначительно выше при анализе врачом общей практики, а ДС – опытным специалистом. ДЭ оказалась выше на 13,7% при оценке опытным специалистом. ПЦОР была сопоставимой, ПЦПЖ – выше при оценке опытным специалистом (на 27,1%). Учитывая, лучшие показатели при оценке опытным специалистом, а также значительную трудоемкость ABCD алгоритм целесообразно применять врачом-специалистом (дерматологом, онкологом). Диагностические алгоритмы диагностики меланомы могут с успехом применяться как врачами общей практики, так и врачами специалистами. При этом алгоритм по трем признакам предпочтительно использовать на первичном приеме пациентов, а ABCDE алгоритм опытными специалистами в области дерматоскопии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У МУЖЧИН

*Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Катунина О.Р.
Федеральное государственное казенное
учреждение, Поликлиника № 2; Московский научно-
практический центр дерматовенерологии и
косметологии Департамента здравоохранения
Москвы, Москва*

Генитальный склероатрофический лихен (ГСАЛ) у мужчин – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительно-дистрофическими, фиброзно-склеротическими и атрофическими изменениями кожи. Его осложнения – рубцовый фимоз, парафимоз, стриктура уретры усложняют существующую медико-социальную проблему. За более чем 100-летнее существование ГСАЛ рассматривают как ксеротический облитерирующий баланопостит, крауроз полового члена, как разновидность красного плоского лишая или ограниченной склеродермии. По мнению других исследователей, этот дерматоз является самостоятельным заболеванием с четко очерченными клиническими и гистологическими признаками. ГСАЛ встречается у специалистов различного профиля: дерматологов, урологов, хирургов, педиатров, что затрудняет его нозологическую определенность.

Цель исследования. Изучить клинические особенности ГСАЛ у мужчин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 101 больной мужского пола с диагнозом ГСАЛ, в возрасте от 18 до 70 лет (в среднем $36,8 \pm 12,7$ лет). В ходе исследования были проанализированы жалобы, предъявляемые пациентами с различными формами течения ГСАЛ, и отмечены особенности клинического проявления различных форм заболевания.

Результаты. Чаще всего больные жаловались на белесовато-синеватые очаги на головке полового члена (27%), трещины крайней плоти наблюдались у 23% пациентов; невозможность выведения головки полового члена из препуциального мешка у 20% больных, затруднение при выведении и вправлении головки полового члена из препуция у 17%; разбрызгивание струи мочи при мочеиспускании у 6% пациентов; у 3% пациентов отмечалось подтекание мочи. Дискомфорт и болезненность во время и/или после полового акта отмечали 16% больных. По длительности заболевания больные распределялись следующим образом: у большинства пациентов (63%) заболевание длилось от 6 месяцев до 3 лет, у 18% пациентов этот показатель составил 3–5 лет, 14% пациентов отмечали наличие заболевания менее 6 месяцев и 5% – более 5 лет. При осмотре обращали на себя внимание следующие клинические признаки ГСАЛ: у большинства пациентов (46%) наблюдался стенозирующий склеротический постит в виде сужения крайней плоти различной степени стянутости, представленный кольцевидной склеротической бляшкой, белесовато-синеватого цвета на внутреннем листке препуция; у 28% больных отмечено наличие фимоза, не позволяющего обнажить головку полового члена; у 30% пациентов были трещины крайней плоти, линейные белесоватые рубцы; у 16% пациентов наблюдались белесовато-синеватые бляшки на головке полового члена; в 9% случаях выявлены белесовато-синеватые бляшки и/или очаги атрофии на головке полового члена с телеангиэктазиями/петехиями на поверхности; у 7% – выраженное сужение отверстия уретры; у 8% пациентов имел место парафимоз.

Заключение. Клинические особенности генитального склероатрофического лихена у мужчин характеризуются преимущественным поражением наружного и внутреннего листков крайней плоти у 65% больных; признаки поражения головки полового члена имели 19% больных; в части случаев в патологический процесс вовлекалась уретра у 7% пациентов. На сегодняшний день ГСАЛ представляет немалый клинический интерес для дерматологов, учитывая его полиморфизм, длительное существование, определенные диагностические трудности и проблемы терапевтического характера.

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРАЖЕННОЙ КОЖЕ МУЖЧИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ И РУБЦОВЫМ ФИМОЗОМ

*Соколова А.А., Катунина О.Р.
Федеральное государственное казенное
учреждение «Поликлиника № 2»; Государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Московский научно-практический Центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения Москвы», Москва*

Генитальный склероатрофический лихен (ГСАЛ) у мужчин сопровождается воспалительно-дистрофическими, фиброзно-склеротическими и атрофическими изменениями кожи гениталий, приводящими к развитию рубцового фимоза, парафимоза, стеноза уретры. Считают, что основным моментом при развитии фиброза является активация резидентных фибробластов с последующим увеличением пула миофибробластов, синтезирующих фибриллярные белки. В последние десятилетия получены данные о том, что другим механизмом возникновения миофибробластов является эпителиально-мезенхимальная трансформация (ЭМТ), подразумевающая возможность приобретения эпителиальными клетками свойств, характерных для мезенхимальных клеток. Исследования по изучению признаков ЭМТ и оценки ее роли в патогенезе ГСАЛ не проводилось. Цель исследования. Провести сравнительный анализ патоморфологических изменений и исследовать показатели экспрессии маркеров ЭМТ в очагах поражения у больных ГСАЛ и рубцовым фимозом. Материалы и методы. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование операционного материала пораженной кожи проведено соответственно у 35 и 30 пациентов. I-я группа – больные ГСАЛ; II-я группа – больные с клиническими изменениями, диагностированными до гистологического исследования как рубцовый фимоз; группу сравнения составил материал, полученный от здоровых мужчин в процессе хирургического лечения синехий крайней плоти и пластики уздечки полового члена.

Результаты. В зависимости от длительности существования очагов поражения, гистологические проявления имели некоторые особенности. В образцах кожи крайней плоти у пациентов с длительностью заболевания менее 1 года атрофия эпидермиса не наблюдалась. Обнаружен неравномерный акантоз эпидермиса, выраженная вакуольная дистрофия клеток базального слоя. Экзоцитоз лимфоцитов в эпидермис был более интенсивным. Отмечалась сглаженность дермальных сосочков. Отек под эпидермисом был выражен в значительно меньшей степени. Опре-

делялся густой лимфоидный воспалительный инфильтрат, который располагался более поверхностно и содержал умеренное количество меланофагов. В образцах кожи у пациентов с длительностью заболевания более 3 лет отмечалась атрофия эпидермиса почти на всем протяжении препарата, вакуольная дистрофия базальных клеток, широкая зона отека под эпидермисом. Под зоной отека выявлялся клеточный воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов с примесью фибробластов, единичных плазматических клеток. Эластические волокна в зоне отека были разрушены, отмечались фиброзные изменения в сетчатом слое дермы. У здоровых мужчин β -катенин равномерно экспрессировался на поверхности кератиноцитов всех слоев эпидермиса за исключением рогового слоя. У больных с ГСАЛ и больных рубцовым фимозом наблюдалась утрата экспрессии бета-катенина на поверхности кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса. Панцитокератин в коже здоровых мужчин равномерно экспрессировался на поверхности кератиноцитов всех слоев эпидермиса. У больных с ГСАЛ и у больных рубцовым фимозом выявлялись очаги в базальном и супрабазальных слоях эпидермиса, в которых экспрессия панцитокератина отсутствовала. Выявлялись отдельные кератиноциты, экспрессирующие панцитокератин и их небольшие группы, отделившиеся от основного эпителиального пласта и локализованные в сосочковом слое дермы. Виментин в коже здоровых мужчин экспрессировался на отростчатых клетках, локализованных в эпидермисе (клетки Лангерганса и меланоциты), на эндотелии сосудов дермы. У больных с ГСАЛ в эпидермисе увеличивалось количество отростчатых клеток и мононуклеаров, экспрессирующих виментин. Также наблюдалась экспрессия виментина на клетках воспалительного инфильтрата, локализующихся субэпидермально. У больных рубцовым фимозом дополнительно к признакам, которые наблюдались при ГСАЛ – выявлялась очаговая экспрессия виментина на поверхности кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса.

Выводы. У всех обследованных больных рубцовым фимозом морфологическая картина соответствовала проявлениям, характерным для ГСАЛ. Полученные данные позволяют рассматривать рубцовый фимоз как осложненный вариант течения ГСАЛ. В пораженной коже больных ГСАЛ и больных рубцовым фимозом выявлены изменения, характеризующиеся нарушением процесса дифференцировки кератиноцитов с частичной потерей эпителиального фенотипа и приобретением мезенхимального фенотипа в базальных и супрабазальных слоях эпидермиса. Полученные результаты свидетельствуют об участии механизмов ЭМТ в патогенезе ГСАЛ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕУГРЕВЫМИ КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОИДАМИ

*Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш.
Государственное образовательное учреждение
«Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе*

Цель исследования. Изучить влияние ретиноидов на морфологические изменения кожи у больных с келоидными рубцами после угревой болезни.

Материал и методы исследования. Проведено морфологическое исследование биоптатов кожи у 30 больных с келоидными рубцами постакне. Возраст больных составил 21–30 лет; мужчин – 20, женщин – 10. Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 16 (53,8%) больных, которым проводилась местная терапия инъекциями кортикостероидов внутрь рубца; во 2-й группе – 14 (46,2%) – проводилась терапия изотретиноином в курсовой дозе 120 мг/кг, в течение 30 недель и местное применение 0,05% ретиноевой мази. Микроскопические исследования проводились с помощью светового микроскопа «Leica» фирмы «LeitzBiomed» (Германия) при увеличении в $\times 100$ и $\times 400$ раз. Полученные данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-2012.

Результаты исследования и их обсуждение. До лечения микроскопическая картина у обследованных больных проявлялась истончением эпидермиса и сглаженностью сосочков дермы, слабо выраженной лимфогистиоцитарно-плазмодитарной инфильтрацией, высокой плотностью функционально активных фибробластов (до $740 \pm 11,0$ в водном поле зрения), наличием гигантских форм фибробластов и рыхлых, с мукоидным набуханием неориентированных пучков коллагеновых волокон, окружающих очаги роста, единичными спавшимися гемокapиллярами. После проведенной терапии в 1-й группе больных несмотря на уменьшение плотности функционально активных фибробластов (до $380 \pm 11,0$ в водном поле зрения) и гиперкератинизации сально-волосяных фолликулов, сохранялись признаки перифолликулярной инфильтрации, стойкое расширение сосудов и тенденция к избыточному количеству неоформленных волокнистых структур. Во 2-й группе плотность функционально активных фибробластов снизилась (до $297 \pm 0,9$ в водном поле зрения), отмечалось выраженное уменьшение признаков гиперкератинизации протоков сально-волосяного фолликула и перифолликулярной инфильтрации, уменьшение количества расширенных сосудов и волокнистых структур. В данной группе больных наблюдалось нарастание репаративных процессов в эпидермисе в виде увеличения числа клеток базального слоя с фигурами митоза (увеличение количества клеток с фигурами митозов в 8,4 раза по сравнению с таким до лечения, $P < 0,001$). Увеличение удельного веса макрофагов (в 8,3 раза) в сосочковом слое дермы при этом являлось благоприятным признаком, поскольку данные клетки регулируют регенераторные процессы в эпителии путем секреции факторов индукции и ингибиции пролиферации. При этом в сосочковом слое дермы отмечались признаки воспалительной реакции с доминированием нейтральной инфильтрации, гидропической трансформации основного аморфного вещества (удельная площадь возросла в 4,3 раза, по сравнению с таковой до лечения), увеличение численности макрофагов. В отличие от первой группы, во второй группе больных отмечалось выраженное (в 2 раза) уменьшение толщины эпидермиса и дермы, в том числе и за счет объема сетчатого слоя. У 7 больных получивших терапию ретиноидами наблюдалось сглаживание эпидермальных отростков и атрофия эпидермиса. Так же отмечалось снижение количества фибробластов и фиброцитов, что клинически проявлялось уменьшением размеров рубцов. Средний диаметр келоида в 1-й группе больных до лечения составил $3,01 \pm 0,07$ мм, а через 30 недель после лечения – $2,36 \pm 0,11$ мм; во 2-ой группе, соответственно $2,89 \pm 0,06$ мм и $2,0 \pm 0,03$ мм.

Выводы. Применение ретиноидов в терапии послеугревых келоидных рубцов положительно отражается на морфологических признаках келоида и улучшает качество рубца.

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЦЕНТРОБЕЖНАЯ ЭРИТЕМА. ЭВОЛЮЦИЯ СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Масюкова С.А. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова», Москва; Академия постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России»; Медицинский институт Пензенского государственного университета; Институт медико-социальных технологий «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств»», Москва

В группе фигурных эритем особое место занимает кольцевидная центробежная эритема (КЦЭ), являясь патологией с наименее изученным этиопатогенезом. Дерматоз рассматривается как реактивный процесс или реакция гиперчувствительности на один из многочисленных антигенов. Предполагается развитие реакции гиперчувствительности к различным внешним или внутренним раздражителям. Важную роль в развитии КЦЭ играют провоспалительные цитокины и вазоактивные пептиды. Ведущую роль в развитии кольцевидной центробежной эритемы играют инфекционные агенты. ЭКЦ часто ассоциируется с дерматофитиями и другими грибковыми инфекциями, такими как *Candida*, *Penicillium*. Отмечается взаимосвязь с активностью вирусов (герпесвирусы, поксвирус, ВИЧ). К настоящему времени в литературе описан ряд случаев развития КЦЭ на фоне герпесвирусной инфекции, вызванной *virus varicella zoster* и ВЭБ инфекции [Lee H.W.2005, Sugita K. 2008]. Описанный Ohmori S. случай ЭКЦ, ассоциированный с опоясывающим герпесом был интерпретирован как изотопическая реакция (Wolf's isotopic response) [Ohmori S., 2012]. Выявляется ассоциация с паразитарными заболеваниями. В 2003 году авторами описан случай развития ЭКЦ на фоне генерализованного лобкового педикулеза [Bessis D. et al., 2003]. Также у больных КЦЭ была в ряде случаев отмечена ассоциация с бактериальной инфекцией (*Pseudomonas*). В литературе сообщалось о некоторых других заболеваниях, ассоциированных с развитием ЭКЦ, таких как болезнь Крона, аутоиммунные эндокринопатии, гиперэозинофильный синдром. Случаи кольцевидной эритемы наблюдались при рецидивирующем полихондрите. Когда ЭКЦ развивается как паранеопластический феномен, она регистрируется как PEACE (paraneoplastic erythema annulare centrifugum eruption). PEACE чаще встречается у женщин, как правило, предшествует диагностике злокачественного образования и может повторяться с последующими рецидивами. Chodkiewicz et al. наблюдали 40 пациентов с ЭКЦ, ассоциированной со злокачественными новообразованиями, из которых 37,5% были солидными опухолями, а 62,5% – лимфопролиферативными заболеваниями. Онкопатология прямо или опосредованно вызывает синтез цитокинов, которые, наряду с опухолевыми антигенами, способны провоцировать развитие паранеопластических эритем [Chodkiewicz H.M., 2012]. Развитие КЦЭ связывают с фиксированными лекарственными реакциями (наиболее часто на прием сульфаниламидов

и ко-тримоксазола) или контактным дерматитом на металл [Sambucety P.S., 2006]. Отмечались случаи развития КЦЭ в результате применения некоторых лекарственных препаратов (циметидин, ритуксимаб, салицилат, устекинумаб, диуретики, нестероидные противовоспалительные препараты, противомаларийные препараты, амитриптилин, тиомалат натрия натрия, амитриптилин, этизолам, гормональные нарушения). Описан случай развития КЦЭ на фоне применения препарата Устекинумаб в терапии псориаза [Chou WT, 2013]. Описаны другие случаи развития КЦЭ на фоне терапии красной волчанки [Hudson LD., 1985]. В других исследованиях была найдена взаимосвязь с нарушениями гормонального фона и аутоиммунными заболеваниями. Были описаны случаи развития КЦЭ на фоне терапии андрогенетической алопеции финастеридом, а также ассоциация КЦЭ с беременностью. Многие авторы отмечают взаимосвязь между возникновением КЦЭ и врожденным дефицитом лактатдегидрогеназы. Случаи кольцевидной эритемы наблюдались при рецидивирующем полихондрите. При проведении ретроспективного исследования выявлена высокая частота ассоциации КЦЭ с грибковой инфекцией – 48%, у 18% наблюдалась другая кожная патология, злокачественные опухоли внутренних органов выявлены у 13%, системные болезни у 21% больных. Отмечена взаимосвязь развития КЦЭ с оперативным вмешательством, а также с психосоциальным стрессом. Однако, несмотря на многочисленные исследования, направленные на выявление этиологии значимых факторов возникновения ЭКЦ, полученные данные не дают основания для суждения о причинах, вызывающих ЭКЦ. На современном этапе диагностический алгоритм при фигурных эритемах должен начинаться с расширенного поиска триггеров, включая бактериологическое, вирусологическое, микологическое исследование, исключение неоплазии и проведение иммунологических исследований, которые позволяют применить дифференцированный подход к терапии эритем с учетом иммуногенеза. В сообщении будут продемонстрированы данные собственных наблюдений пяти клинических случаев фигурных эритем, представляющие интерес с точки зрения диагностики и выбора терапевтической тактики.

ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ФОЛЛИКУЛИТЫ ГОЛОВЫ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Владимирова Е.В., Ахматова Н.К.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова, Москва; Академия постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России»; Институт медико-социальных технологий «Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств»», Москва

К группе персистирующих фолликулитов волосистой части головы можно отнести ряд дерматозов и клинических симптомокомплексов – бактериальные фолликулиты (пи-

одермия), абсцедирующий и подрывающий перифолликулит Гоффмана, декальвирующий фолликулит, пучковый фолликулит (tufted hair folliculitis), склерозирующий фолликулит затылка (келоидные акне), некротические акне (некротизирующий лимфоцитарный фолликулит, acne necrotica, acne frontalis, acne varioliformis, acne pilaris). Пучковый фолликулит (Tufted hair folliculitis) впервые описан Smith и Sanderson в 1978 г, состояние получило свое название благодаря наличию пучков из пяти-тридцати волос, появляющихся из патологически расширенного фолликулярного отверстия. Пучковый фолликулит считается скорее клинико-патологическим процессом, чем отдельной нозологией, поскольку он ассоциируется с несколькими видами рубцовых изменений. Некоторыми авторами tufted hair folliculitis считается одним из клинических проявлений декальвирующего фолликулита, когда ограниченные воспалительные очаги в/ч головы разрешаются с образованием рубцевания и формированием пучков из более 15 волос, появляющихся из одного устья. Другие авторы полагают, что tufted hair folliculitis (пучковый фолликулит) представляет собой не самостоятельную нозологическую форму, а скорее клинико-патологический процесс, результат уже существующего фолликулита, поскольку он ассоциируется с несколькими разновидностями рубцовых изменений. Этиопатогенез заболевания неизвестен. Существует несколько гипотез развития дерматоза. В литературе имеются данные о развитии пучкового фолликулита на фоне приема медикаментов, существует мнение, что персистирующий фолликулит развивается как следствие невоидных структур кожи головы, которые подвергаются воспалению и образованию рубцов. В очагах поражения часто выявляются колонии стафилококков, однако роль микробов в патогенезе не определена. Бесспорным является тот факт, что фолликулит развивается вследствие локального нарушения иммунного ответа. Заболевание имеет прогрессирующее рецидивирующее течение, клиническая картина представлена формированием пучков из волос в фазе анагена, окруженные телогеновыми волосами, растущими каждый из отдельного фолликула, сходящихся к общей дилатированной воронке, с локализацией процесса на коже в/ч головы в теменных и затылочных областях, на фоне эритемы, отечности или истончения кожи, перифолликулярных корок и шелушения, субъективными ощущениями в виде зуда и/или болезненности и прогрессирующим выпадением волос. Патогномичным признаком является скопления волос в фазе анагена, имеющих структуру «волос куклы». Лечение не разработано и носит характер симптоматического, основным направлением терапии является выявление этиологического фактора. Под нашим наблюдением находились пациенты с рецидивирующими фолликулитами в области в/ч головы с развитием очагов рубцовой алопеции. Всем пациентам было проведено углубленное клинико-лабораторное и иммунологическое исследование, по результатам которого выбрана терапевтическая тактика. Мы приводим четыре клинических случая – два случая пучкового фолликулита и два случая абсцедирующего и подрывающего перифолликулита головы Гоффмана. Во всех представленных случаях развитие дерматоза сопровождалось нарушениями врожденного и адаптивного иммунитета. Снижение уровня α -дефенсинов, подавление фагоцитарной активности лейкоцитов, нарушения в экспрессии рецепторов врожденного иммунитета способствуют персистенции инфекции, развитию сенсibilизации и аутосенсibilизации, активации механизмов иммунного

воспаления. Развитие персистирующих фолликулитов в/ч части головы приводит к распространению воспаления в более глубокие слои кожи и развитию рубцовой алопеции. Иммунные дисфункции, проявляющиеся снижением иммунологической реактивности на локальном и системном уровне, могут играть ведущую роль в прогрессировании заболевания. Таким образом, выбор тактики лечения рецидивирующих фолликулитов зависит от этиологического фактора и осуществляется с учетом иммуногенеза заболевания, стадийности процесса и клинического симптомокомплекса.

МОРФОТИПЫ СТАРЕНИЯ ТЫЛА КИСТЕЙ У ЖЕНЩИН

Староватова П.А., Губанова Е.И.

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института Усовершенствования врачей Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский государственный университет пищевых производств, клиника «Валлекс Мед», Москва

В контексте концепции гериатрических синдромов проблема старения кисти привлекает особое внимание, что связано с повышенным требованием к качеству жизни современной женщины. Изучение этапов и типов старения кистей, разработка научно-обоснованной превентивной стратегии является одним из актуальных направлений в эстетической медицине.

Цель. Разработка классификации старения тыльной поверхности кистей рук у женщин.

Материалы и методы. На базе клиники «Валлекс Мед» проведено клиническое исследование по изучению инволюционных изменений тыла кистей с анкетированием 310 женщин славянского типа обратившихся за косметологической помощью. Критерии включения в исследование: здоровые женщины в возрасте от 25–70 лет, I–III фототип и индексом массы тела (ИМТ) 18–30. Разработанная анкета содержала 4 блока вопросов, включающих наследственность, морфометрические данные, клинические признаки старения, самооценку состояния кожи и мягких тканей кистей, определение стадии старения по визуальной шкале Мерц (ВШМ). Деформационные изменения суставов не брались во внимание.

Результаты. Среди значимых из 8 предложенных клинических признаков, определяющих «стареющую кисть», пациентами были выделены 4 основных: пигментные пятна, контурирование вен и сухожилий, дряблость/морщинистость, истончение кожи тыла кистей (у 87%, 84%, 78% и 76% соответственно). В ходе данного исследования была выделена группа женщин после 40 лет (n=208) с признаками хроно- и фотостарения и определены три основных морфотипа и подтипа старения тыла кисти, коррелируемые с возрастом, ИМТ, толщиной складки, стадией старения по ВШМ. I тип – атрофический (астенический) тип (31%, n=134) встречается у женщин астенического телосложения, ИМТ 18–19. Для данного типа характерны: прогрессирующая атрофия мягких тканей, контурирование вен и сухожилий, тонкая сухая кожа, подкожно-жировая клетчатка (ПЖК) развита слабо, кожная складка области тыла кистей тонкая (1–2 мм). Выявлена прямая корреляция прогрессирования степени старения с воз-

растом. Отмечено, что атрофические изменения тканей тыла кистей с контурированием сухожилий происходят ближе к пястно-фаланговым суставам. В области тыла кистей кожа тонкая (1–2 мм), подкожно-жировая клетчатка (ПЖК) развита слабо. II тип – нормотрофический тип (48,1%, n=154) встречается у нормостеников, ИМТ 19–24, кожная складка средней толщины (2–2,5 мм), ПЖК развита умеренно, вены и сухожилия слабо визуализируются. Симптомы морщинистости/дряблости, сухости кожи прогрессируют после 50 лет. III тип – гипертрофический тип (20,4%, n=22) встречается у женщин гиперстенического телосложения, ИМТ 25–30, ПЖК тыла кистей хорошо выражена, толщина кожной складки выше среднего (2,5–4 мм), вены и сухожилия практически не визуализируются. Обнаружено, что контурирование сухожилий сгибателей и извилистость вен (венозно-сухожильный подтип) генетически детерминированы, и могут присутствовать в молодом возрасте. Данный подтип в нашем исследовании определен лишь у 7,9% (n=8). Выявлено, что признаки фотоповреждений кожи тыла кистей не зависят от ИМТ, коррелируют с возрастом, фотостарением лица. Количество пигментных пятен при атрофическом и нормотрофическом типах увеличивается с возрастом с высоким положительным коэффициентом корреляции. Первые единичные пигментные пятна могут появиться на четвертом десятилетии, в дальнейшем они сливаются между собой, увеличиваясь.

Выводы. Анализ инволюционных процессов с определением морфотипа старения кистей позволяют специалистам обоснованно выбирать превентивные методы эстетической коррекции. Предложенная рабочая классификация доступно демонстрирует особенности возрастных изменений и может быть использована как клинико-диагностический тест на этапе консультирования.

МИКРОСФУКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУК В СОЧЕТАНИИ С АУТОЛОГИЧНЫМИ КЛЕТКАМИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МОРФОТИПАМИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Степанова Т.В.

*Центр эстетической медицины «Астрейя»,
Чебоксары*

Пожелания пациента в реалиях нашего времени к эстетическим процедурам – эффективность, неинвазивность, однократность, отсутствие реабилитации. Всем этим требованиям соответствует процедура микросфокусированного ультразвука, позволяющая осуществлять лифтинг кожи за счет стимуляции синтеза коллагена и ремоделирования дермы. Благодаря набору датчиков с глубиной проникновения от 1,5 до 4,5 мм, можно осуществлять прицельное воздействие на дерму и гиподерму. При фокусировке ультразвукового луча на целевой глубине происходит формирование линейно расположенных точечных зон термической коагуляции размером не более 1 мм³. В них происходит нагрев до 70 градусов, денатурация белковых структур, в частности, поврежденного коллагена. Так как зоны термической коагуляции окружены интактными тканями, не нарушены барьерные свойства кожи, регенерация проходит быстро. Микросфокусированный ультразвук обладает высоким профилем безопасности, поскольку проводится на

аппарате с визуализацией в режиме реального времени, позволяющей врачу видеть целевые структуры, на которые он хочет воздействовать, а также избегать попадания ультразвука на надкостницу и крупные сосуды. Не все морфотипы старения одинаково активно отвечают на стимуляцию. Так, мелкоморщинистый морфотип старения обладает низким регенеративным потенциалом, поэтому нуждается в его усилении при помощи других методов. Аутологичная плазма богата факторами роста, которые значительно усиливают репаративный потенциал кожи, сокращают этап воспаления в каскаде восстановительных реакций, стимулируют ангиогенез и неокोलлагеногенез. При сочетании высокоэнергетической процедуры с аутологичной плазмой происходит взаимное усиление действия каждого метода.

Цель работы: изучить эффективность микросфокусированного ультразвука в монотерапии и в сочетании с аутологичной плазмой при различных морфотипах старения.

Задачи работы: изучить эффективность микросфокусированного ультразвука при различных морфотипах старения; изучить эффективность комбинации микросфокусированного ультразвука и аутологичной плазмы при различных морфотипах старения. Объекты и объем исследования: в исследовании приняло участие 70 человек в возрасте от 37 до 52 лет. Они были разделены на три группы по преобладающему морфотипу старения: мелкоморщинистому (18 человек), деформационному (30 человек), смешанному (22 человека). Каждая группа была разделена на две равные подгруппы, в одной пациенты получали только микросфокусированный ультразвук, в другой – его комбинацию с введением аутологичной плазмы. Критерии включения: возраст от 37 до 52 лет; наличие возрастных изменений по мелкоморщинистому, деформационному или смешанному морфотипу старения; отсутствие противопоказаний к проведению эстетических процедур; отсутствие у женщин менопаузы; наличие информированного согласия на проведение процедуры. Наблюдение осуществлялось в течение года, для объективизации результатов пациентам проводились: дерматоскопия с возможностью сохранения изображений, ультразвуковая сонография кожи, фотодокументирование до процедуры и через 1,3,6,12 месяцев после нее. Результаты исследования: по данным всех диагностических методов микросфокусированный ультразвук доказал свою эффективность. Во всех группах было отмечено улучшение микрорельефа кожи (по данным дерматоскопии), улучшение основных показателей ультразвукового сканирования кожи: увеличение толщины дермы, ее акустической плотности, уменьшение коэффициента ультразвуковой плотности дермы, а также улучшение контуров лица при фотодокументировании. В группах, получивших комбинированный протокол коррекции, положительные изменения в коже были достоверно более выраженными и развивались в более ранние сроки. Наилучшие результаты по всем параметрам наблюдались при деформационном морфотипе старения, самые незначительные – при мелкоморщинистом.

Выводы. Микросфокусированный ультразвук эффективен при любых морфотипах старения, в большей степени – при деформационном, в меньшей – при мелкоморщинистом морфотипе старения. При подключении аутологичной плазмы к микросфокусированному ультразвуку эффективность его достоверно увеличивается. При мелкоморщинистом морфотипе старения не рекомендуется делать высокоэнергетическую процедуру в монотерапии, необходимо включать в протокол введение аутологичной плазмы для усиления регенеративного потенциала.

СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ЛИПШЮТЦА–ЧАПИНА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Тарасенко Э.Н., Бохонович Д.В., Каирова А.Н.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Московский научно-
практический Центр дерматовенерологии и
косметологии Департамента здравоохранения
Москвы», филиал «Кутузовский», Москва*

Эрозивно-язвенные поражения женских половых органов актуальная проблема в современной клинической дерматовенерологии. Прежде всего, это связано с их влиянием на репродуктивную функцию. Благодаря созданию современных методов детекции микроорганизмов – возбудителей воспалительных изменений слизистой оболочки, наши представления о микрофлоре урогенитального тракта во многом изменились. Среди видового многообразия лактобацилл особое место занимает *Lactobacillus casei* (прежнее название *Bacillus crassus*, *Bacillus vaginalis* Doderlein), которая является причиной развития острого заболевания наружных гениталий, которое носит название острая язва вульвы Липшютца–Чапина (*ulcus vulvae acutmn Lipschutz-Tcharin*) (син. язва псевдовенерическая). Крайне редкое заболевание, впервые описанное австрийским дерматологом Б. Липшютцем (B.Lipschutz, 1878–1931), проявляющееся появлением одиночных или множественных язв с гнойным отделяемым. Возникает у девушек и молодых женщин. *Bacillus crassus* обнаруживают в гнойном отделяемом язв при окраске по Граму или метиленовым синим, которую рассматривают как видоизмененную палочку Дедерлейна. Переход из сапрофитирующего состояния и появление патогенных свойств, связывают с изменением иммунореактивности макроорганизма, при описании клинических случаев возникновения острых язв происходит после перенесенных инфекционных процессов (ангина, тонзиллит, пневмония). Представлено клиническое наблюдение острой язвы вульвы Липшютца–Чапина, ошибочно диагностированная на гинекологическом приеме как сифилитическая инфекция. Пациентка Л, 27 лет, обратилась в МН-ПЦДК ДЗМ филиал «Кутузовский» по направлению врача акушера гинеколога с Ds.: Lues!? При осмотре предъявляла жалобы на резко болезненные язвенные высыпания на слизистой оболочке в области вульвы. Считает себя больной 2 дня. В браке 3 года, последний половой контакт с супругом 2 недели назад. Случайные незащищенные половые связи отрицает. ИППП в анамнезе отрицает. У супруга при обследовании данных за ИППП не выявлено. При осмотре на слизистой оболочке, в области нижнего свода влагалища с переходом на слизистую вульвы, наблюдаются два эрозивно-язвенных элемента, располагающиеся параллельно, диаметром 0,7 и 1,0 см, с выраженной отечностью и гиперемией по периферии. На поверхности эрозивно-язвенных элементов наблюдается белесоватая пленка, единичный элемент некротической ткани серого цвета, язвенный дефект окружен валиком ярко-красного цвета, с обрывками некротизированного эпителия, дно язв мягкой консистенции. При пальпации наблюдается острая болезненность. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. При взятии отделяемого и соскобного материала с поверхности язв, а также уретры, влагалища и цервикального канала методами микроскопии с изучением нативных и окрашенных препаратов, а также методов амплификации нуклеиновых кислот гонококки, трихомонады, хламидии, генитальные микоплазмы,

вирусы герпеса I и II типов, Эпштейна–Барр и цитомегаловируса не были обнаружены. Верифицирована *Candida albicans*. Исключена сифилитическая инфекция методами РМП, ИФА суммарные антитела, ИФА IgM, РПГА, РИБТ, РИФ. Выявленная микроскопически мелкая палочковая флора, в совокупности с клинической картиной позволило установить диагноз: острая язва вульвы Липшютца–Чапина. Дифференциальный диагноз проводился с первичным сифилисом, гонорейными и трихомонадными язвами, генитальным герпесом. Проведено лечение: Р-р Цефтриаксон 1,0 в/м 1 раз в день 10 дней, капс. Флуконазол 50 мг 1 раз в день 10 дней, мазь Банеоцин 2 раза в день 10 дней, мазь Метилурациловая 2–3 раза в день 7–10 дней, НПВС при выраженном болевом синдроме. Через 2 дня лечения наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения отечности, гиперемии и размеров язвенного дефекта слизистой оболочки. Через 7 дней полная эпителизация высыпаний. На примере нашего клинического случая характерные клинические проявления позволили правильно установить диагноз, провести обследование и лечение с положительным эффектом. Несмотря на редкую встречаемость, вышеуказанная патология продолжает быть актуальной в дерматовенерологической и акушерско-гинекологической практике.

КОСМЕТОЛОГИЯ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, ОСОБЕННОСТИ, СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА И ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Тишанинова В.В.
МедСэф, Москва*

Работая врачом-косметологом, прихожу к выводу, что косметология и дерматовенерология являются, по сути, совершенно разными направлениями деятельности, хотя косметология немыслима без дерматовенерологии! В практике врача-косметолога работа направлена на омоложение и преобразование пациента, делая его как можно красивее и моложе. В практике врача-дерматовенеролога работа направлена на лечение заболеваний кожи и других болезней по линии дерматовенерологии. Зададим себе вопрос: так почему же косметологию и дерматовенерологию объединяют в одно целое? Считаю обязательным не объединять эти две совершенно разные профессии. Спасибо за внимание!

СЛОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

*Федосеева М.И., Шульгина И.Г.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Московский научно-
практический Центр дерматовенерологии и
косметологии Департамента здравоохранения
Москвы», филиал «Первомайский», Москва*

Актинический кератоз (солнечный, сенильный, старческий кератоз, АК) – ограниченное новообразование кожи, обусловленное хромосомными аномалиями, состоящее из пролифератов цитологически aberrантных эпидермаль-

ных кератиноцитов; первично возникает у светлокотных людей на открытых воздействию солнца поверхностях кожи в форме папул розового цвета с шелушением на поверхности. Частота встречаемости актинического кератоза составляет менее 10% у лиц в возрасте от 20 до 30 лет, а к седьмому десятилетию жизни увеличивается примерно до 80%. Среди лиц в возрасте 40 лет и старше предрасположенность к актиническому кератозу достигает 60%. Данному заболеванию чаще подвержены люди с 1–3 фототипами кожи (по Фицпатрику). Группу риска составляют лица, длительное время пребывающие вне помещений в связи со своей профессиональной деятельностью или находясь на отдыхе, а также проживающие в низких широтах с большим количеством солнечных дней в году и испытывающие в связи с этим значительное воздействие УФ-света. Различают следующие формы актинического кератоза: эритематозная, кератотическая, бородавчатая, роговая, пролиферативная, пигментная. По частоте встречаемости актинический кератоз одно из самых распространенных дерматологических заболеваний. На очередном конгрессе Европейской Академии Дерматовенерологии (EADV) в Стамбуле ведущие мировые специалисты в области дерматоонкологии сошлись во мнении, что актинический кератоз кожи сегодня уже не только эстетическая проблема. Мутация хромосомы p53, которая обнаружена у 90% лиц с плоскоклеточным раком, также присутствует у пациентов с актиническим кератозом. Очаги АК обнаруживаются вблизи 97% очагов плоскоклеточного рака кожи. На сегодняшний день нет консенсуса о наиболее эффективном методе лечения АК. Среди методов, рекомендованных дерматологическими ассоциациями в Европе и России, используются: хирургическое иссечение, кюретаж, дермабразия, криодеструкция, радиоволновой, препараты для наружного медикаментозного лечения, фотодинамическая терапия, лазерная терапия.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения и косметический результат радиоволнового метода и криодеструкции при различных формах актинического кератоза.

Материалы и методы. 23 пациента с актиническим кератозом, 8 мужчин, 15 женщин, от 50 до 80 лет, сформированы две группы, по 12 (группа 1) и 11 (группа 2) человек соответственно; в том числе с эритематозной формой – по 8 человек в каждой группе, с кератотической формой – 3 человека (группа 1) и 2 человека (группа 2), с роговой формой – по 1 человеку в каждой группе. Все пациенты были консультированы в «Центре неинвазивной диагностики кожи» или онкологом. Методы деструкции: в группе 1 применялась двухкратная криодеструкция жидким азотом с перерывом в 10 дней, в группе 2 – однократное радиоволновое удаление. После проведенных процедур всем пациентам рекомендовалось наносить на очаги 5% раствор перманганата калия 1 раз в день в течении 10 дней.

Результаты. Через 1 год после лечения в группе 1 у пациентов с эритематозной формой АК наблюдался полный клинический регресс в 5 случаях, в области пролеченного очага дефект в виде очага гиперемии – в 3 случаях; у пациентов с кератотической формой АК наблюдался полный клинический регресс в 2-х случаях, зафиксирован рецидив – в 1 случае; у 1 пациента с роговой формой АК в области пролеченного очага зафиксирован рецидив. Через 1 год после лечения во 2 группе у пациентов с эритематозной формой АК наблюдался полный клинический регресс образований в 6 случаях, сформировался рубец – в 2 случаях; у пациентов с кератотической формой АК наблюдался полный клинический регресс – в 1 случае, сформировался рубец – в 1 случае; у 1 пациента с роговой формой АК зафиксирован рецидив.

Выводы. Наиболее часто применяемые на сегодняшний день методы лечения актинического кератоза не являются на 100% эффективными, высока вероятность получения рецидива заболевания, а также получение косметических дефектов. Пациенты с АК после деструкции подлежат длительному динамическому наблюдению в целях предупреждения рецидивов, а также учитывая возможный злокачественный потенциал данного заболевания.

ТОКСИКОДЕРМИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ЛИДАЗУ, У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Хамаганова И.В., Кашеваров Д.Ф., Маляренко Е.Н., Родионова Е.Е., Вартапетян Н.В., Дендоброва Ф.Н. Кафедра кожных болезней и косметологии, Факультет дополнительного профессионального образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

В комплексной терапии очаговых форм склеродермии показано применение Лидазы. Многолетний опыт назначения препарата, его высокая эффективность обусловили широкое применение Лидазы в повседневной практике. Поскольку применение препарата в некоторых случаях сопровождается развитием токсидермии, представляет интерес сравнение различных препаратов, содержащих Лидазу.

Всего под нашим наблюдением находилось 42 женщины, страдавшие генерализованной бляшечной склеродермией. Все получали стандартное медикаментозное лечение в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями (2015), при этом 23 пациентки получили Лидазу внутримышечно по 64 Ед ежедневно № 10, 19 пациенток получали внутримышечно 1 раз в 3 дня бовгиалуронидазы азоксимер по 3000 Ед. Из 23 пациенток, получавших Лидазу, клинические признаки токсидермии отмечены в 3(13%) случаях (у всех 3 пациенток – после первой инъекции). Из 19 пациенток, получавших бовгиалуронидазы азоксимер клинические признаки токсидермии отмечены в 2 (11%) случаях (у обеих пациенток – после первой инъекции).

Таким образом, токсидермия может развиваться на фоне применения как Лидазы, так и бовгиалуронидазы азоксимера, что подтверждает возможный токсико-аллергический компонент собственно Лидазы. Частота развития токсидермии в указанных группах различалась несущественно. По-видимому, для окончательного заключения требуется большее количество наблюдений

БИОЛОГИЧЕСКИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА СИФИЛИС У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ В АНАМНЕЗЕ

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Максимова М.В., Лыткина Е.А.

*Кафедра кожных болезней и косметологии
Факультет дополнительного профессионального образования,
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова;
Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы*

Биологически ложноположительные реакции на сифилис (ЛПР) – преимущественно нетрепонемные слабopожительные результаты серологических исследований на сифилис. ЛПР на сифилис ассоциируются с обнаружением антифосфолипидных антител (аФЛ). Выявление устойчивой циркуляции аФЛ может быть серологическим маркером синдрома, описанного С. Hughes как «антикардиолипидный», а затем переименованного в антифосфолипидный синдром (АФС). АФС (синдром Hughes) – наиболее частая причина биологически ложноположительных нетрепонемных тестов. Данный клинико-иммунологический синдром обусловлен повышенной продукцией антител к фосфолипидам или белкам плазмы, связывающихся с анионными фосфолипидами. Возможно проявление АФС по типу спонтанного тромбообразования в сосудах различного калибра венозного и артериального русла, тромбоцитопенией и/или гемолитической анемией, а у женщин – и невынашиванием беременности. АФС может быть первичным, но довольно часто обнаруживается при системной красной волчанке, а также у больных с другими заболеваниями соединительной ткани (вторичный АФС). Известны острые и хронические ЛПР на сифилис. Спонтанная негативация острых ЛПР происходит в течение 6 месяцев наблюдения. Острые ЛПР могут рассматриваться как предшественники родов, описано их возникновение и при болезнях соединительной ткани. Хронические ЛПР (ХЛПР) сохраняются длительное время, иногда в течение всей жизни. ХЛПР на сифилис являются диагностическим критерием системной красной волчанки. Мы наблюдали 3 пациентов с гепатитом В в анамнезе, у которых наблюдалась положительная РМП в течение 2–4 лет. При неоднократных повторных комплексных серологических исследованиях РПГА, ИФА, РИФ были отрицательными, сохранялась положительная РМП. Таким образом, у пациентов с гепатитом в анамнезе возможно возникновение хронических ЛПР.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ Кальцитриол/Бетаметазон И Аммоний Глицерат у Больных Псориазом И Красным Плоским Лишаем

*Хамидов Ф.Ш., Алие Л.
Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан*

Цель исследования: изучить эффективность препаратов кальцитриол/бетаметазон и аммоний глицерат у больных

псориазом и красным плоским лишаем (КПЛ) в комплексной терапии в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 210 больных в возрасте от 20 до 60 лет (110 мужчин и 100 женщин). Из них у 50 (20 мужчин, 30 женщин) пациентов было диагностировано красный плоский лишай, у 160 (80 мужчин и 80 женщин) – вульгарный псориаз. До и после лечения у всех пациентов было проведено комплексное исследование с определением МОС печени (МДА), у больных псориазом показатель площади и тяжести псориаза (PASI), у пациентов КПЛ площади пораженной поверхности тела (ПППТ), а также индекс качества жизни при заболеваниях кожи (ДИКЖ, DLQI). Всем больные получали комплексное стандартное лечение с применением аммония глицерата по 100 мл внутривенно, капельно в течение 10 дней, дальнейшим с добавлением в лечение гепатопротектора в виде капсулы. Местно больным было назначено мазь кальцитриол/бетаметазон. Контрольную группу составили 10 здоровых людей. Результаты лечения. У всех больных псориазом и КПЛ до лечения показатели МОС были низкими, ПППТ (25,4 балла) у больных КПЛ и PASI (26,6 балла) у пациентов псориазом были высокими, как и ДИКЖ (27,2 балла). После применения комплексного лечения с применением аммония глицерата с местным использованием мази кальцитриол/бетаметазон наблюдалось значительное клиническое улучшение кожного процесса, снижением ППТ до 50% у больных КПЛ и до 60% вульгарным псориазом. Снижение ДИКЖ у больных вульгарным псориазом существенно отличалось от показателей больных болеющих КПЛ. Если у больных вульгарным псориазом индекс DLQI снижался до 12 баллов, у больных КПЛ ПППТ уменьшился только на 50%. Показатели МОС печени (МДА) уменьшались до контрольных величин к концу комплексного лечения у больных псориазом. А у больных КПЛ этот показатель снижался, но не доходил до величин контрольной группы.

Вывод. Комплексное применение препаратов кальцитриол/бетаметазон и аммония глицерата достаточно эффективно у больных псориазом. А у пациентов КПЛ эффективность от применяемого лечения не достигал величин контрольной группы. Как показывает эти данные лечение псориаза и КПЛ все еще остается актуальной проблемой современной дерматологии.

СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2019 ГОДЫ

Хамидов Ф.Ш., Салохиддинов А.А., Дадажанов У., Саримсаков Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижанский областной кожно-венерологический диспансер, Андижан

Цель исследования: изучить эффективность лабораторные методов исследования применяемые в диагностике сифилиса в условиях Андижанской области Ферганской долины. Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 2330 человек за 2015–2019 годы, которые проходили обследование в Андижанском областном кожно-венерологическом диспансере. У них было проведено лабораторное исследование с помощью микрореакции преципитации (МРП) и Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).

Результаты исследования. В 2015 году у 205 человек, в 2016 г. – у 203, в 2017 г. – у 528, в 2018 г. – у 528, и в 2019 г. – у 543 было проведено лабораторное обследование с помощью микрореакции преципитации (МРП) и Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). В 2015 году из 205 (87 женщин, 118 мужчин) обследованных у 24 МРП и РПГА дал положительные результаты. В 2016 г. из 203 у 131 (29 женщин и 102 мужчин) обследованных людей у 87 результаты РПГА были положительными. В 2017 году из 528 человек у 200 (81 женщины, 119 мужчины) РПГА дал положительный результат. В 2018 году было обследовано 528 человек, из них у 195 (52 женщины, 143 мужчины) поставлен сифилис различного периода. В 2019 г. РПГА было проведено у 543 человек и у 170 (57 женщин, 113 мужчин) реакция дал позитивный ответ. У 78 (38) больных сифилисом различного периода для подтверждения диагноза был взят материал на бледную трепонему с высыхающих элементов с очага поражения, где была обнаружена бледная спирохета. У остальных больных наблюдался клиническая картина скрытого раннего сифилиса. С 2015 года по 2019 годы диагноз сифилис был диагностирован у тех больных (после применения РПГА), которые получали лечение по поводу других заболеваний в других ЛПУ. В 2015 году у 16 пациентов был обнаружен сифилис лечившихся в других ЛПУ: 6 пациентов лечились в терапевтическом отделении, 2 – хирургическом в различных больницах города, 5 – наркологическом отделении Психиатрической больницы, у 1 больного из туберкулезного диспансера. В 2016 у 26 больных был диагностирован сифилис различного периода: 4 пациента лечились в терапевтическом отделении, 3 – хирургическом, 2 – травматологическом отделениях в различных больницах города, 13 – наркологическом отделении Психиатрической больницы, у 1 больного из инфекционной больницы, у 2 из эндокринологического диспансера. В 2017 г. у 14 больных лечившихся в стационар ЛПУ г. Анджана был диагностирован сифилис различного периода (у 3 эндокринологического диспансера, у 6 больных терапевтического отделения городской больницы, у 1 больного нефрологического и у 2 хирургического отделения, по 1 больному ревматологического и глазного отделения клиники АГМИ). В 2018 г. у 22 больных после применения РПГА был диагностирован сифилис (у 3 эндокринологического диспансера, у 5 больных терапевтического отделения городской больницы, у 1 пациента травматологического и у 3 хирургического отделения, у 6 больных наркологического и у 4 психиатрического отделения психиатрической больницы г. Анджана). В 2019 году только у 9 больных был диагностирован сифилис после применения РПГА (по 1 больному травматологического, ревматологического и терапевтического отделений областной больницы г. Анджана, по 1 больному туберкулезного диспансера и наркологического отделения психиатрической больницы).

Вывод. Применение МРП и особенно РПГА вовремя помог в подтверждении диагноза сифилис у больных различных отделений, лечившиеся по поводу других заболеваний. РПГА стабильно заняла лидирующее место в клинической практике в г. Анджане.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ НА COVID-19 В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

*Цибин А.Н., Латыпова М.Ф., Иванушкина О.И.
ГБУ «НИИ организации здравоохранения и
медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы»*

Пандемия COVID-19 выявила серьезные пробелы в готовности систем здравоохранения к эпидемии, в условиях которой срочно требовались первоочередные организационные меры, направленные на сдерживание и снижение распространения COVID-19. Органы здравоохранения города Москвы принимали решения в условиях непростой ситуации, когда не было знаний о новом вирусе, опыта борьбы с ним, а количество инфицированных среди жителей столицы неуклонно росло (около 12,6 млн. человек).

Для предотвращения пандемии COVID-19 в городе Москве, в режиме быстрого реагирования, были приняты Правительственные меры по обеспечению лечебно-диагностического процесса, а перед специалистами здравоохранения поставлены первоочередные задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием своевременной медицинской помощи больным.

Этапность выполнения организационных мероприятий:

- оценка мощностей 24 лабораторий медицинских организаций ДЗМ (февраль 2020г.), выполняющих ПЦР-исследования: проверка занимаемых площадей, количества единиц оборудования, количества штатных единиц и физических лиц с высшим и средним медицинским специальным образованием;

- концентрация профильных специалистов и единиц аналитического оборудования на площадях 9 лабораторий МО, вошедших в структуру скрининговых ПЦР-лабораторий ДЗМ по диагностике COVID-19;

- обучение 250 специалистов клинико-диагностических лабораторий МО ДЗМ (март 2020 года, до начала работ) по дополнительной образовательной программе в объеме 16 академических часов «ПЦР в диагностике инфекционных болезней», с освоением требований биологической безопасности при работе с потенциально опасными биологическими агентами I-II групп патогенности;

- перевод 9 структурных скрининговых ПЦР-лабораторий на конвейерный принцип работы с непрерывным процессом проведения исследований в круглосуточном режиме, без выходных (24/7);

- дооснащение 9 ПЦР-лабораторий ДЗМ лабораторным оборудованием, с целью полной автоматизации процесса;

- привлечение 9 коммерческих и ряда федеральных лабораторий (апрель 2020г.), 5 ПЦР-лабораторий МО ДЗМ стационарного типа и 2 ПЦР-лабораторий научно-практических центров ДЗМ (май - июнь 2020г.) для увеличения объема выполнения ПЦР-исследований;

- установка в 50 КДЛ МО ДЗМ стационарного типа и диагностических центров 100 иммунохимических анализаторов (май 2020 г.) для массового тестирования населения столицы на определение уровня содержания антител IgM или IgG к штамму SARS-CoV-2 коронавируса (около 200 тысяч исследований в сутки).

Отлажены процессы: полная информатизация лабораторных исследований на COVID-19 и передача результата исследования в электронную медицинскую карту пациента, систематический мониторинг деятельности лабораторий, управление потоками и маршрутизацией образцов с биологическим материалом к месту проведения исследований.

В ходе проведения организационных мероприятий в столице налажена безопасная лабораторная диагностика, позволяющая выявлять, лечить и изолировать случаи COVID-19 и их контакты.

Специалистами ОМО по КЛД разработано «Временное руководство по лабораторной диагностике COVID-19 в условиях пандемии». Руководство утверждено экспертным советом по науке ДЗМ №11 от 24 июля 2020 года и представлено в качестве методических рекомендаций №89 для медицинских специалистов медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, выполняющих забор биологического материала и лабораторные исследования на возбудитель COVID-19.

Результаты реализации принятых мер демонстрируют положительный эффект. Распространение инфекции в городе Москве удалось замедлить. Правительство Москвы сообщило об устойчивом сокращении случаев нового коронавирусного заболевания, в результате большинство стационаров перешло в безопасный режим работы. В структуре ДЗМ созданы централизованные лаборатории, имеющие готовность к выполнению ПЦР-исследований (скрининг и верификация), а так же организовано массовое тестирование на антитела при вспышках COVID-19.

РАЗНООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ: ДАННЫЕ РЕАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Чамурлиева М.Н., Коротаева Т.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», Москва

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) в клинической практике часто недооценивается дерматологами из-за его разнообразных клинических проявлений, таких как периферический артрит, дактилит, спондилит и энтезит. Для ранней диагностики, правильной тактики лечения и для достижения лучших результатов необходима своевременная оценка всех симптомов ПсА.

Цель: оценить выявляемость основных клинических признаков ПсА в дерматологической практике.

Материал и методы. Было включено 103 пациента (муж-47/жен-56) с различными формами псориаза, средний возраст составил $44 \pm 13,69$ лет, средняя продолжительность псориаза – $10,7 \pm 10,2$ года, среднее значение индекса распространенности и тяжести псориаза (PASI) – $5,05 \pm 1,23$. В дерматологической клинике все пациенты прошли клиническое обследование у дерматолога с целью выявления основных клинических симптомов ПсА, таких как периферический артрит, дактилит, спондилит и энтезит. Позже все пациенты были обследованы ревматологом для подтверждения/исключения диагноза ПсА на основе критериев CASPAR (критерии классификации псориатического артрита) и прошли стандартное клиническое обследование для выявления тех же симптомов – периферический артрит, дактилит, спондилит и энтезит. М \pm т,%, t-тест был выполнен, $p < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты. 61 из 103 пациентов (59,2%) имели ПсА на основании ревматологической оценки и критериев CASPAR.

Дерматологом диагностирован периферический артрит значительно реже, чем ревматологом: у 15 (24,6%) и 35 (57,4%) из 61 пациента ($p < 0,001$) соответственно. При клинической оценке дактилита дерматологом и ревматологом значимых различий не наблюдалось – у 37 (60,7%) и 40 (65,6%) из 61 пациента ($p = 0,32$), соответственно. Боль в пятке дерматолог отметил у 32 из 61 пациента (52,5%). Энтезиты дерматологом не выявлены. Ревматологическое обследование выявило энтезиты латеральных надмышцелков у 11 из 61 (18%), энтезиты медиальных мышцелков бедра у 8 из 61 (13,1%), энтезиты в месте прикрепления ахиллова сухожилия – у 25 из 61 (41%). Энтезиты плантарной фасции наблюдались у 15 из 61 пациента (24,6%). Дерматолог отметил боль в спине у 30 из 61 пациента (49,2%). Спондилит по критериям воспалительной боли в спине не был выявлен. У данных 30 пациентов болевой синдром в спине был диагностирован ревматологом у 21 пациента (70%); у остальных 9 из 30 пациентов (30%) наблюдалась механическая боль в спине. На основании клинического обследования тендинит дерматологом не отмечен, ревматолог выявил тендинит кисти у 13 из 61 пациента (21,3%).

Выводы. Дерматологом в клинической практике недооценивается периферический артрит, осевое и энтезиальное поражение у пациентов с ПсА. Чтобы улучшить раннюю диагностику ПсА в дерматологической практике, необходимы междисциплинарные образовательные программы обучения, сотрудничество с ревматологами и включение инструментов для выявления спондилитов, энтезитов и артритов (критерии воспалительной боли в спине, точки прикрепления энтезисов и т.д.) в повседневную дерматологическую практику.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ У РЕБЕНКА

Чистяков Н.Д., Тропин А.К.

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

К дежурному педиатру поликлиники обратилась мать по поводу появления у дочери трех лет высыпаний на теле. С диагнозом аллергический дерматит больная была направлена к дерматологу. При осмотре врач-дерматолог обратил внимание, что состояние ребенка удовлетворительное, температура тела не повышена, сыпь появилась накануне вечером. На теле были высыпания, которые носили распространенный характер и представляли собой мелкие округлой формы пятна до 2–3 мм в диаметре насыщенно красного цвета, не сливающиеся. Они одновременно появились на коже туловища и верхних конечностей, а на следующий день утром на нижних конечностях. У дерматолога появилось подозрение на инфекционный характер сыпи, поэтому с диагнозом инфекционная эритема была назначена десенсибилизирующая терапия и повторный осмотр врача-педиатра на утро следующего дня. Врач отправил на лечение пациентку домой, учитывая удовлетворительное состояние ребенка. Вечером у девочки поднялась температура тела до 39 градусов, ухудшилось общее состояние, появился озноб. Врачом скорой помощи больная была доставлена в инфекционное отделение детской больницы, где при дальнейшем лечении и обследовании был выявлен

иерсиниоз, скарлатиноподобная форма. Данный случай приводим в связи с тем, что начало заболевания в данном случае было не типично. Вначале появилась сыпь без повышения температуры тела, на фоне удовлетворительного состояния ребенка и высыпания на теле были не характерные для иерсиниоза, с не совсем типичной локализацией. Порой врачу бывает не просто провести дифференциальную диагностику инфекционной экзантемы и чтобы не пропустить тяжелые случаи инфекционных заболеваний, больных с подобными высыпаниями на теле необходимо обязательно консультировать и обследовать у врача-инфекциониста.

МЕДИЦИНСКИЙ ПЕДИКЮР В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НОГТЯ

Шикалов Р.Ю., Панкратов О.В., Панкратов В.Г., Левончук Е.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Лечение поражений ногтей при псориазе является сложной задачей: системные лекарственные средства обладают серьезными побочными эффектами, а топические плохо проникают через ноготь, особенно при подногтевом гиперкератозе. Хирургическое удаление сопряжено с временной утратой трудоспособности, консервативное размягчение кератолитиками занимает до 4 недель, что также снижает трудоспособность и качество жизни. Имеются сообщения об использовании зуботехнических фрез с целью удаления гиперкератотических деформаций ногтей. Характерный для псориаза феномен Кебнера, по нашим наблюдениям, не возникает при обработке ногтя, вероятно, вследствие локализации псориазных поражений на ногтевом ложе, на которое воздействие не оказывается.

Цель: оценить эффективность применения медицинского педикюра в комплексном лечении онихогрифоза и онихоуксиса при псориазическом поражении ногтей.

Материалы и методы. 84 пациента УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска, страдающих псориазом. Для оценки тяжести поражения и эффективности лечения использовался индекс NAPSИ (Nail Psoriasis Severity Index), учитывающий площадь поражения ногтя, наличие наперстковидной истыканности, изменений цвета, пятен на лунуле, гипертрофии, онихолизиса, геморрагий, «масляного пятна», подногтевого гиперкератоза. Индекс рассчитывался для ногтя большого пальца стопы, подвергавшегося педикюру, значение составляло от 0 до 8 баллов. Оценку проводили непосредственно перед обработкой ногтевых пластин и через 3 месяца. Выделялись следующие результаты лечения: – значительное улучшение – восстановление цвета и структуры ногтя либо сохранение легкой деформации, снижение показателя NAPSИ на 2 и более; – улучшение – частичный регресс патологических проявлений, снижение NAPSИ; – без эффекта – сохранение изменений ногтя и значений NAPSИ. Были сформированы 2 группы: 42 пациента получали стандартное лечение согласно клиническим протоколам, утвержденным в Республике Беларусь, и мази, содержащие топические кортикостероиды 2 раза/сутки 14 дней на концевые фаланги пальцев – (Группа 1); 42 пациента, которым

помимо стандартной терапии проводился медицинский педикюр ногтевых пластин (Группа 2). Группы не имели существенных различий по возрасту, полу и значению NAPSИ для ногтя, на который оказывалось лечебное воздействие ($p > 0,05$). В среднем значение NAPSИ до лечения составило $4,19 \pm 0,21$ баллов. Обработка ногтя проводилась при помощи аппарата зуботехнического и фрез зуботехнических твердосплавных. Послойно удалялись пораженные участки ногтя и подногтевого гиперкератоза.

Результаты и обсуждение. Процедура педикюра хорошо переносилась, неприятные ощущения оценивались пациентами как незначительные. При проведении стандартной терапии значительное улучшение были достигнуты у 23,5% пациентов, при проведении медицинского педикюра – у 61,8%. Достоверно реже отмечалось отсутствие эффекта ($\chi^2 = 4,205$; $p < 0,05$) и достоверно чаще – исход в виде значительного улучшения ($\chi^2 = 8,658$; $p < 0,01$) при использовании педикюра. При сравнении значений NAPSИ до лечения и через три месяца получены достоверно более низкие значения индекса после использования медицинского педикюра в сравнении с контрольной группой ($\chi^2 = 10,449$; $p < 0,05$).

Вывод. Предлагается эффективный и удобный метод лечения псориазных поражений ногтей в форме онихогрифоза и онихоуксиса. При использовании метода в сочетании со стандартным лечением значительное улучшение были достигнуты у 61,8% пациентов, не отмечалось осложнений и побочных эффектов.

СЛУЧАИ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Шульгина И.Г., Лиса Е.М., Федосеева М.И., Яськова И.В.

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

В научной литературе встречаются упоминания о случаях интенсивной потери волос у пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. По мнению медиков, такая потеря волос вызвана стрессом вследствие перенесенного инфекционного заболевания и развития депрессии у части больных. В период май-август 2020 года под нашим наблюдением находились 37 пациентов, 4 мужчины, 33 женщины, в возрасте от 26 до 60 лет, с жалобами на выпадение волос. В анамнезе все пациенты получали амбулаторное лечение по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19 (подтверждено ПЦР) легкой или средней степени тяжести, включающее антибактериальные и противовирусные препараты, а также необходимое обследование специалистами городских поликлиник. Среди сопутствующих заболеваний: ИБС – 6 человек, ГБ – 5 человек, эндокринопатии – 3 человека, бронхиальная астма – 2 человека. Жалобы на интенсивное выпадение волос появлялись у пациентов данной группы спустя 1–2 месяца после выздоровления от COVID-19, ранее проблем с выпадением волос никто из больных не отмечал. При осмотре дерматовенерологом: кожа и волосы на волосистой части головы не изменены, структура волос не нарушена. Дерматоскопически: волосные фолликулы

не изменены, волосяные стержни примерно одинаковы по диаметру. Всем пациентам данной группы выставлен диагноз: «Телогеновое выпадение волос, L65.0» (диффузная алопеция). При дополнительном обследовании выявлено снижение в сыворотке крови уровня витамина D от 8 до 28 нг/мл, (норма 30–100 нг/мл) – у 37 человек (100% случаев), снижение сывороточного железа ниже 9 мкмоль/л (норма 9–32 мкмоль/л) – у 17 человек (50% случаев). Отмечено, что ранее никто по поводу дефицита железа и витамина D не наблюдался. Пациентам назначалось местное лечение в соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным с диффузной алопецией и прием препаратов по рекомендации терапевта, восполняющих дефицит витамина D и железа. Через 4 недели комплексного лечения практически все пациенты отмечали приостановление выпадения волос.

Выводы: 1. Случаи выпадения волос у пациентов, перенесших COVID-19, сопровождались снижением в сыворотке крови уровня витамина D в 100% случаях и железа – в 50% случаях. 2. На фоне комплексного лечения выпадение волос приостанавливалось через 4 недели у 100% больных. 3. Снижение уровня витамина D и железа в сыворотке крови, приводящее к телогеновому выпадению волос, возможно после перенесенного инфекционного заболевания, нарушения всасываемости ЖКТ вследствие приема антибиотиков, повышенного потоотделения, неполноценной диеты, депрессии, недостаточной инсоляции.

КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ У БОЛЬНОГО ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Шурова Л.В.

ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ» г. Москвы

НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России

Цель: повысить эффективность хирургического лечения больного врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) на основе использования новой техники устранения деформаций конечностей без выполнения разрезов скальпелем и пластики послеоперационных ран.

Задачи.

1. Показать возможность устранения деформаций конечностей без выполнения разрезов скальпелем за счет тупого разделения тканей у больных ВБЭ.

2. Оценить эффективность новой методики хирургического лечения больного ВБЭ при ликвидации деформаций конечностей.

Материалы и методы. У 27 больных ВБЭ с деформациями конечностей было выполнено 59 операций, из них в области кистей – 39, в области стоп – 20. В процессе разработки методов хирургического лечения и изучения литературных данных мы пришли к выводу, что механизм образования контрактур пальцев при буллезном эпидермолизе отличается от аналогичных деформаций другой этиологии. Это обусловило возможность модификации техники операции за счет тупого разделения тканей деформированных конечностей без использования скальпеля (подано заявление о выдаче патента РФ на изобретение рег.№ 2020107132 от 17.02.2020г.). Вмешательства имели следу-

ющие особенности. С тыльной стороны кисти пальпаторно через коконообразную оболочку определяли промежутки между пальцами на уровне дистальных фаланг и производили «прокол» сомкнутыми браншами зажима типа «москит» и разводили их с устранением межпальцевых сращений и сгибательно-разгибательных контрактур пальцев. Данный подход не требовал пластики послеоперационных раневых поверхностей кожными трансплантатами. Для закрытия ран было достаточно использования современных отечественных повязок и мазей, которые сменялись один раз в неделю. Сроки эпителизации ран составили 30-40 дней после операции. Катамнез наблюдения после операций составил от 1 года до 2 лет.

Оценка результатов состояния суставов проводилась на основании определения функции кистей и стоп, а также с помощью рентгенологического исследования (программа «RadiAnt.DICOM.viewer»).

Полученные результаты.

Разработка и применение нового метода оперативного лечения деформаций конечностей у больных ВБЭ позволили добиться сокращения длительности оперативного вмешательства и проведение его без использования скальпеля и электрокоагуляторов, а также уменьшения числа перевязок в послеоперационный период (30-40 дней) и исключить необходимость обязательного проведения общего обезболивания при перевязках.

Клинический пример. Ребенок Х., 30.04.2011г.р., заболевание «врожденный буллезный эпидермолиз» диагностировано с рождения. В хирургический стационар для проведения оперативного лечения по поводу контрактур пальцев обеих кистей обратилась в возрасте 6 лет. Имелись сгибательные контрактуры II-Впальцев и деформация по типу «варежки», движения в межфаланговых суставах качательные. На рентгенограмме кистей фаланги II-Впальцев резко согнуты, соотношения в суставах сохранены. Операция выполнена под масочным наркозом «Устранение сгибательных контрактур и межпальцевых синдактилий II-Впальцев правой кисти» по описанной выше методике. Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась антибактериальная и метаболическая терапия. Местное лечение: в первую неделю после операции проведено две перевязки без наркоза с заменой верхних слоев вторичных повязок. Перевязка под наркозом выполнена через восемь дней после операции, на которой определялись гранулирующие раны с активной эпителизацией, сгибательные контрактуры пальцев были устранены полностью. На рентгенограмме правой кисти через 25 дней после оперативного лечения положение пальцев кисти в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах правильное и физиологическое. Через 28 дней после операции отмечено заживление ран и под кратковременным масочным наркозом произведена закрытая редрессация межфаланговых суставов пальцев с последующим проведением активных занятий лечебной физкультурой по разработке суставов пальцев. Устранение деформации правой кисти и восстановление её функции позволило ребенку приступить к развитию мелкой моторики пальцев и улучшить элементы самообслуживания, что до операции было невозможно сделать.

Выводы. Применение новой техники устранения деформаций конечностей у больных ВБЭ позволило повысить эффективность хирургического лечения за счет снижения травматичности операций и сокращения сроков эпителизации ран с одновременным уменьшением числа перевязок и достигнуть улучшения функциональных результатов оперативного вмешательства.

УЛУЧШЕНИЕ (ОПТИМИЗАЦИЯ) КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТОЛОГА И ОНКОЛОГА ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

*Юлдашев М.А., Абдужаппаров С.Б., Алимов Ш.Г.
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Кафедра кожных и венерических, детских кожных и венерических болезней и СПИД, КВД Джизакской области, HAYAT MEDICAL CENTRE, Ташкент*

Меланома – распространенное злокачественное заболевание меланоцитов (пигментные клетки кожи), чаще всего возникает в коже, реже слизистые оболочки. В последние годы заболеваемость меланомой растет. Меланома составляет 4% всех злокачественных новообразований у мужчин и 3% у женщин. Также надо отметить, что заболевание «молодеет», т.е. если раньше заболевание чаще встречалось у людей в возрасте после 50 лет, то сейчас границы сдвинулись к более молодому возрасту. В настоящее время это заболевание является вторым по распространенности злокачественным заболеванием среди женщин в возрасте 25–29 лет, на первом месте рак молочной железы у женщин в возрасте 30–35 лет. Заболеваемость меланомой продолжает расти быстрее, чем любой другой рак, по росту смертности это заболевание занимает 2-е место после рака легкого. Как нам известно, раннее выявление меланомы дает положительный прогноз и чем раньше, тем выше шансы на излечение. Нами совместно (дерматологи и онкологи) на регулярной основе проводятся в Джизакской области медицинские осмотры детей и взрослых. Критери-

ем для отбора и наблюдения являются: 1. Наследственная отягощенность; 2. Много родинок и веснушек; 3. Пигментное образование, на новом месте. 4. Асимметрия невуса – одна половина не похожа на другую, возможно с одной стороны рост быстрее; 5. Беспорядочные очертания – границы зубчатые, неровные, узорчатые; 6. Цветовые вариации – вкрапления различных цветов и белые, и розовые, и коричневые, и черные, и голубоватые; 7. Диаметр больше 6 мм измеряют по самой длинной оси очага. Для реализации данного совместного проекта применяется дерматоскоп (специальный микроскоп, который делает роговой слой (т.е. самый поверхностный) прозрачным, и можно посмотреть, злокачественная ли родинка). Но окончательный диагноз выставляется только после гистологического исследования (когда вырезают подозрительную родинку с участком здоровой кожи и смотрят под микроскопом срезы ткани). Таким образом, были обследованы 72 пациента с подозрением на меланому с ноября 2017 по февраль 2018 год. Гистологически был подтвержден диагноз у 3 пациентов (возраст 25, 41 и 54 года). Согласно современным требованиям пациенты прошли комплексное обследование (осмотр специалистов: офтальмолога, невропатолога), проведено МРТ и КТ. Проведено хирургическое и химиотерапия согласно стандартам. В данное время состояние пациентов оценивается как удовлетворительное, они находятся под наблюдением. Таким образом, учитывая актуальность данной проблемы, мы предлагаем для ранней диагностики как меланомы, так и других заболеваний кожи, проводить регулярные медицинские осмотры начиная с детей, проводить семинары для родителей и медперсонала по ранней диагностике пигментных образований кожи. Организовать в Филиале РСНПЦ Онкологии школу детского онколога