

ИНТЕРВЬЮ

Дерматология ЦФО: вызовы,
кадры, инновации — мнение
главного специалиста

О РАБОТЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РАССКАЗАЛА **ОЛЬГА ВАЛЕНТИНОВНА ЖУКОВА**, ПРОФЕССОР, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ МИНЗДРАВА РОССИИ В ЦФО, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЗМ, ЗАВЕДУЮЩАЯ КАФЕДРОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН ИМ. ПАТРИСА ЛУМУМБЫ, ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ.



— **Какие регионы входят в состав Центрального федерального округа? Есть ли особенности в структуре заболеваемости дерматовенерологическими патологиями у жителей ЦФО? С какими проблемами обращаются чаще всего?**

Центральный федеральный округ — самый крупный по численности населения федеральный округ. В его состав входят 18 субъектов Российской Федерации, на территории которых проживает более 40 млн жителей, что составляет 27,5% от численности всего населения Российской Федерации.

Медицинская помощь дерматовенерологического профиля на территории Центрального федерального округа оказывается в 621 кабинете врача-дерматовенеролога, развернутом на базе многопрофильных медицинских орга-

низаций, а также в 15 самостоятельных кожно-венерологических диспансерах, расположенных в 14 регионах, двух специализированных центрах в Костромской и Тверской областях, научно-практическом центре в Москве и кожно-венерологическом диспансере, являющемся структурным подразделением областной многопрофильной клинической больницы в Курской области.

Если говорить об особенностях дерматовенерологической патологии у населения Центрального федерального округа, то стоит отметить, что болезни кожи и подкожной клетчатки, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди

Окончание на стр. 2

8

Буллезный эпидермолиз:
надежда есть



12

Фотодинамическая терапия:
от эстетической медицины
до борьбы с COVID-19

15

Новый ВПЧ-Центр в Москве:
современная помощь
при вирусных заболеваниях



ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

населения всех регионов, и Центральный федеральный округ не является исключением.

Официальные данные о заболеваемости в регионах за прошедший год, которые публикует Росстат, появятся только в апреле-мае 2025 года, поэтому будем говорить о статистике 2023 года. Согласно этим данным, в Центральном федеральном округе всего было зарегистрировано 2,1 млн человек с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Таким образом, распространенность этой патологии составила 5,3 тыс. случаев на 100 тыс. населения, что немного ниже, чем в среднем по стране (5,4 тыс. случаев на 100 тыс. населения).

Всего в 2023 году в федеральном округе выявлено 1,6 млн новых случаев заболеваний болезнями кожи и подкожной клетчатки, что составляет 4 тыс. случаев на 100 тыс. населения. Больше всего в округе зарегистрировано новых случаев заболевания контактным дерматитом — 401,7 тыс., экземы — 139,7 тыс. случаев, атопического дерматита — 42,6 тыс. случаев и псориаза — 25,4 тыс. случаев.

В динамике за последние годы мы, к сожалению, наблюдаем рост заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. И такая тенденция характерна не только для нашей страны в целом, но и для других стран.

Неблагоприятные экологические условия, особенно это касается мегаполисов и крупных промышленных городов, влияние вредных факторов, вредных привычек, хронического стресса — все это вносит негативный вклад в заболеваемость дерматозами.

В 2020 году заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки снизилась, что в основном было обусловлено действующими в тот период ограничительными мероприятиями и самоизоляцией населения, связанными с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, когда пациенты, опасаясь за свое здоровье, по возможности откладывали свои плановые визиты к многим врачам, в том числе и дерматовенерологам.

Сейчас же мы видим восстановление заболеваемости до уровня доэпидемических показателей из-за так называемого эффекта «отложенного спроса», в том числе за счет обращения пациентов с запущенными заболеваниями, которые в то время не лечились или лечились самостоятельно.

— **Какие проблемы в работе службы Вы назвали бы самыми болезненными?**

Одна из тревожащих проблем — это ситуация с кадрами в регионах. Сейчас в Центральном федеральном округе работают 1998 врачей-дерматовенерологов. Обеспеченность населения дерматовенерологами находится на уровне среднего показателя по Российской Федерации (0,5 на 10 тыс. населения). Но это средние показатели по округу.

В каких-то регионах округа ситуация с кадровым обеспечением дерматовенерологической службы хорошая, например, в той же Москве, в каких-то хуже. Всего же для доукомплектова-



ния свободных ставок врача-дерматовенеролога в Центральном федеральном округе необходимо 158 человек.

Нужно отметить, что проблема кадрового дефицита медицинских работников не нова, и она носит глобальный характер, причем это касается не только дерматовенерологии, но и всех других медицинских специальностей. По оценкам зарубежных специалистов дефицит врачей существует в 132 странах мира. По оценочным данным, для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в мире требуется дополнительно около 6,4 млн врачей-специалистов и 30,6 млн медицинских сестер.

В России, согласно оценке Министерства здравоохранения Российской Федерации, дефицит врачей всех специальностей в 2023 году составлял около 25 тысяч человек, а среднего медперсонала — более 50 тысяч. В 2025 году Министерство труда и социальной защиты оценило нехватку врачей всех специальностей уже в количестве 68 тысяч человек.

— **Какие же существуют причины кадрового дефицита?**

— Это большой комплекс самых разных проблем.

Во-первых, резко выросла нагрузка на врача, и сегодня врачу любой специальности несравнимо сложнее работать, чем это было 20–30 и более лет назад. Постоянно растут требования к квалификации врача, его знаниям и навыкам, которые он

должен не только поддерживать на высочайшем уровне, но и непрерывно, в течение всей своей жизни, развивать и совершенствовать. Выросла ответственность врача за все его профессиональные действия, за принимаемые им решения в процессе диагностики и лечения пациентов.

На ситуацию с кадровым обеспечением негативно повлияла эпидемия новой коронавирусной инфекции, когда более двух лет все медики работали в режиме аврала и условиях стрессовой нагрузки, что привело к эмоциональному выгоранию многих из них. Все это напрямую коснулось дерматовенерологической службы, значительная часть коечного фонда которой и ее лабораторной службы были временно перепрофилированы под обследование и лечение пациентов с Covid-19.

Нельзя не отметить и экономические факторы. Финансово-экономическое состояние разных регионов страны различается, иногда очень существенно, что не может не отражаться на уровне зарплат врачей и среднего медицинского персонала. Это стимулирует часть медицинских работников к переезду в другие, более обеспеченные субъекты, или переходу в частные медицинские организации, предлагающие более высокую оплату труда.

Однако это общие для всех медицинских специальностей причины дефицита кадров, но существует одна из причин, характерная исключительно для дерматовенерологии. Она

связана с квалификационными требованиями к врачам-специалистам, согласно которым будущему косметологу до получения дополнительного профессионального образования по программе профессиональной переподготовки по специальности «косметология» предварительно необходимо освоить программу ординатуры по специальности «дерматовенерология».

Следствием этого становится то, что огромное количество выпускников медицинских вузов, желая стать косметологами, вынужденно занимают бесплатные места в бюджетной ординатуре по дерматовенерологии, лишая такой возможности людей, хотевших связать свое будущее с нашей профессией.

— **Какие же существуют варианты для решения всех этих проблем?**

— К сожалению, простых рецептов здесь нет.

Любому человеку, в том числе врачу, в жизни необходимо удовлетворять не только свои базовые запросы, но и социальные потребности. Поэтому заработная плата является значимым фактором привлечения в профессию, но отнюдь не единственным. Отсутствие собственного жилья, отсутствие рабочих мест для супругов, школы или детского сада для ребенка зачастую перевешивают все плюсы высокой зарплаты.

Поэтому для привлечения и удержания людей в профессии в первую очередь нужен ком-



ИНТЕРВЬЮ

плексный подход, направленный на развитие инфраструктуры, причем не только в крупных населенных пунктах.

Много надежд мы возлагаем на переход на новую систему стимулирования оплаты труда медработников, которая должна сгладить значительные различия ее уровня в регионах, тем самым уменьшив дисбаланс кадров, возникший за счет трудовой миграции.

Для решения проблемы острейшего кадрового дефицита в настоящее время в Государственной Думе рассматривается законопроект о возвращении обязательного централизованного распределения выпускников медицинских факультетов, действовавшего в СССР, где выпускник вуза был обязан отработать по распределению три года.

Хорошо зарекомендовавшим себя механизмом уменьшения дефицита кадров является целевая ординатура по дерматовенерологии. В 2024–2026 годах завершают обучение в целевой ординатуре по дерматовенерологии 15 человек. На 2025–2026 годы потребность в целевой ординатуре по нашей специальности в регионах округа составляет 41 место. О потребности в ней заявили Белгородская, Владимирская, Костромская, Липецкая, Орловская, Тверская и другие области.

Чтобы повысить заинтересованность молодежи, в школах и колледжах сегодня открываются медицинские классы, где школьникам и обучающимся подробно рассказывают о профессии дерматовенеролога, обучают медицинским навыкам и стараются заложить интерес к поступлению в медицинские вузы и будущей работе в сфере здравоохранения. Такую программу сегодня реализует Московский Центр дерматовенерологии и косметологии.

— **Что можно назвать Вашей гордостью?**

— Безусловно это Московский Центр дерматовенерологии и косметологии, в котором я тружусь в качестве главного врача.

Центр был создан в 2011 году, и сегодня в нем трудятся около 2 тыс. сотрудников, включая 677 врачей различных специальностей, из которых 577 человек — врачи-дерматовенерологи. Кроме врачей-дерматовенерологов в Центре работают врачи других клинических специальностей — акушеры-гинекологи, аллергологи-иммунологи, неврологи, онкологи, офтальмологи, психиатры, ревматологи, терапевты, урологи, обеспечивая консультативную поддержку врачам-дерматовенерологам

в процессе диагностического поиска и лечения пациентов с заболеваниями кожи и сопутствующей патологией.

Наш Центр — флагман отечественной дерматовенерологии, оказывающий весь спектр медицинской помощи пациентам с заболеваниями кожи, начиная от амбулаторной и заканчивая высокотехнологичной. К нам обращаются не только москвичи, но и жители других регионов. Заключены соглашения с медицинскими организациями Донецкой и Луганской Народных республик о консультативно-методической помощи.

Лабораторная служба нашего Центра обеспечивает возможность проведения полного спектра диагностических исследований: от общего и биохимического анализов до исследований клеточного и гуморального иммунитета и эксклюзивных лабораторных исследований на маркеры аутоиммунных заболеваний кожи. Парк самого современного автоматизированного лабораторного оборудования позволяет ежедневно выполнять свыше 10 млн исследований.

Отрадно, что многие крупные программы, реализация которых была начата и апробирована Московским Центром дерматовенерологии и косметологии, берут на вооружение другие регионы.

— **Вы говорите о Программе по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи?**

— Совершенно верно! Речь о разработанной и реализуемой нашим Центром комплексной системы скрининга и верификации меланомы кожи с помощью инновационных неинвазивных технологий. Выявление меланомы кожи на ранних стадиях предотвращает метастазирование опухоли, тем самым улучшая прогноз и качество жизни пациентов.

Организационная модель, разработанная и внедренная в Московском Центре дерматовенерологии и косметологии, получила высокую оценку в виде Премии Москвы в области медицины, и это наша отдельная гордость!

В настоящее время кожно-венерологические диспансеры практически всех регионов страны, включая регионы Центрального федерального округа, сами активно участвуют в раннем выявлении меланомы и других злокачественных новообразований кожи, используя многолетний накопленный опыт Центра.

— **Откуда чаще всего к вам приходит кадровое пополнение?**



Для меня всегда было важно не только работать в системе здравоохранения, но и передавать свой накопленный опыт молодому поколению, формировать таким образом новое поколение врачей. Тем более что в медицине сейчас идет мощный технологически прорыв, эта отрасль наиболее открыта для обмена опытом.

С 2020 года я возглавляю кафедру дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы». Наверное, сейчас это самая большая кафедра в нашей стране. Ежегодно там обучаются около 1000 студентов по дисциплинам «дерматовенерология» и «аллергология», на кафедре также проходят дополнительное профессиональное образование по косметологии.

У нас есть научный потенциал, мощная клиническая база и опыт в лечении самых сложных пациентов. Мы возродили традицию дерматологического сообщества города Москвы проводить консилиумы по разбору наиболее сложных больных при участии профессоров ведущих клиник дерматовенерологии, на которых присутствуют наши ординаторы — моло-

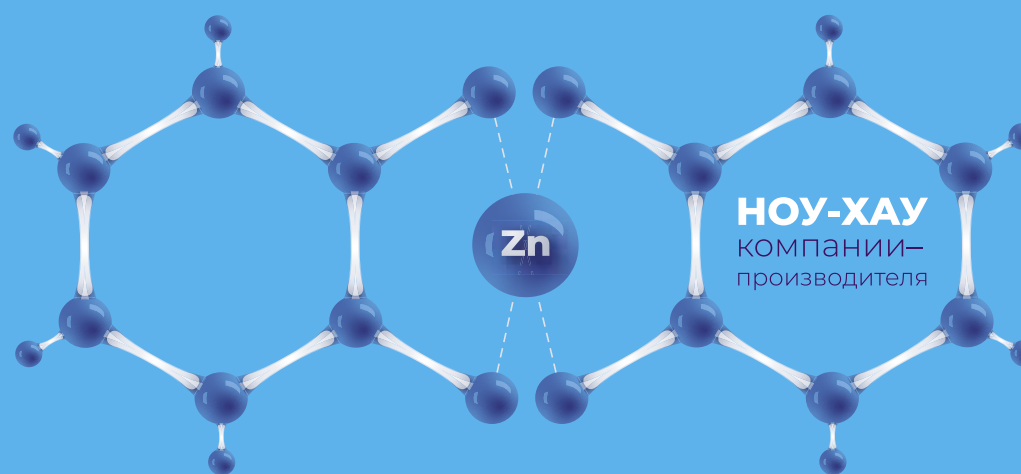
дые коллеги, что позволяет рассматривать консилиум как один из уникальных инструментов повышения профессиональной квалификации, кроме того, мы постоянно общаемся с нашими зарубежными коллегами: делимся успехами и перенимаем опыт, участвуем в конференциях, обязательно — в конкурсах молодых ученых.

Условия для обучения у нас созданы идеальные, однако у разных людей разная степень желания и мотивации. Никто не мешает ординаторам после лекций или семинаров пойти к своему наставнику, например, в отделение и учиться дальше. Довольно часто попадают очень талантливые ребята, которые полностью отдаются обучению и делу, которому они решили посвятить свою жизнь.

Одним из ключевых успехов кафедры, на мой взгляд, является вовлечение мотивированной молодежи и подготовка квалифицированных, востребованных специалистов в дерматологии. Когда наши выпускники становятся настоящими профессионалами и демонстрируют отличные результаты в своей работе, это вызывает чувство гордости. Это подтверждает, что мы движемся в верном направлении!

СКИН-КАП — ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЦИНК ПИРИТИОН АКТИВИРОВАННЫЙ

УНИКАЛЬНАЯ МОЛЕКУЛА — В 50 РАЗ СТАБИЛЬНЕЕ
прорыв в медицине XX столетия! по сравнению со стандартным цинком пиритионом¹



Без ограничений по локализации поражений



Не содержит гормонов



Входит в клинические рекомендации

1. Стабильность в водных растворах по сравнению со стандартным соединением. Согласно заключению испытательного центра ФГУ «Сергиево-Посадский ЦСМ», 2004 г.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Роль микробиологических исследований в дерматовенерологии

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПРАКТИКА ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА НАПРАВЛЕНА НА ПОСТАНОВКУ ДИАГНОЗА, НАЗНАЧЕНИЕ ТЕРАПИИ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА. В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВЫЗЫВАЮТСЯ БОЛЕЗНЕТВОРНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ. В ИХ ЧИСЛЕ ПАТОГЕННЫЕ БАКТЕРИИ, ПАТОГЕННЫЕ ГРИБЫ, ПРОСТЕЙШИЕ. ОДНОЙ ИЗ ВАЖНЫХ ЗАДАЧ, СТОЯЩИХ ПЕРЕД ВРАЧАМИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ, ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ИХ ОБНАРУЖЕНИЕ.

Целью микробиологических исследований является установление факта наличия или отсутствия возбудителя в организме больного и изучение антибиотикорезистентности культур микроорганизмов. Объектами изучения микробиологической лаборатории являются патогенные биологические агенты, а в задачи микробиологической лаборатории входит идентифицировать микроорганизмы в исследуемом материале, определить их видовую принадлежность, а также установить чувствительность выделенных микроорганизмов к антимикробным и к антимикотическим препаратам.

Полученная информация значительно расширяет диагностические возможности врача и помогает ему в планировании лечебной тактики.

Микробиологическая лаборатория Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы является специализированным отделением Централизованной клинко-диагностической лаборатории, осуществляющим микробиологические исследования по профилю «дерматовенерология».

Лаборатория оснащена современным парком оборудования, достаточным для качественного проведения микробиологических исследований, в их числе масс-спектрометр, один из современных микробиологических анализаторов.

Масс-спектрометр — автоматическая система идентификации микроорганизмов, которая использует технологию MALDI-TOF (временная матрично-активированная лазерная десорбция/ионизация), содержит популяционную базу данных с учетом разнообразия штаммов в пределах одного вида. В базе в настоящее время находятся спектры 1316 микроорганизмов.

Использование четырех слайдов позволяет проводить одновременную подготовку образцов четырьмя различными операторами на отдельных рабочих станциях с последующим одновременным размещением на одном приборе. Время исследования (идентификации) составляет 2 минуты. На одном слай-

де 48 ячеек для образцов, поэтому за один рабочий цикл могут быть идентифицированы 192 изолята (6,5 часа).

С помощью масс-спектрометра можно идентифицировать следующие штаммы:

- Грамположительные бактерии
- Грамотрицательные бактерии
- Дрожжевые грибы
- Плесневые грибы
- Mycobacterium
- Nocardia

Благодаря наличию масс-спектрометра сократились сроки выдачи результатов микробиологических исследований и расширился спектр микроорганизмов с учетом разнообразия штаммов в пределах одного вида для проведения видовой идентификации микроорганизмов.

Одним из приоритетных направлений является микологическая диагностика поверхностных микозов. Микозы считаются глобальной проблемой XXI века. По данным ВОЗ, заболеваемость микозами в мире с 2014 по 2023 год увеличилась в 1,3 раза, более 1 млрд человек страдают микозами. Причинами могут быть географическое распространение, глобальное потепление и биоразнообразие грибов, повышение вирулентности и адаптации грибов, что ведет к повышению чувствительности организма человека к грибковым патогенам и, как следствие, повышению риска заболеваемости микозами одновременно с повышением их резистентности к антимикотикам. В последние годы возникли и новые факторы риска (Covid-19, тяжелые формы вирусных инфекций, генно-инженерная биологическая терапия), которые на фоне нарушения микробиома кожи и слизистых способствуют росту частоты поверхностных микозов.

В таблице 1 представлены данные об основных исследованиях, выполняемых в микробиологической лаборатории МНПЦДК ДЗМ.

Материалом для проведения исследования на условно-патогенную флору служит материал из урогенитального тракта, с пораженных участков кожи, ногтей, ротовой полости, зева, носоглотки. Данные о проценте исследований из различных локусов за период с 2022 по 2024 год представлены на диаграмме 1.

Таблица 1

ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ
Обнаружение микроорганизмов в нативных/окрашенных препаратах
Культуральное исследование на <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Культуральное исследование на <i>Trichomonas vaginalis</i>
Культуральное исследование на дерматофитные грибы соскобов с кожи, волос, ногтевых пластинок
Культуральное исследование на <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Культуральное исследование на <i>Mycoplasma hominis</i>
Культуральное исследование на дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>
Культуральное исследование на УПМ с идентификацией до вида и определением чувствительности к антибиотикам
Идентификация микроорганизмов до рода или вида
Определение антибиотикочувствительности микроорганизмов



На диаграмме 2 представлен спектр основных групп микроорганизмов, выделенных при исследовании на УПМ из разных локусов.

На диаграмме видно, что преобладающими по количеству выделения являются микроорганизмы рода *Staphylococcus*.

Материалом для проведения исследования на патогенные грибы служат чешуйки гладкой кожи, волосистой части головы и ногтевых пластинок. Данные о доли исследований из различных локусов за 2022–2024 годы, представлены на диаграмме 3.

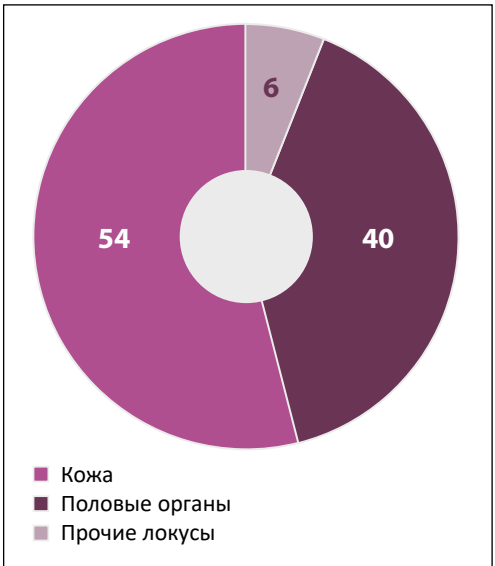


Диаграмма 1. Процент исследований на УПМ по локусам за 2022–2024 гг.

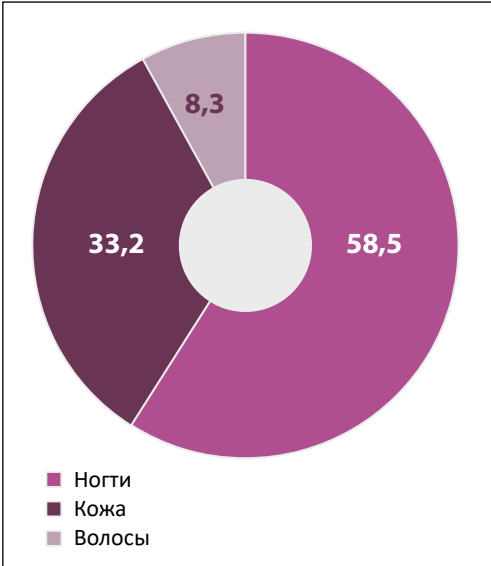


Диаграмма 3. Доля исследований на патогенные грибы по локусам за 2022–2024 гг.

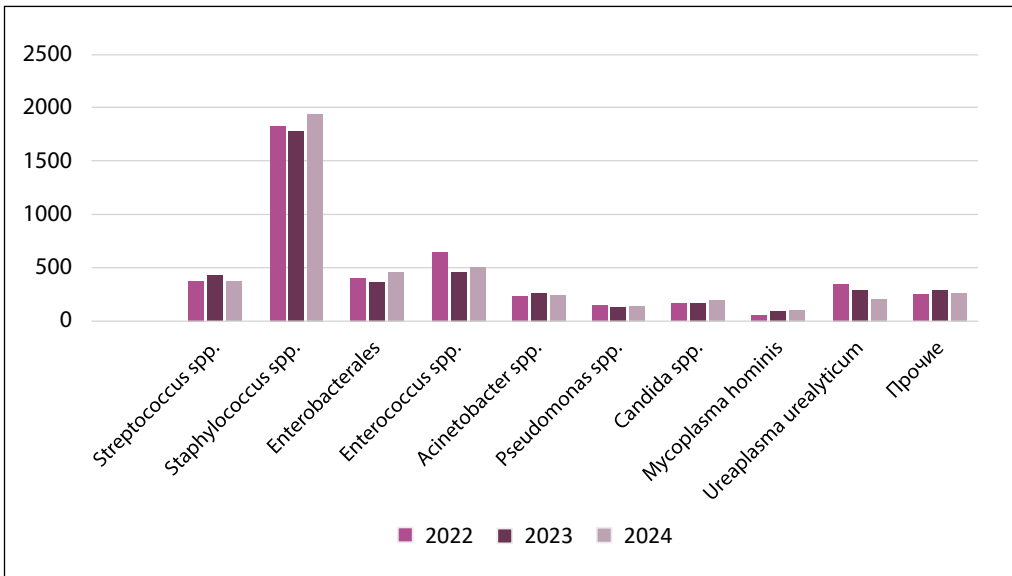


Диаграмма 2. Спектр и количество выделенных микроорганизмов при исследовании на УПМ в 2022–2024 гг.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Из диаграммы 3 видно, что большая часть исследований приходится на исследование патогенных грибов ногтевых пластин.

Из диаграммы 4 видно, что количество исследований на патогенные грибы ежегодно увеличивается. На диаграмме 5 представлен видовой состав грибковой флоры, выделенной при исследовании на патогенные грибы кожи и волос.

Самым часто выявляемым дерматофитом является *Microsporum canis* — широко распространенный возбудитель, один из основных этиологических агентов дерматофитии.

В постановке диагноза многих инфекций, передаваемых половым путем, микозов и значительной части поражений кожи золотым стандартом являются микробиологические исследования. Уровень и достоверность исследований в большой мере зависит от качества используемых сред, оснащенности лаборатории современным оборудованием, а также высокой квалификации врачей-бактериологов.

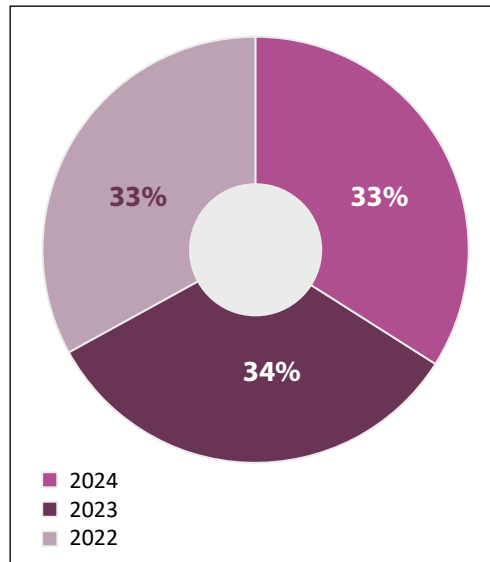


Диаграмма 4.
Доля исследований
на патогенные грибы
по годам

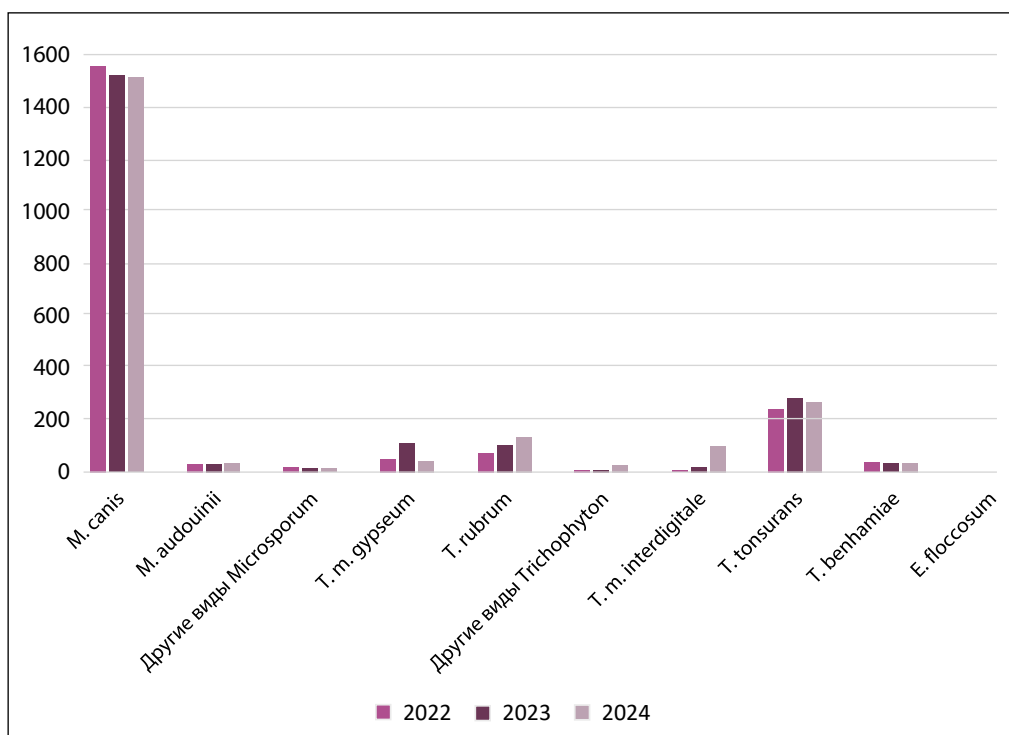


Диаграмма 5. Спектр дерматофитов, выделенных при исследовании кожи и волос в 2022–2024 гг.



Н. А. Сапожникова,
к. м. н. С. А. Полевщикова,
О. С. Вылегжанина

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

Федерация лабораторной медицины представила ключевые книги для развития профессиональных навыков

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АТЛАС

Задачей атласа является обучение специалистов клинической лабораторной диагностики особенностям морфологической структуры клеток крови и костного мозга в норме и патологии. В атласе изложены основные сведения о строении клетки, современные представления о гемопоэзе, структурной организации костного мозга, подробно описаны дифференцировка и созревание клеток эритропоэза, гранулоцитопоэза, лимфопоэза и мегакариоцитопоэза.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ МАЗКОВ: АТЛАС

Книга представляет собой диагностическое руководство для цитопатологов и специалистов по клинической диагностике, позволяющее точно установить гинекологические заболевания при исследовании Пап-мазков. Атлас также освещает распространенные спорные моменты, которые могут привести к ошибочной интерпретации результатов. Руководство ясно и кратко дает практическую информацию по всем аспектам такой диагностически сложной области, как эксфолиативная цитопатология женских репродуктивных органов.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: МОЧА, КАЛ, ЛИКВОР, МОКРОТА, СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

В издании представлены новые данные по лабораторным исследованиям, в частности коронавирусной инфекции, диагностике опухолей. Настоящее издание является переработанным и дополненным, существенно увеличен раздел, касающийся лабораторной диагностики злокачественных заболеваний, приведены современные автоматизированные методы, представлено клинико-диагностическое значение маркеров повреждения тканей и органов.



КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Склероатрофический лишай

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИШАЙ (САЛ) (LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS, СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН, СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИШАЙ, КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ, КРАУРОЗ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, КСЕРОТИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БАЛАНИТ) — ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ДЕРМАТОЗ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ПОТЕРЕЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ И ИСТОНЧЕНИЕМ КОЖИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ.



Чернова Н. И.

Впервые клиническую картину склероатрофического лишая описал Н. Hallopeau более века назад. J. Darier представил гистологические характеристики заболевания и предложил термин «склеротический красный плоский лишай».

В дальнейшем появился ряд синонимов: каплевидная морфия, белый лишай Цумбуша, болезнь белых пятен. К синонимам САЛ относили так же такие заболевания, как лишеноидная склеродермия, атрофическая точечная лейкодерма; так, исследователи считали САЛ разновидностью склеродермии, указывая на то, что зачастую у одного больного можно одновременно выявить признаки САЛ и типичные очаги склеродермии.

Споры о возможном сходстве происхождения склероатрофического лишая, красного плоского лишая и очаговой склеродермии начались в конце XIX века и продолжаются по настоящее время.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Генитальный склероатрофический лишай (ГСАЛ) — распространенный, но недостаточно диагностируемый дерматоз, поражающий лиц обоего пола. Заболеваемость ГСАЛ у женщин 14,6 на 100 тыс. населения. Отмечается бимодальное начало заболевания в препубертатном или постменопаузальном периоде. В последние десятилетия во всем мире регистрируется неуклонное уменьшение возраста больных ГСАЛ.

Заболеваемость среди мужчин в десять раз ниже, чем у женщин.

ЭТИОЛОГИЯ

В настоящее время этиология заболевания неизвестна. Существует несколько теорий возникновения ГСАЛ: аутоиммунная — у больных склероатрофическим лихеном выявляется повышенный уровень органоспецифических антител и нередко встречается сочетание дерматоза с другими аутоиммунными заболеваниями (тиреоидитом (от 12% до 30%), очаговой алопецией (9%), витилиго (6%) и пернициозной анемией (2%)); нейроэндокринная — ее основу составляют изменения всех уровней нервной системы, особенно гипоталамических центров, что впоследствии приводит к гормональному дисбалансу (снижению продукции эстрогена и, соответственно, снижению количества эстроген-рецепторов, нарушению метаболизма тестостерона в крови и коже) и как следствие — нарушениям трофики тканей; генетическая — около 12% больных САЛ имеют положительный семейный анамнез; инфекционная — изучаются такие инфекционные агенты, как ВПЧ, ВПГ. Тем не менее ни одна из предложенных теорий полностью не доказана и окончательно не принята.

КЛИНИКА

Ключевым субъективным симптомом заболевания у женщин является зуд, особенно выраженный в ночные часы. Боль отмечается реже и ассоциируется с появлением эрозий или трещин. При прогрессирующих формах заболевания отмечаются дискомфорт при мочеиспускании, болезненность при половых контактах. В ряде случаев заболевание может протекать бессимптомно и является случайной находкой при осмотре.

При прогрессировании процесса — позднем ГСАЛ развиваются атрофия и депигментация кожи по типу папиросной бумаги или пергамента, резорбция малых половых губ, клитора, облитерация уретры, стеноз входа во влагалище, поражение промежности, ануса по типу «восьмерки», «песочных часов», «цветка лотоса» (см. рис 2).

Высыпания, характерные для ГСАЛ, у мужчин локализуются преимущественно на крайней плоти, головке полового члена, венечной бороз-

де, реже — на стволе полового члена. На начальных этапах ГСАЛ характеризуется кольцевидной индукцией по краю препуциального мешка, позже формируется склеротическое кольцо с вовлечением всей крайней плоти и головки полового члена. Клиническая картина склеротического постита представлена кольцевидной склеротической бляшкой белесоватого цвета, эрозиями, трещинами, белесоватыми рубцами, петехиями, экхимозами, телеангиэктазиями, сужением крайней плоти, различной степени стянутостью («песочные часы», парафимоз). На головке полового члена отмечаются фарфорово-белые пятна, бляшки, петехии, телеангиэктазии, очаги атрофии (см. рис.3).

У МУЖЧИН ТЕЧЕНИЕ ГСАЛ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ РУБЦОВЫМ ФИМОЗОМ, ПАРАФИМОЗОМ И СТЕНОЗОМ УРЕТРЫ. У ЛИЦ ОБОЕГО ПОЛА — ЛЕНТИГИНОЗОМ. МАЛИГНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА С ПЕРЕХОДОМ В ПЛОСКОКЛЕТОЧНУЮ КАРЦИНОМУ ВСТРЕЧАЕТСЯ В <5% СЛУЧАЕВ

При вовлечении в процесс наружного отверстия уретры и ладьевидной ямки, кроме белесоватых пятен, бляшек, петехий, отмечаются атрофия, стеноз.

Заболевание у мужчин отличается упорным рецидивирующим течением, сопровождается воспалительно-дистрофическими, фиброзно-склеротическими и атрофическими изменениями кожи гениталий.

Среди осложнений ГСАЛ наиболее часто отмечается присоединение вторичной инфекции (микотической, бактериальной или вирусной). Наличие которой может маскировать дерматоз, затрудняя установление диагноза, или привести к ухудшению течения заболевания в случае применения тГКС.

Формирование спаек и рубцов при ГСАЛ приводит к образованию псевдоклиторы, сужению входа во влагалище, наружного отверстия мочеиспускательного канала, ануса. Часто среди осложнений у пациентов с ГСАЛ регистрируется нарушение мочеиспускания, дефекации, вульво-

диния, дизестезия полового члена, нарушение сексуальной функции.

Дифференциальная диагностика ГСАЛ. Красный плоский лишай (lichen planus) — характерны множественные папулы, склонные к группировке, бляшки, белый сетевидный гиперкератоз, эрозии, рубцы. Пациенты предъявляют жалобы на боль, жжение. Основное отличие от САЛ — вовлеченные в процесс слизистые оболочки влагалища и СОПР.

Интраэпителиальная неоплазия — очаги представлены приподнятыми бляшками с четкими границами. Цвет бляшек от белесоватых, розовых до серых, голубых. Гиперкератотические быстро увеличивающиеся в размерах папулы

и бляшки, длительно незаживающие эрозии. Интенсивный зуд в зоне поражения.

Контактный ирритативный дерматит. Эритема с четкими контурами, отек, поверхностные эрозии, при хроническом процессе лихенификация, инфильтрация.

Аллергический дерматит. Клиническая картина зависит от иммунологических особенностей организма и частоты контакта с аллергеном. Характерны эритема с нечеткими контурами, отек, везикуляция, возможны инфильтрация, лихенификация, шелушение, сопровождающееся зудом, жжением.

Атопический дерматит в зоне гениталий наиболее часто поражает кожу больших половых губ, промежность, паховые складки, мошонку. Отмечаются явления эритемы, с нечеткими границами, лихенификация, муковидное шелушение, длительно незаживающие трещины, инфильтрация. Интенсивный зуд носит постоянный характер.

Псориаз — высыпания могут локализоваться на лобке, промежности, часто с переходом на ягодичную складку, головке полового члена, больших половых губах. Папулы с нечеткими контурами, сочные, красные, по типу экссудативного псориаза. Шелушение слабое, феномен Кебнера выраженный. Зуд незначительный.

Витилиго — проявляется депигментированными пятнами различных размеров и формы, окруженными пигментированным венчиком. Поверхность кожи в области депигментации не изменена. Боль, зуд или другие неприятные ощущения, характерные для СЛ, больные не испытывают

Инфекционные поражения: стрептококковая инфекция — гемолитический стрептококк группы А может вызвать баланопостит, вульвит или перианальный дерматит. В типичных случаях отмечаются жжение, эритематозная сыпь в перианальной области, образование перианальных трещин, делающих дефекацию болезненной.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз ГСАЛ устанавливается на основании анамнеза, физикального обследования кожи с визуальным осмотром и пальпацией очагов поражения. Для постановки диагноза необходимо по крайней мере 3 из 8 признаков.

- Симптомы зуда.
- Наличие снежно-белых пятен, фарфорово-белых папул или бляшек.



Рис. 1 Склероатрофический лишай в области молочной железы, живота, гениталий

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- Наличие инфильтрации.
- Отек клиторального капюшона.
- Наличие нечетко ограниченной эритемы.
- Мацерация; эрозии; петехии и телеангиоэктазии.
- Поражение межлабиальных борозд, малых половых губ, больших половых губ, клитора, клиторального капюшона, промежности, перианальной области, лихенификация.
- Потеря нормальной архитектуры.

При наличии длительно не заживающих эрозий / изъязвлений, гиперкератоза, пигментированных участков или экхимоза, бородавчатых или папулезных поражений для исключения дисплазии/онкопатологии рекомендуется исследование биопсийного материала кожи. Кроме того, гистологическое исследование проводится после проведения циркумцизии, в случае резистентности к адекватной терапии первой линии.

Для повышения информативности исследования рекомендуется проведение биопсии не ранее чем через 14 дней после применения ТГКС. При гистологическом исследовании в биоптате кожи на ранних стадиях САЛ определяется утолщение базальной мембраны, гиперкератоз, вакуолизация и дегенерация клеток базального слоя и лихеноидный инфильтрат на уровне дермо-эпидермального соединения, состоящий преимущественно из лимфоцитов и эозинофилов. На поздних стадиях заболевания отмечается выраженный отек и гомогенизация волокон в папиллярной дерме, гиалинизация базальной мембраны, воспалительный инфильтрат, включающий лимфоциты, эозинофилы, гистиоциты, плазматические клетки. Рекомендуется исследование соскобов при наличии анамнестических данных или признаков кандидозной, бактериальной, вирусной инфекций для исключения вторичной инфекции, особенно при наличии эксфолиаций.

В случае затруднения в установлении диагноза желателен проведение дерматоскопии. Наиболее часто встречающимися дерматоскопическими признаками являются гомогенные бесструктурные области ярко-белого цвета, уменьшение или полное исчезновение сосудистых структур, желтовато-белые круги, они же роговые пробки (комедоноподобные отверстия), и бесструктурные участки красновато-пурпурных оттенков в виде точек, глобул или отдельных бесструктурных зон пурпурной гаммы (соответствуют кровоизлияниям, которые могут спонтанно появляться по мере развития склероза).

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия ГСАЛ должна быть:

- Комплексной
- Этапно-курсовой.
- Индивидуальной.

При этом важен дифференцированный подход с учетом клинического течения заболевания, сопутствующей соматической и генитальной патологии, что позволяет назначить адекватное лечение, направленное на снятие зуда, ликвидацию воспалительных изменений и улучшение трофики тканей.

Сверхмощные или мощные топические стероиды составляют основу лечения САЛ генитальной локализации. Лекарственные средства данной группы подавляют воспаление, приводят к купированию симптомов и предотвращают прогрессирование процесса. Рекомендуется Клобетазола пропионат 0,05% мазь, Мометазона фураат мазь 0,1%, наносить на пораженные участки 1–2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки или через день в течение 1 месяца, далее 2 раза в неделю в течение месяца. При наличии суперинфекции старт терапии осуществляется комбинированными ТГКС, мощный ГКС в сочетании с антибактериальными и противогрибковыми средствами: мометазона фураата с гентамицином, эконазолом и декспантенолом, крем наносится тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней; или бетаметазон с гентамицином и клотримазолом мазь наносится тонким слоем

на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней;

В случае резистентности ГСАЛ к терапии сверхмощными или мощными ТГКС применяются топические ингибиторы кальциневрина.

В комплексной терапии, совместно с сильнодействующими ТГКС, ТИК рекомендуются препараты, способствующие увлажнению, восстановлению гидролипидного баланса, оказывающие противовоспалительное, антисептическое, регенерирующее, смягчающее действие.

В качестве методов, способствующих увеличению ремиссии, могут применяться: лазерные воздействия, введение аутогенной тромбоцитарной плазмы (PRP), биоревитализация препаратами гиалуроновой кислоты.

При сочетании ГСАЛ с гениоуринарным менопаузальным синдромом или вульвовагинальной атрофией, после курса ТГКС, по согласованию с акушером-гинекологом — рекомендуется применение топических эстрогенов.

В случае резистентности ГСАЛ к терапии сверхмощными или мощными топическими глюкокортикостероидами и топическими ингибиторами кальциневрина как альтернативный способ рекомендуется фотодинамическая терапия.

В случае тяжелого прогрессирующего течения заболевания, устойчивости САЛ к местным средствам рекомендуется системная терапия. Возможно применение ацитретина, метотрексата, циклоспорина.

Хирургическое лечение показано в случаях сочетания ГСАЛ с интраэпителиальной неоплазией или карциномой, облитерации уретры, выраженного сужения входа во влагалище. Следует учитывать, что результаты хирургического лечения облитерации физиологических отверстий при САЛ в значительном количестве случаев бывают неудовлетворительными, что обусловлено феноменом Кебнера. В связи с чем подчеркивается необходимость противовоспалительной терапии в до- и послеоперационном периоде.

Во время беременности отмечается улучшение течения САЛ, потребность в активной терапии в большинстве случаев уменьшается. В случае необходимости лечение топическими глюкокортикостероидными средствами может быть продолжено во время беременности. Если ГСАЛ хорошо контролируется, роды через естественные родовые пути не противопоказаны.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Комплаентность больного.

Использование назначенных препаратов в меньшем объеме, в разбавленном виде, с недостаточной кратностью и продолжительностью; игнорирование применения эмоментов (средств, оказывающих увлажняющее, противовоспалительное, регенерирующее, смягчающее действие); проведение неадекватной гигиены;

- Присоединение бактериальных, вирусных, грибковых инфекций гениталий.
- Точность диагноза.

Ввиду значительного количества осложнений САЛ, необходим мультидисциплинарный подход (эндокринолог, терапевт, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, проктолог).

ИНТИМНАЯ ГИГИЕНА

Для пациентов с САЛ важное значение имеет адекватная интимная гигиена. Очищение половых органов рекомендуется проводить по мере загрязнения, не менее двух раз в день, прохладной проточной водой, при необходимости с использованием специальных синтетических очищающих средств со слабокислым или кислым pH, содержащим дополнительные увлажняющие, питательные компоненты.

С целью предупреждения нарушений функции эпидермального барьера не рекомендуется применять мыло и очищающие средства с pH более 8,5, имеющие в своем составе синтетические антибактериальные компоненты, из-за их потенциально отрицательного воздействия на белки и липиды рогового слоя, гидролипидную мантию и микробный пейзаж.



ПОСЛЕ МЫТЬЯ НА ПОРАЖЕННЫЕ И ПРЕДЛЕЖАЩИЕ УЧАСТКИ КОЖИ НАНОСЯТСЯ ЭМОЛЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ В СВОЕМ СОСТАВЕ КАСТОРОВОЕ, ЛАВАНДОВОЕ МАСЛО, МАСЛО ЖОЖОБА, КОКОСА, ПРОПИЛЕНГЛИКОЛЬ, ГИАЛУРОНОВУЮ КИСЛОТУ, ДЕКСПАНТЕНОЛ, ГЛИЦЕРИН

Кожа наружных половых органов женщин в менопаузе и старшем возрасте с САЛ вне зависимости от степени тяжести и ремиссии нуждается в более бережном очищении специальными средствами, в первую очередь из дерматологических линеек, с дальнейшим нанесением липидовосстанавливающих средств, так как на фоне гормональных, метаболических изменений, соматической патологии отмечается уменьшение количества липидов, белков в роговом слое эпидермиса, что уже само по себе сопровождается симптомами сухости и дискомфорта. При САЛ наблюдается дефицит белков — церамидов, клаудинов, филаггрина, усугубляется дисфункция иммунного барьера — толл-подобных рецепторов 2 типа, увеличивается дефицит антимикробных пептидов, что приводит не только к сухости кожи, но и к нарушениям микробиоценоза. В связи с чем применение эмоментов является обязательным.

Идеальные эмоменты для женщин в менопаузе и старшем возрасте с САЛ должны обеспечивать насыщение эпидермального барьера жирными кислотами, восстанавливающими межклеточный цемент, снижать ТЭПВ и содержать компоненты, связывающие воду. Так как его основа способна изменять физико-химические свойства эпидермиса, что связано с ее влиянием на содержание воды и липидов в коже, а также на липидный состав.

Желательно применять средства дерматологических линеек в различных формах — очищающие гели, масла, а также кремы, бальзамы, масла, эмульсии для ежедневного применения.

При наличии дискомфорта и сухости слизистых оболочек влагалища рекомендуются увлажняющие средства на основе гиалуроновой кислоты.

Для предупреждения феномена Кебнера, пациентам с САЛ рекомендуются лубриканты (биологически инертные композиции, предупреждающие раздражение, травматизацию кожи и слизистых половых органов).

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентов со стабильным течением заболевания осматривают ежегодно. Исключение составляют хорошо осведомленные лица с оптимальным контролем симптомов. Больные должны быть проинформированы, что при наличии опухолевидных образований, изъязвлений, изменений в симптомах или внешних проявлениях они должны посетить врача.

Обобщая возможные схемы и методы лечения генитального склероатрофического лишая, можно выделить основные моменты: применение ультрамощных или мощных ТГКС является золотым стандартом терапии ГСАЛ. Длительность проведения супрессивной терапии осуществляется в соответствии с продолжающейся воспалительной активностью процесса. Постоянное использование увлажняющих, смягчающих средств. В качестве дополнительных методов лечения может применяться лазерная терапия, введение аутогенной тромбоцитарной плазмы (PRP), биоревитализация препаратами гиалуроновой кислоты. Всем пациентам показано долгосрочное наблюдение. Осмотр рекомендуется проводить каждые 6–12 месяцев для оценки жалоб, исключения изменений кожи половых органов.

**д.м.н. Н. И. Чернова,
И. С. Задорожная,
М. И. Проскурина**

ИННОВАЦИИ

Буллезный эпидермолиз: надежда есть

В РОССИИ СТАРТОВАЛА ТЕРАПИЯ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА ПРЕПАРАТОМ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ. ИННОВАЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТ ЗАКУПАЕТ СОЗДАННЫЙ ПРЕЗИДЕНТОМ РОССИИ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ И РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «КРУГ ДОБРА».

Буллезный эпидермолиз — редкое генетическое заболевание, при котором радикально снижается прочность кожи, а в тяжелых случаях — слизистых оболочек. Это происходит из-за мутаций в генах, кодирующих белки, «сшивающие» слои кожи между собой. До недавнего времени для терапии тяжелой болезни существовала лишь симптоматическая терапия, не было специфического лекарственного препарата. Однако недавно был создан препарат генной (привнесение в организм функциональной копии неработающего у пациента гена) терапии Беремаген геперпавек, который оперативно стал доступен и российским детям с дистрофическим буллезным эпидермолизом и изменениями в гене COL7A1. Препарат способствует выработке в коже коллагена 7-го типа, синтез которого снижен или отсутствует у категории пациентов, что вызывает самую тяжелую — дистрофическую форму Буллезного эпидермолиза.

В прошлом году препарат Беремаген геперпавек был одобрен экспертным и попечительским советом Фонда «Круг добра» для внесения в перечень закупок Фонда. Россия стала одной из первых стран в мире, где доступно лекарство. Его стоимость — несколько десятков миллионов рублей за курс. Препарат должен значительно упростить уход родителей за детьми, повысить качество жизни пациентов.

Беремаген геперпавек — это гель, такая необычная для генного препарата лекарственная форма обусловлена особенностями и возможностями генной терапии именно кожи. В том месте, где нанесено лекарство, клетки кожи, не способные нормально вырабатывать коллаген из-за генетической поломки, теперь смогут функционировать как здоровые. Результаты клинических исследований показывают, что применение лекарства позволяет затягивать раны на коже у детей с самыми тяжелыми формами Буллезного эпидермолиза, а эффект применения достаточно продолжительный.

Начиная с 2013 года в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» успешно реализуется целевая субсидия из бюджета города для лечения детей с врожденным буллезным эпидермолизом, предоставленная Правительством Москвы. Данная субсидия дает возможность в полном объеме обеспечить пациентов города Москвы с установленным диагнозом «Врожденный буллезный эпидермолиз» с момента первых дней жизни перевязочными материалами, лекарственными



средствами и изделиями медицинского назначения.

В феврале 2025 года первые пациенты с дистрофической формой буллезного эпидермолиза из Москвы также начали получать генную терапию инновационным препаратом. Лечение проходит в «Северо-Восточной клинике с детским центром» Центра. Процедура нанесения препарата предполагает разморозку, смешивание двух фракций (все занимает 35 минут), обработку раны и нанесение геля по определенной процедуре. Нанесение препарата должно проходить еженедельно.

Препарат Беремаген геперпавек стал новой эрой в терапии буллезного эпидермолиза, так как является первым в мире препаратом, действующим непосредственно на причину заболевания. Суть терапии заключена в реактивации синтеза коллагена 7-го типа у пациентов,

страдающих дистрофической формой буллезного эпидермолиза. Нанесение препарата осуществляют накожным методом (что позволяет снизить риски нежелательных явлений, а также исключает любые болезненные воздействия на хрупкую кожу пациентов). Особенностью препарата является то, что он не только оказывает воздействие на существующие раны, но и предотвращает их появление в области применения на значительное время.

Еженедельное нанесение препарата позволяет обеспечивать контроль за состоянием кожи пациента, производить индивидуальный подбор дозировки, которая будет наиболее оптимальна в каждой конкретной ситуации. Процесс нанесения препарата достаточно прост: после приготовления препарата врач с помощью специального шприца наносит 1 каплю готового геля на 1 кв. см пораженной кожи пациента. Этот

вариант дает специалисту убедиться в том, что вся область раны обработана препаратом. Далее рана укрывается послойно с использованием специализированных неадгезивных средств, часть из которых является отечественной разработкой нашего Центра. После окончательной фиксации пациент может продолжать активный, привычный ему образ жизни. На следующие сутки повязки снимаются, производится оценка состояния кожных покровов, обработка по необходимости. Эффект препарата наблюдается достаточно быстро и заметен не только специалисту, но и пациенту и его родственникам. Исследования препарата продолжаются, мы надеемся на подтверждение длительности оказываемого эффекта на состояние кожного покрова наших пациентов.

**П. И. Богдан, П. С. Уткин,
к. м. н. О. В. Поршина**



ИСТОРИЯ КОСМЕТОЛОГИИ

Первые крупные производства парфюмерии и косметики в России и открытие Института врачебной косметики провизора А.М. Остроумова

ПАРФЮМЕРНОЕ ТОВАРИЩЕСТВО «С.И. ЧЕПЕЛЕВЕЦКИЙ С С-МИ» ЗАНИМАЛО В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ ОДНО ИЗ ВЕДУЩИХ МЕСТ КАК ПО АССОРТИМЕНТУ ВЫПУСКАЕМЫХ ТОВАРОВ, ТАК И ПО ИХ КАЧЕСТВУ, ПОЛУЧИВ ПЯТЬ ВЫСШИХ НАГРАД НА ВСЕМИРНЫХ ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННЫХ ВЫСТАВКАХ. ОНО БЫЛО УЧРЕЖДЕНО ОДНИМ ТАЛАНТЛИВЫМ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕМ ЕВРЕЙСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ САМУИЛОМ ИСААКОВИЧЕМ ЧЕПЕЛЕВЕЦКИМ, КОТОРЫЙ В 1871 Г. НАЧАЛ БИЗНЕС С ПРОИЗВОДСТВА НЕДОРОГОГО МЫЛА.

В 1909 г. Торговый дом был преобразован в «Товарищество парфюмерной фабрики С.И. Чепелевецкий с сыновьями» и поставлял свои товары в Китай, Персию и другие страны. Товарищество «С. Чепелевецкий с сыновьями» награждалось высшими наградами на Всемирных выставках в Милане, Париже, Антверпене, Мадриде, Гааге, а владелец занимался благотворительностью. Например, на его пожертвования была построена еврейская больница на Воронцовской улице. Чепелевецкий перестроил под фабрику свои владения, украсив фасад главного дома лепниной, а фронтон дома — барельефом с буквой «Ч», а в доме открыли контору и синагогу. Большой популярностью пользовались духи и мыло «Цветущий ландыш», «Цветущая сирень», при доступных ценах имевшие прекрасное качество. После революции парфюмерная фабрика Самуила Чепелевецкого была преобразована в мыловаренный завод «Профработник». В синагоге устроили клуб, фабричная артезианская скважина стала обслуживать Воронцовские бани.

Свой след в истории российской парфюмерии и косметики оставили фабриканты Альфонс Сиу, Константин Эрманс, Николай Маттейсен, Фердинанд Мюльгенс и семейство Феррейнов. Отдельными видами парфюмерно-косметических средств прославились доктор медицины Мстислав Боголюбов, выпускавший борно-ментоловую пудру, аптекарь Александр Рубановский, своим мылом, а также Николай Петров — монополист российского рынка в производстве лечебно-косметического тополевого бальзама.

Одно из крупнейших предприятий не только в Москве, но и в России, — «Товарищество парфюмерной фабрики провизора А.М. Остроумова» образовалось из скромного маленького предприятия. Начиная с 1885 г. оно стало производить свой первый продукт — гигиеническое мыло от перхоти — и, благодаря рекламе в газетах, быстро стало бестселлером.

Следующим по популярности средством стал гигиенический крем «Метаморфоза», производство которого продолжалось более 30 лет. В 1900 г. было основано «Паевое товарищество парфюмерной фабрики провизора А.М. Остроумова», большинство продуктов которого, помимо Москвы, имело громадный сбыт за рубежом. К 1912 г. «Товарищество» стояло в ряду со старейшими и крупнейшими парфюмерными фабриками России и имело множество высших наград, служившими отличнейшей рекламой фирмы и лучшим доказательством прекрасного качества ее продукции. В рекламных проспектах «Товарищества провизора А.М. Остроумова», в качестве высшего аргумента о достоинствах продукции, приводились отзывы популярных людей того времени: «Если бы Наполеон пользовался остроумовским «Наполеоном», Жозефина никогда бы ему не изменила». Парфюмерную продукцию этой фабрики обожали актрисы и не стеснялись в похвале. Так, напри-

мер, ведущая актриса «Свободного театра» Татьяна Розова оставила памятную надпись на своей фотокарточке: «Меня часто спрашивают какие самые лучшие духи и одеколоны из всей массы русских и зарубежных фабрик? Я считаю, что лучшие духи и одеколон это — «Чайная роза» Вашего производства». «Цветы живут одно мгновение, а Ваши духи и одеколон «Флоранж» — вечно». Эти слова принадлежат другой замечательной актрисе — Анне Казмицевой. Свой восторг и признание ароматам, произведенным парфюмерной фабрикой Остроумова, выражали такие известные театральные дивы конца XIX — начала XX в., как Маргарита Васильева, Марта Закревская, Бронислава Рудковская, Ада Сари, Елена Степанова, Анна Третьякова, Нина Чернобаева, балерины Тамара Карсавина, Мария Петипа, певицы Надежда Плевицкая, Антонина Нежданова, Елена Степанова и многие другие.

Сам провизор А.М. Остроумов вел еще и издательскую деятельность. Благодаря ему увидели свет такие книги, как «Эманиации ради в приложении к косметике» (1907 г.), «Виды Москвы» (1908 г.), «Руководство по врачебной косметике и лечению волос» (1911 г.), «Женщина в доме и в обществе» (1912 г.), «Год Ужаса и Славы» (к 100-летию событий 1812 года) (1912 г.) и другие. «Товарищество» также пользовалось широкой известностью как фирма, производящая медицинские и гигиенические продукты, что составляло исключительную не-



А.М. Остроумов

только в Москве, но и во всей России особенность этого производства.

8 октября 1910 г. провизором А.М. Остроумовым был учрежден Московский Институт Врачебной Косметики, в котором, по словам самого учредителя, «все методы лечения ... основаны исключительно на строго научных началах и ведутся опытными лицами, специализировавшимися за границей». Самым главным отличием его от Первого Московского Института Врачебной косметики 1909 г. было наличие отдела пластической хирургии и уникальной лаборатории. Институт подразделялся на 6 отделов:

1. Рентгеновский кабинет.
2. Отдел пластической хирургии.
3. Отдел «физических методов лечения, включающий в себя электризацию, массаж, души, свет, воздушные ванны» и прочее.
4. Отдел лечения болезней волос.
5. Гигиенический и косметический отдел.
6. Склад врачебно-косметических средств для ухода за лицом и домашней гигиены.

Рентгенотерапия использовалась для лечения «болезней и недостатков кожи». Врачи института также применяли рентгенотерапию для удаления волос на теле пациента. В отделе пластической хирургии проводили следующие операции: «исправление деформаций носа, уха, исправление надключичных впадин, исправление деформированных ногтей, удаление красноты носа, удаление оспенных знаков, бородавок, родимых пятен» и прочих «недостатков» на коже.

Отдел физических методов был оснащен всевозможными современными аппаратами для лечения «вялой, пористой кожи, вялых мышц лица, морщин и т.п.» Сухопарные ванны, термованны, паровые ванны и души применялись для очищения кожи, устранения «чрезмерной потливости и сильного выделения кожного сала». Отдел располагал аппаратом вибрационного массажа, а также специальными приборами для массажа шеи, носа, глаз, груди. Здесь прово-



С.И. Чепелевецкий

дились массажи для укрепления кожи и улучшения цвета лица по методам Гоффа, Пашкиса, Заблудовского и пр., а также общие массажи от ожирения и световые процедуры для укрепления кожи. Особой популярностью пользовался специальный комплекс процедур для укрепления бюста, в который входили: ручной массаж грудной клетки и желез, вибрационный массаж, Римские обтирания, грудной душ, электризация, дыхательная и гигиеническая гимнастика. Для удаления «оспенных знаков» предлагались электролиз и пневматический массаж, для лечения пигментации применялись средства «обесцвечивающие и шелушащие кожу».

«Отдел лечения болезней волос и гигиены их» был оснащен по последнему слову техники. Применение микроскопического и бактериологического анализа волоса позволяло определять причину, вызывающую «выпадение или иную болезнь волос».

Гигиенический и косметический отдел включал в себя гигиенические массажи и наложение «грима», для которого применялись безвредные средства, изготавливаемые «в помещении Института ежедневно с 10 утра до 7 вечера» в специальной лаборатории. Все средства, применяемые в Институте, были составлены по новейшим рецептам русских и зарубежных специалистов. Людям, не имеющим возможности посетить Институт лично, по желанию высылались опросные листы. Заполнив такой лист, человек отправлял его обратно в Институт, где врачи изучали его жалобы и вписывали свои рекомендации для «заочного лечения».

В начале XX в. появляются первые руководства по врачебной косметике: Курс врачебной косметики для врачей, массажистов и публики» (Н.В. Слетов, 1910 г.) и «Руководство по врачебной косметике и лечению волос» (С.Н. Маржецкий, 1911 г.). Издателем последнего был Институт Врачебной Косметики провизора А.М. Остроумова. В ней автор предостерегает читателей от увлечения «авантюристическими» методами ухода за собой, призывая довериться «созданной прогрессом врачебной косметике, пластической хирургии, волосотерапии и другим видам врачебно-косметического лечения».

А.А. Сточик



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Вегетирующая пузырчатка

ПУЗЫРЧАТКА — ГРУППА АУТОИММУННЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ, ПРИ КОТОРЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ ЦИРКУЛИРУЮЩИМ АУТОАНТИТЕЛАМ, НАПРАВЛЕННЫМ ПРОТИВ АНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ ДЕСМОСОМАЛЬНОГО АППАРАТА МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ (КОЖА, СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ПИЩЕВОДА И ДРУГИХ ОРГАНОВ).

ПУЗЫРЧАТКА КОЖИ. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

✓ Впервые термин пузырчатка (от греч. pemphigus — капля, пузырь) применил **Гиппократ** (460–370 гг. н.э.) для обозначения тяжелой лихорадки, сопровождающейся появлением на коже пузырей.

✓ **Авиценна** в 1020 году также упоминал высыпания на коже в виде «водяных прыщей».

✓ В XIX веке на основании особенностей клинической картины выделяют различные варианты пузырчатки: листовидная впервые описана **Cazenave** в 1844 г., вегетирующая — **I. Neumann** в 1886 г.

ЭТИОЛОГИЯ ПУЗЫРЧАТКИ. ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- ✓ Гормональные изменения (в том числе во время беременности).
- ✓ Лекарственные препараты, содержащие тиоловые и сульфидные связи: пенициллин, D-пеницилламин, цефалоспорины, каптоприл, пироксикам, аспирин, рифампицин, нестероидные противовоспалительные препараты.
- ✓ Паранеопластический процесс.
- ✓ Инфекции (вирус простого герпеса, вирус Эпштейн–Барр, цитомегаловирус).
- ✓ Ультрафиолетовое излучение.
- ✓ Ионизирующее излучение.
- ✓ Контакт с пестицидами (фенол, фосфат, хлор).
- ✓ Механическая травма кожных покровов, ожоги.

Пищевые продукты, содержащие тиолы, гликозиды, изоцианаты, фенолы, танины.

Основой патогенеза пузырчатки является появление IgG-аутоантител к белкам межклеточной адгезии: десмоглеину 1 и 3 [1]. Предполагается, что десмоглеины являются молекулами клеточной адгезии. В тех случаях, когда вульгарная пузырчатка поражает преимущественно слизистые оболочки, отмечаются антитела к десмоглеину 3; при наличии слизисто-кожных высыпаний у больных регистрируется два вида антител: антитела к десмоглеину 3 и антитела к десмоглеину 1. Аутоантитела нарушают выполняемую десмоглеинами функцию межклеточной адгезии или же препятствуют

участию десмоглеинов в сборке десмосом, это вызывает акантолиз и образование внутриэпидермальных пузырей.

В Российской Федерации, согласно данным Федерального статистического наблюдения, в 2014 году заболеваемость пузырчаткой составила 1,9 случая на 100 000 взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), а распространенность — 4,8 случая на 100 000 взрослого населения с сохраняющейся тенденцией увеличения заболеваемости и в настоящее время.

Пузырчатка обыкновенная является наиболее распространенным подтипом пузырчатки в Европе, США и Японии; страдают преимущественно женщины, большинство пациентов в возрасте 50–60 лет на момент начала заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПУЗЫРЧАТКИ (КЛИНИЧЕСКАЯ)

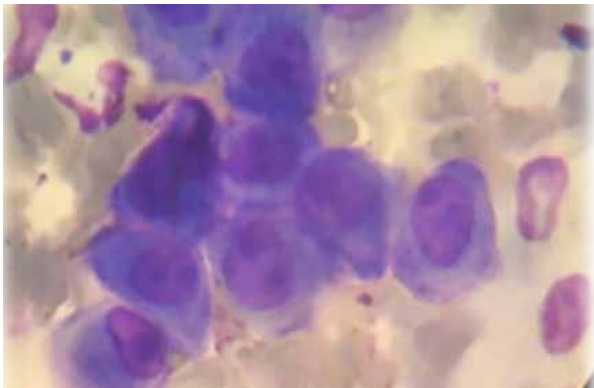
1. Пузырчатка обыкновенная.
2. Пузырчатка вегетирующая.
3. Герпетиформная пузырчатка.
4. Пузырчатка листовидная.
5. Пузырчатка бразильская.
6. Пузырчатка эритематозная. Синдром Сенира–Ашера.
7. Пузырчатка, вызванная лекарственными средствами.
8. Другие виды пузырчатки:
 - паранеопластическая пузырчатка;
 - IgA-зависимая пузырчатка;
 - субкорнеальный пустулез;
 - внутриэпидермальный нейтрофильный дерматоз.



Пузырчатка [пемфигус] (L10)

ВЕГЕТИРУЮЩАЯ ПУЗЫРЧАТКА	
ТИП НЕЙМАНА (НОЙМАНА) (КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА)	ТИП АЛЛОПО (ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА)
• распространенные буллезные элементы быстро вскрываются, и на слившихся эрозивных поверхностях формируются папилломатозные разрастания. Этот тип вегетирующей пузырчатки хуже реагирует на терапию и имеет плохой прогноз. Гистологическая картина — выраженные явления папилломатоза и акантоза с интраэпидермальными абсцессами, состоящими из эозинофилов.	• локализованный характер (интертригинозные зоны), реже поражаются слизистые оболочки. Эта форма всегда сопровождается пустулезными и фолликулярными элементами, сливающимися в инфильтрированные бляшки с вегетациями. Течение заболевания более благоприятное. Гистологическая картина — акантолитические щели, заполненные эозинофилами и акантолитическими клетками. В эпидермисе отмечается эозинофильный спонгиоз, в дерме выраженный эозинофильный инфильтрат

- ДИАГНОСТИКА**
1. Клинические проявления.
 2. Лабораторные исследования:
 - цитологический метод (Тцанка);
 - патоморфологическое исследование кожи/слизистой;
 - патоморфологическое исследование кожи /слизистой с применением метода прямой иммунофлюоресценции (ПИФ);
 - серологическая диагностика



Конгломераты акантолитических клеток, окраска азур-эозином, x1000, масляная иммерсия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	
Споротрихоз	множественные язвы и бляшки, напоминающие эктиму или гангренозную пиодермию, на инфильтрированном основании. Вообще большинство глубоких микозов, и в особенности микозы кожи и подкожной клетчатки, протекают с клинической картиной хронической язвенно-вегетирующей пиодермии. Диагноз ставят на основании биопсии, обнаружения возбудителя в мазке — отпечатке с поверхности язв, окраска материала по Граму, посев
Хромомикоз, папилломатозно-язвенный тип (ХМ)	локализуется на частях тела, контактирующих с зараженным материалом: кисти, стопы, голень, коленные суставы, ягодицы, задняя поверхность бедер, грудная клетка и верхние конечности, реже лицо. После инкубационного периода продолжительностью от 1 до 6 мес. у пациентов с ХМ появляется красное пятно в месте инокуляции гриба, позже оно превращается в папулу с гладкой поверхностью, которая увеличивается в размерах и характеризуется псориазиформным шелушением, затем появляются ошутимые бугорки, папулы, уплотнения, веррукозные узлы. Вокруг первичного очага постепенно формируются сателлитные поражения, как правило, папилломатозно-веррукозного типа
Вегетирующая форма дискератоза Дарье	множественные гиперкератотические плотные папулы, обычно фолликулярные, диаметром от 0,2 до 0,5 см, имеющие шаровидную форму с плоской или папилломатозной поверхностью, покрытой чешуйкой. Цвет папул колеблется от серовато-коричневого до цвета нормальной кожи. При слиянии узелков образуются вегетирующие, веррукозные очаги с мокнутием в складках. Высыпания располагаются, как правило, симметрично, преимущественно в себорейных участках (лице, волосистой части головы, за ушными раковинами, в области грудины, между лопатками, в крупных складках)
Хроническая семейная доброкачественная пузырчатка Хейли – Хейли	характерно появление буллезных высыпаний на неизменной или слегка гиперемизированной коже. Обычная локализация очагов поражения: естественные складки, а также боковые поверхности шеи, внутренняя поверхность бедер, половые органы. Нередко высыпания расположены симметрично. Первичный элемент — пузырь или группа пузырей небольших размеров с серозным содержимым
Микробная экзема	располагается асимметрично в виде округлых, одиночных или немногочисленных очагов, отчетливо очерченных, отечных и инфильтрированных, характеризуется наличием эритемы, папулезновезикулезных элементов, наложением серозно-гнойных корок, мокнутием и скоплением гноя. По периферии таких очагов располагается фестончатый ободок отслаивающегося эпидермиса. На поверхности очага и рядом с ним располагаются отдельные пустулы, отмечаются фолликулиты

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка М., 1967 года рождения — 57 лет

Жалобы: на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, половых органов, на слизистой оболочке полости рта, губ, болезненность, незначительный зуд в местах высыпаний; осиплость голоса; снижение массы тела на 5 кг за 2 месяца

Сопутствующие заболевания:
I35.0 Аортальный (клапанный) стеноз.
J31.0 Хронический ринит.
J34.2 Смещенная носовая перегородка.
N95.1 Менопаузные и климактерические состояния у женщин. Постменопаузальный период

Наследственность, аллергологический анамнез: не отягощены.

Анамнез заболевания: считает себя больной с мая 2023 г., когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметила высыпания на слизистой полости рта, в связи с чем обратилась к стоматологу, которым диагностирован «Стоматит», проводимая наружная терапия (уточнить затрудняется), без эффекта. В конце августа, на фоне ОРВИ с подъемом температуры тела до 37.7°C, отметила отсутствие голоса, консультирована оториноларингологом, инфекционистом, рекомендации и диагнозы уточнить затрудняется. Обратилась и получала лечение у гомеопата. В октябре 2023 г. впервые отметила появление буллезных элементов на коже инфрамаммарных областей, консультирована дерматологом по ДМС, диагностирован «Дерматит», назначены тГКС, р-р метиленового синего, без эффекта. В связи с распространением высыпаний вызвана бригада СМП, рекомендована консультация дерматолога по месту жительства. При обращении к дерматологу по месту жительства направлена на стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью верификации диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи № В00203_24-1 от 25.01.2024: «в биоптате интраэпидермальный пузырь с нарушенной целостностью покрывки, дно которого представлено акантолитически измененными клетками базального слоя. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью нейтрофилов и эозинофилов инфильтраты».

Заключение: в пределах исследованного материала морфологическая картина вульгарной пузырчатки.

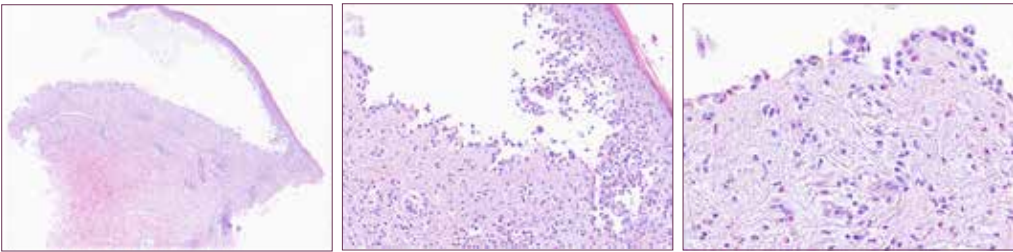


Фото МНПЦДК ДЭМ Патогистологическая лаборатория Бобров М.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Цитологическое исследование соскобов, отпечатков, отпечатков с поверхности эрозий, язв, свищей, ран и других патологически измененных поверхностей (в том числе отделяемого из сосков молочной железы): обнаружено, эозинофилы — 14%

ОАК: количество эритроцитов (RBC) 3,81 10¹²/л (3,9–4,7), гематокрит (HCT) 33,2% (36–42), количество лейкоцитов (WBC) 16,3 10⁹/л (3,5–10), количество тромбоцитов (PLT) 858 10⁹/л (180–400), гемоглобин (HGB) 111 г/л (120–150), остальные показатели в пределах референсных значений.

ОАМ: в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови: общий белок: 63 г/л (66–88), альбумин: 25,9 г/л (35–52), креатинин: 99 мкмоль/л (53–97), холестерин общий: 5,5 ммоль/л (0–5,2), АЛТ: 43,4 МЕ/л (0–31), АСТ: 48,5 МЕ/л (0–31).

ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 53 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Изменения миокарда левого желудочка.

Проведена консультация терапевта, гинеколога, оториноларинголога, УЗИ органов брюшной полости (эхографические признаки гепатомегалии, стеатоза, хр.бескалькулезного холецистита, ДЖВП, билиарного сладжа, диффузно-неоднородных поджелудочной железы), УЗИ почек (эхографические признаки умеренно расширенной чашечно-лоханочной системы, микроуролитиаза), УЗИ мочевого пузыря.

СОСТОЯНИЕ ДО НАЧАЛА ТЕРАПИИ

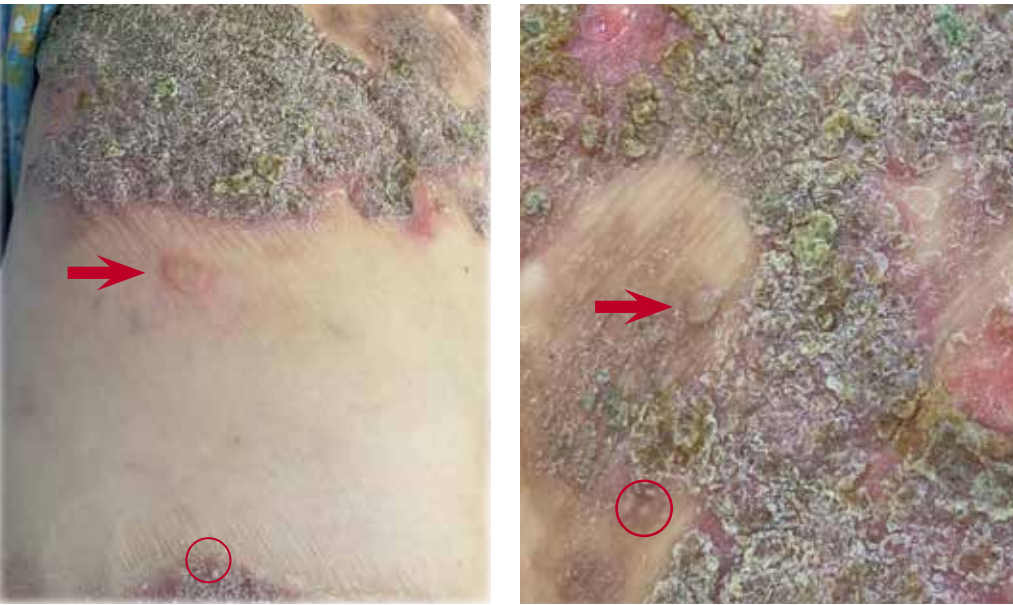


ПРОВЕДЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1. Инъекционные (инфузионные) препараты:**
- **Цефтриаксон** 1 г х 2 раза в день, в/м, в течение 7 дней,
 - **Адеметионин** 400 мг, в/м,
 - **Р-р альбумина 20% — 100 мл, № 3.**
- 2. Таблетированные препараты:**
- **Преднизолон таб.** в суточной дозе 120 мг — 24 таб., с постепенным титрованием до 65 мг — 13 таб. (на момент выписки),
 - **Азатиоприн** 50 мг по 1 таб. х 2 раза в день,
 - **Железа сульфат+Аскорбиновая кислота** 1 таб. х 2 раза в сутки.
- 3. Наружная терапия:**
- **Бетаметазон+Гентамицин+Клотримазол** крем (складки) 5 г в сутки,
 - **Р-р хлоргексидина**, 1 фл. в сутки, орошать полость рта,
 - **Р-р метилтиониния хлорида** 1 фл. в неделю (корочки, эрозии),
 - **Паста борно-дегтярная** (складки), 10 г в сутки,
 - **Аэрозоль бетаметазон**, 1 фл. в неделю, эрозивные дефекты.

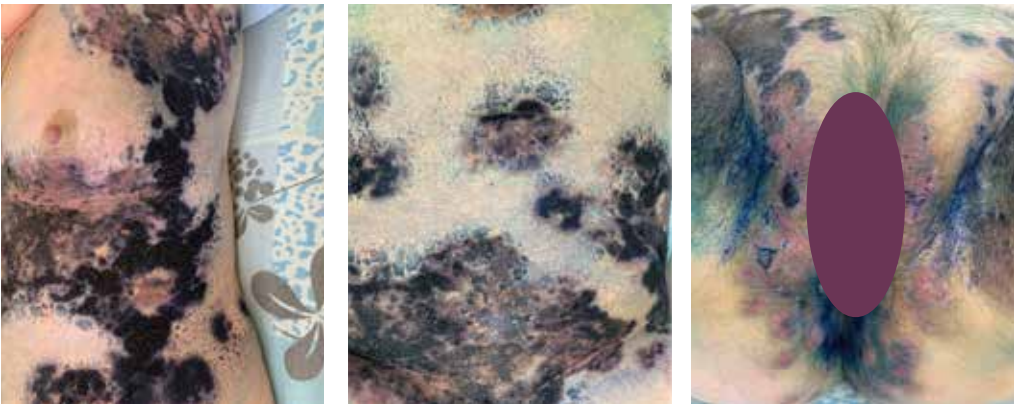
ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Патологический процесс на коже носит распространенный, островоспалительный характер. На коже туловища, верхних и нижних конечностей, половых органов обширные эрозивные дефекты розовато-красного цвета местами покрытые массивными желтовато-коричневого цвета корочками, трещины, на поверхности эрозий множественные разрастания — вегетаций, отделяемое, сопровождаемое зловонным запахом, по периферии отмечаются единичные пузыри, размером до 1.0 см в диаметре, заполненные серозным содержимым, пустулы. На слизистой полости рта (твердое небо) и красной кайме эрозивные дефекты, размером до 1.0 см в диаметре, свободны от налетов, на красной кайме губ серозно-геморрагические корочки. Симптом Никольского положительный, вблизи очагов.



СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА

Отмечаются менее обширные эрозивные дефекты на коже туловища, верхних и нижних конечностей, половых органов, на поверхности которых сухие, состоятельные корочки, в стадии отторжения, вегетации на поверхности упустились, множественные поствоспалительные пятна. На слизистой полости рта (твердое небо) единичные эрозивные дефекты в стадии эпителизации, налетов не отмечается, красная кайма губ свободна от высыпаний. Симптом Никольского отрицательный. Свежих элементов нет.



ВЫВОДЫ

Интерес к вышеизложенному случаю обоснован тем, что вегетирующая пузырчатка Аллопо часто не диагностируется, и пациенты с данной патологией наблюдаются с иными диагнозами; Течение заболевания благоприятное, хорошо поддается терапии глюкокортикостероидами; Пациенты имеют лучший прогноз с более легким течением заболевания и более высоким шансом на ремиссию по сравнению с больными вульгарной пузырчаткой; При отсутствии глюкокортикостероидной терапии происходит прогрессирование заболевания. Появляются симптомы интоксикации, субфебрильная температура, потеря аппетита, бессонница, снижение массы тела, часто присоединяется вторичная инфекция, возможен сепсис. Со временем вегетирующая пузырчатка может приобретать черты вульгарной, в связи с чем необходима ранняя диагностика и терапия глюкокортикостероидными препаратами.

Е. В. Лебедева, к.м.н. Е. Н. Маляренко

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Фотодинамическая терапия: от эстетической медицины до борьбы с COVID-19

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФДТ) В ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ПРИВЛЕКАЕТ ВСЕ БОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ И КЛИНИЦИСТОВ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ. СОЧЕТАНИЕ ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ СО СВЕТОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ДЛИНЫ ВОЛНЫ ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИГАТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В ДЕРМАТОЛОГИИ, ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ФДТ является инновационным методом лечения, базирующимся на применении фотосенсибилизирующих веществ в сочетании со световым излучением определенной длины волны. При взаимодействии данных компонентов инициируется каскад биохимических реакций с образованием активных форм кислорода, включая синглетный кислород.

Исторические источники свидетельствуют о применении фототерапевтических методов еще в эпоху Древнего Египта, где для лечения кожных заболеваний использовались фотосенсибилизирующие растительные компоненты. В современной медицинской практике ФДТ широко используется специалистами различных направлений, включая онкологию, гинекологию и дерматологию.

Особую значимость метод приобретает в терапии новообразований кожи как доброкачественного, так и злокачественного характера (актинический кератоз, базальноклеточная карцинома кожи). Клинические исследования демонстрируют эффективность ФДТ не только в лечении онкологических и дерматологических патологий, но и в коррекции возрастных изменений, стимуляции регенеративных процессов и оптимизации метаболической активности кожи.

В качестве источников светового излучения применяются когерентные и некогерентные системы. Современная дерматологическая практика, наряду с лазерными установками, активно внедряет портативные светодиодные устройства (Рисунок 1).



Рисунок 1. Светодиодный портативный аппарат, применяемый при ФДТ онихомикозов

Выбор источника света осуществляется в соответствии со спектральными характеристиками используемого фотосенсибилизатора. Среди наиболее распространенных фотосенсибилизаторов выделяют 5-аминолевулиновую кислоту (АЛК), производные хлорина е 6, метиленовый синий и толуидиновый синий. Современные исследования направлены на разработку безопасных и эффективных препаратов с оптимальными фармакокинетическими характеристиками, минимизирующими необходимость длительной фотопротекции после терапии. Существенным ограничением применения ряда перспективных фотосенсибилизаторов является их химическая нестабиль-

ность в водных средах. Для решения данной проблемы активно разрабатываются системы доставки на основе нанотехнологических платформ. В качестве носителей фотосенсибилизаторов успешно применяются различные наноразмерные структуры, включая липосомальные комплексы, липоплексные системы, наномульсионные композиции, мицеллярные структуры, полимерные наночастицы (биodeградируемые и небиodeградируемые), а также наночастицы на основе диоксида кремния. Использование данных систем доставки позволяет не только повысить стабильность фотосенсибилизаторов, но и оптимизировать их фармакокинетические характеристики, обеспечивая более эффективное накопление в целевых тканях.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

В современной медицине особое внимание уделяется разработке методов, направленных на замедление процессов старения кожи и коррекцию возрастных изменений. Исследования показывают, что помимо естественного хронологического старения значительную роль в преждевременном старении кожи играет ультрафиолетовое излучение, ответственное примерно за 80% случаев. Степень фотоповреждения кожных покровов находится в прямой зависимости от кумулятивной дозы ультрафиолетового облучения, полученной организмом на протяжении жизни.

ФДТ зарекомендовала себя как эффективный метод коррекции фотоповрежденной кожи. При использовании хлорина е 6 в качестве фотосенсибилизатора с последующим световым воздействием наблюдается активация иммунных механизмов на клеточном и гуморальном уровнях, оптимизация микроциркуляции и лимфодренажа, а также интенсификация энергетического обмена путем стимуляции синтеза АТФ.

Согласно данным Американской медицинской ассоциации, применение фотодинамической терапии с использованием синего света в сочетании с АЛК демонстрирует высокую эффективность в лечении актинического кератоза, достигая показателя регрессии патологических очагов около 90% через 5 месяцев после терапии. Дополнительно отмечается общее улучшение состояния кожи, включая уменьшение выраженности морщин, нормализацию цвета кожи и коррекцию пигментных нарушений.

Исследования, проведенные Szeimies R. M. и соавторами, продемонстрировали эффективность фотосенсибилизатора на основе метиламинолевулината (МАЛ). Гистологические исследования подтвердили существенное снижение атипии кератиноцитов, значительное увеличение содержания коллагеновых волокон и редукцию проявлений солнечного эластоа. Механизм действия включает стимуляцию неоколлагеногенеза посредством цитокин-опосредованных процессов. Клинические исследования показали, что даже после двукратного применения ФДТ с использованием МАЛ в сочетании с красным светом (37 Дж/см²) в области лица наблюдается значительное увеличение плотности коллагеновых волокон и уменьшение признаков актинического повреждения.

Согласно экспертному консенсусу, оптимальный протокол терапии предполагает проведение 2–3 процедур с интервалом 3–6 меся-



цев до достижения желаемого клинического и эстетического результата. Периодичность процедур определяется исходным состоянием кожи и индивидуальными регенеративными возможностями пациента, оцениваемыми после первичного сеанса ФДТ.

При проведении процедур по эстетическим показаниям рекомендуется соблюдать минимальный интервал 4 недели между сеансами, который может быть увеличен при необходимости дополнительной подготовительной терапии. ФДТ представляет перспективным методом омоложения кожи, главным преимуществом которого является неинвазивный характер воздействия.

ПРИМЕНЕНИЕ ФДТ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФДТ в современной медицинской практике активно применяется для лечения различных воспалительных и инфекционных патологий, включая псориаз — хроническое воспалительное заболевание кожи.

Традиционные методы лечения псориаза включают различные физиотерапевтические процедуры, такие как ПУВА-терапия и ультрафиолетовое облучение. Клинические исследования демонстрируют, что интеграция ФДТ в комплексную терапию существенно повышает эффективность лечения. Метод характеризуется минимальным количеством противопоказаний, что делает его особенно ценным для пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями, а также при ладонно-подошвенном псориазе.

Исследования показывают высокую результативность метода при определенных терапевтических режимах, достигая полного или частичного разрешения псориатических очагов. Особенно эффективным оказалось применение 20% АЛК и 0,1% метиленового синего при световой дозе 15 Дж/см². Однако существенным ограничивающим фактором является выраженный болевой синдром во время светового облучения.

В 2013 году группой итальянских исследователей под руководством Calzavara-Pinton P.G. было проведено масштабное исследование с использованием МАЛ-производного АЛК с повышен-

ной липофильностью, обеспечивающей более глубокое проникновение в кожу. Результаты исследования, в котором участвовал 221 пациент из 20 медицинских центров Италии, показали, что у 35,3% пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния, однако у 23,5% развилась выраженная воспалительная реакция, а 29,4% отмечали интенсивную боль или жжение.

Клинические исследования отечественных ученых подтверждают высокую эффективность ФДТ в лечении ряда инфекционных заболеваний, включая остроконечные кондиломы, вульвовагинальный кандидоз и герпетическую инфекцию.

По современным эпидемиологическим данным, вирусом папилломы человека (ВПЧ) инфицировано 50–70% взрослого населения, однако клинические проявления наблюдаются лишь у 1–2% инфицированных. Исследования, проведенные в 2013 году группой под руководством Аполихиной И. А., продемонстрировали сопоставимую эффективность ФДТ с применением Аласенса (АЛК) как при системном (73%), так и при местном применении (70%) по сравнению с традиционным лечением препаратом Солкодерм (77%). Существенным преимуществом ФДТ является статистически значимое снижение частоты рецидивов.

Исследования отечественных авторов под руководством Макарова О. В. (2013) установили противогерпетическую активность ФДТ в экспериментах *in vitro* с использованием производных хлорина е 6. Зарубежные исследования подтверждают эффективность метода, сравнимую с действием ацикловира.

Значительное внимание исследователей привлекает применение ФДТ при лечении микотических поражений ногтей и кожи. Впервые в своих работах С. Propst и L. Lubin (1978) продемонстрировали фоточувствительность дерматофитов к гетероциклическим красителям *in vitro*, в частности к комбинации профлавина с синим светом (455 нм) в отношении *T. mentagrophytes* и *Microsporum gypseum*.

Так, в современной практике при лечении онихомикозов наиболее часто используются 20% АЛК или 16% МАЛ, а также 2% метиленовый синий и толуидиновый синий, последний из которых является основой метода РАСТ, разработанного немецкими специалистами. Большинство

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

исследований сообщают о 90–100% эффективности лечения. Однако важно отметить, что ФДТ онихомикоза требует комплексного подхода, включающего предварительную подготовку ногтевой пластины и удаление подногтевого гиперкератоза.

В условиях растущей антибиотикорезистентности патогенных микроорганизмов ФДТ представляется перспективным методом контроля инфекционных заболеваний бактериальной и грибковой этиологии. Особую ценность представляет способность ФДТ не только оказывать прямое антимикробное действие, но и стимулировать иммунный ответ организма.

Метод демонстрирует высокую эффективность в борьбе с мультирезистентными микроорганизмами и биопленками, которые являются причиной около 80% бактериальных и грибковых инфекций у человека. Клинические исследова-

ния подтверждают результативность ФДТ при лечении различных инфекционных процессов, включая зубной налет, хронические раневые инфекции, кандидоз полости рта и хронический риносинусит.

Особую актуальность ФДТ приобрела в контексте пандемии COVID-19. Механизм действия метода основан на способности фотосенсибилизаторов взаимодействовать с вирусом SARS-CoV-2 благодаря его структурным особенностям, включая наличие отрицательно заряженных оболочечных белков и специфических аминокислотных остатков. Образующийся при ФДТ синглетный кислород эффективно воздействует на остатки гуанина и аминокислоты гистидина, триптофана и тирозина вирусных частиц (Схема 1).

Предложены различные методики применения ФДТ при COVID-19, включая ингаляционное

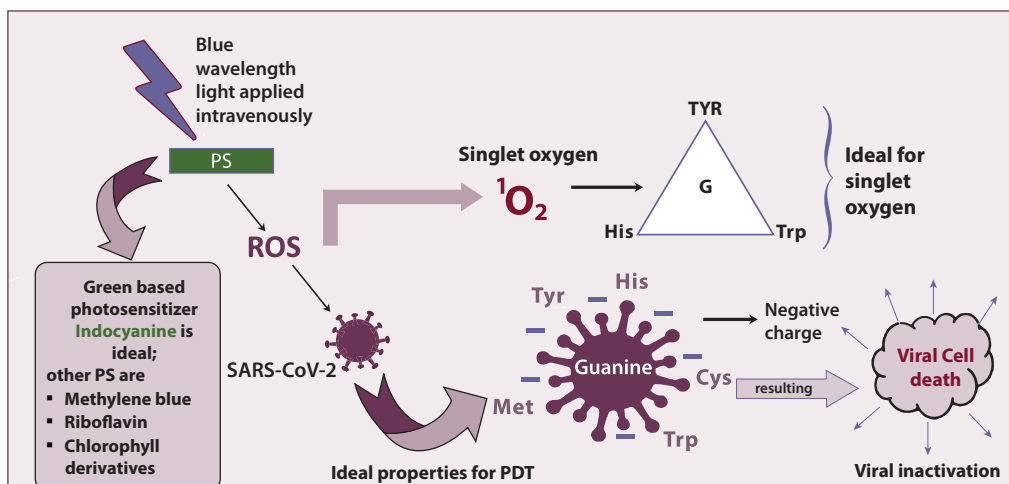


Схема 1. Действие ФДТ при терапии инфекции COVID-19 (PDT — ФДТ; PS — фотосенсибилизатор; ROS — активные формы кислорода)



Рисунок 2. Устройства, применяемые в реабилитации при постковидном синдроме

введение фотосенсибилизаторов и использование катетера для подачи света. Предварительные исследования показывают эффективность метода в санации ротовой полости и носовых ходов у пациентов с ранними стадиями заболевания. Однако требуются дальнейшие клинические исследования для валидации метода и определения его эффективности на различных стадиях COVID-19.

Кроме того, у пациентов после выздоровления от COVID-19 наблюдается широкий спектр клинических последствий, включающих мышечные, суставные, неврологические, дерматологические и легочные нарушения. Данные последствия представляют собой актуальную проблему как в настоящем, так и в будущем. В качестве эффективных инструментов для решения данной проблемы, предложенных исследователями из Бразилии, выступают реабилитационные методики, основанные на фотобиомодуляции и комбинированной терапии, такие как световая терапия, ФДТ,

а также сочетание вакуумной и лазерной терапии (Рисунок 2). Разработанные методы способствуют подавлению воспалительной реакции в легких, улучшению газообмена, а также устранению мышечных болей и спазмов в грудной клетке, что делает их неинвазивными и перспективными для применения в постковидной реабилитации.

ФДТ демонстрирует широкие терапевтические возможности в различных областях медицины, от лечения онкологических и дерматологических заболеваний до борьбы с вирусными инфекциями, включая COVID-19. Современные разработки в области создания новых фотосенсибилизаторов и систем их доставки существенно расширяют возможности метода, однако требуется проведение дальнейших исследований для стандартизации протоколов лечения и оценки долгосрочной эффективности.

**Е. И. Цыганкова, к. м. н. В. В. Петунина,
д. м. н. В. Ю. Васенова**

ЮБИЛЕИ

РУДН ОТМЕТИЛ 65-ЛЕТИЕ

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ БЫЛ ОСНОВАН РЕШЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА СССР 65 ЛЕТ НАЗАД 5 ФЕВРАЛЯ. СОЗДАНИЕ ВУЗА БЫЛО ОТВЕТом НА ЗАПРОС ВРЕМЕНИ. ПОСЛЕ ВОЛНЫ ОСВОБОДИТЕЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ И ДЕКОЛОНИЗАЦИИ СТРАН АФРИКИ И АЗИИ ИМ ТРЕБОВАЛИСЬ КВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ КАДРЫ. С ЭТОЙ ЗАДАЧЕЙ НОВЫЙ ВУЗ УСПЕШНО СПРАВИЛСЯ. СЕГОДНЯ СРЕДИ ЕГО ВЫПУСКНИКОВ — ГЛАВЫ ГОСУДАРСТВ И ПРАВИТЕЛЬСТВ. ИЗ СТЕН УНИВЕРСИТЕТА ВЫШЛА ЦЕЛАЯ ПЛЕЯДА КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КОТОРЫЕ РАБОТАЮТ В СФЕРЕ ГОСУПРАВЛЕНИЯ, В СМИ, НА ПРЕДПРИЯТИЯХ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА, В МЕДИЦИНЕ И ЮРИСПРУДЕНЦИИ.

К 65-летию университета приурочено несколько мероприятий. 6 и 7 февраля прошла Международная научно-практическая конференция «Миссия современного университета в условиях вызовов трансформаций в многополярном мире», в которой приняли участие министры, ректоры, проректоры ведущих вузов и ученые из России и зарубежных стран.

Основными темами обсуждения стали тенденции науки в постглобальном мире, международные рейтинги, университеты третьего поколения и сетевые университеты. На пленарном заседании «Современные модели образования: революция или эволюция» обсуждались стратегические направления развития науки в России, возможности использования искусственного интеллекта в образовании и особенности смешанного обучения. Выступая на заседании, замглавы Минобрнауки Денис Секиринский подчеркнул задачу, поставленную президентом России по созданию эффективной системы взаимодействия науки, технологий и производства. В рамках конференции Секиринский вручил ведомственные награды ученым и препода-

вателям РУДН, включая Почетную грамоту Президента России и медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

7 февраля в РУДН прошли различные научные круглые столы, а 8 февраля в Кремлевском дворце состоялся грандиозный праздник. Выступая перед собравшимися, ректор Российского университета дружбы народов Олег Ястребов отметил, что в 2019 году РУДН ни по одному предметному направлению не входил в топ-100 в мире. Сегодня шесть направлений входят в топ-100, из них три — в топ-50. «Не могу не отметить признание наших ученых. За короткий период цитирование научных публикаций выросло в два раза. Мы продолжаем оставаться самым многопрофильным, интернациональным и зеленым университетом страны», — сказал он в частности.

Валерий Фальков, министр науки и высшего образования Российской Федерации отметил, что торжественный вечер совпал с днем российской науки и поздравил РУДН с днем рождения. Он зачитал со сцены поздравление Президента Российской Федерации Владимира Путина. «Богатая история вашего вуза, его высокий авторитет в отечественном и между-



Медицинский институт РУДН

народном научно-образовательном сообществе — предмет особой гордости коллектива университета. Ведь с первых дней создания он стал для студентов, приехавших в Москву из государств Азии, Африки и Латинской Америки, поистине вторым домом и уникальным пространством созидания, дружбы и взаимопонимания, реализации своего творческого потенциала, талантов и способностей», — говорится в поздравительной телеграмме главы государства профессорско-преподавательскому коллективу, студентам, аспирантам, выпускникам и участникам торжественных мероприятий, посвященных 65-летию РУДН. Также Валерий Фальков вручил государственные и ведомственные награды сотрудникам и выпускникам РУДН.

Дипломы РУДН получили уже более 200 тысяч человек, и в мире вряд ли найдется страна, где нет его выпускника.

Сейчас в университете обучается более 30 тысяч студентов, представители более

160 стран мира и 500 национальностей, из них более 10 тысяч — в медицинском институте РУДН.

Студенты медицинского института Российского университета дружбы народов получают образование по всем основным медицинским и фармацевтическим специальностям, проходят производственную практику и подготовку по клиническим дисциплинам в более чем 170 клиниках.

Медицинский институт РУДН активно сотрудничает с зарубежными исследовательскими центрами, с медицинскими вузами в 18 странах. Студентам предоставляются широкие возможности для освоения знаний и проведения научных исследований.

От всей души поздравляем коллектив университета с юбилеем! Желаем дальнейших успехов, счастья и благополучия!

**Материал заимствован
из общедоступных ресурсов интернета,
не содержащих указаний на авторов**

ФОТОРЕПОРТАЖ

Дерматовенерология и косметология: от инноваций к практике

ВЛАДИМИР 14.02



НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

Дерматология по Фицпатрику в четырех томах

ВЫШЕЛ В СВЕТ АДАПТИРОВАННЫЙ ДЛЯ РОССИЙСКИХ ЧИТАТЕЛЕЙ ПЕРЕВОД 9-ГО ИЗДАНИЯ ВСЕМИРНО ИЗВЕСТНОГО РУКОВОДСТВА «FITZPATRICK'S DERMATOLOGY», КОТОРОЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ ДЕСЯТИЛЕТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ САМЫХ АВТОРИТЕТНЫХ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КОЖНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВО ВСЕМ МИРЕ.



Русскоязычное издание подготовлено под общей редакцией президента Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, заведующего кафедрой кожных болезней и косметологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, Заслуженного врача РФ, профессора, доктора медицинских наук Н. Н. Потекаева в сотрудничестве с ведущими профильными кафедрами и специалистами страны.

Издание

- охватывает **максимально широкий спектр** вопросов по различным состояниям и нозологическим формам;
- содержит базовую **современную информацию** по диагностике, лечению и профилактике кожных заболеваний;
- отдельные части посвящены аспектам местной и системной терапии, хирургии и косметической дерматологии;

- включает **217 глав** по различным разделам дерматологии: от строения и функций кожи, диагностики и лечения большинства кожных заболеваний до аспектов косметической дерматологии;
- содержит **свыше 4000 иллюстраций**, а также **сотни таблиц и схем**.

Текст руководства **адаптирован к использованию в РФ** на основании принятых в нашей стране клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи по специальностям «Дерматовенерология» и «Косметология».

«Дерматология по Фицпатрику» — универсальное, современное и авторитетное руководство, которое будет полезно дерматовенерологам и косметологам, студентам медицинских вузов, а также врачам смежных специальностей.

НОВОСТИ

Новый ВПЧ-Центр в Москве: современная помощь при вирусных заболеваниях

ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ, НЕ МЕНЕЕ 80% СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ ЛЮДЕЙ ИНФИЦИРУЮТСЯ ВПЧ ХОТЯ БЫ 1 РАЗ В ЖИЗНИ. ПРИ ЭТОМ МНОГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ СЧИТАЮТ, ЧТО ЭТА ЦИФРА БЛИЗКА К 100%, С УЧЕТОМ ТОГО, ЧТО В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВПЧ-ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ НОСИТЬ ТРАНЗИТОРНЫЙ ХАРАКТЕР И ВОЗНИКАТЬ И ИСЧЕЗАТЬ В ПРОМЕЖУТКАХ МЕЖДУ ТЕСТИРОВАНИЯМИ НА ВПЧ, А АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ БОРОДАВКИ, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ ВПЧ, ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИППП В МИРЕ.



Установлено, что средний показатель инфицированности ВПЧ среди женщин в мире составляет приблизительно 12%, а пораженность ВПЧ среди гетеросексуальных мужчин достигает 19%.

Около 40% людей в мире являются носителями ВПЧ на видимо здоровой коже, при этом клинические проявления ВПЧ кожных типов — вирусные бородавки — наблюдаются приблизительно у 9% детей и 30% взрослых людей.

ВПЧ высокого канцерогенного риска является причиной приблизительно 5% всех случаев рака у людей, с этим вирусом ассоциированы практически 100% рака шейки матки, 90% раков анального канала, а также значительной доли раков влагалища, вульвы, полости рта, гортани и полового члена.

Следует отметить, что ВПЧ-инфекция — это не только манифестные формы заболевания, которые могут быть представлены аногенитальными или кожными бородавками, раком или интраэпителиальными дисплазиями различной локализации. По данным ВОЗ, в 70–90% случаев

инфекция протекает в латентной или субклинической формах и не имеет видимых клинических проявлений и симптомов. Отсутствие симптоматики является одной из самых значимых проблем ВПЧ-ассоциированных заболеваний и ключевым фактором в передаче и распространении инфекции. Кроме того, становится очевидным, что для полноценной и эффективной диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний в клинической практике необходимо применение современных специальных методов исследования: цитологических, гистологических, а также использование специальных оптических приборов с изменяющимся увеличением и дополнительным источником света. Также необходимо учитывать, что, в зависимости от видов сексуальной активности, ВПЧ могут инфицировать не только наружные половые органы, но и слизистую оболочку полости рта и гортани, область анального канала и уретру. В этой связи становится очевидным, что для полноценной диагностики и лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний кроме врача-дерматовенеролога пациенту могут потребоваться консультации врачей смежных специальностей: оториноларинголога, колопроктолога, уролога и акушера-гинеколога. Соответственно, современный подход к диагностике, лечению и профилактике ВПЧ-ассоциированных заболеваний должен носить мультидисциплинарный характер, что не учитывается в подавляющем большинстве случаев при обращении пациентов с данной проблемой.

В мае 2024 года в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ» создана специализированная структура — «Центр компетенций по вопросам вирусных заболеваний кожи» — обособленное отделение, в котором консолидированы специалисты разных медицинских профилей для решения вопросов, связанных с вирусными заболеваниями кожи.

Созданный Центр компетенций является единственной государственной структурой в системе



учреждений здравоохранения города Москвы, работа которого направлена на решение широких вопросов вирусной патологии кожи, однако основной акцент в работе Центра сделан на диагностику, терапию и профилактику ВПЧ-ассоциированных заболеваний, учитывая их повышенную медицинскую, социальную и экономическую значимость.

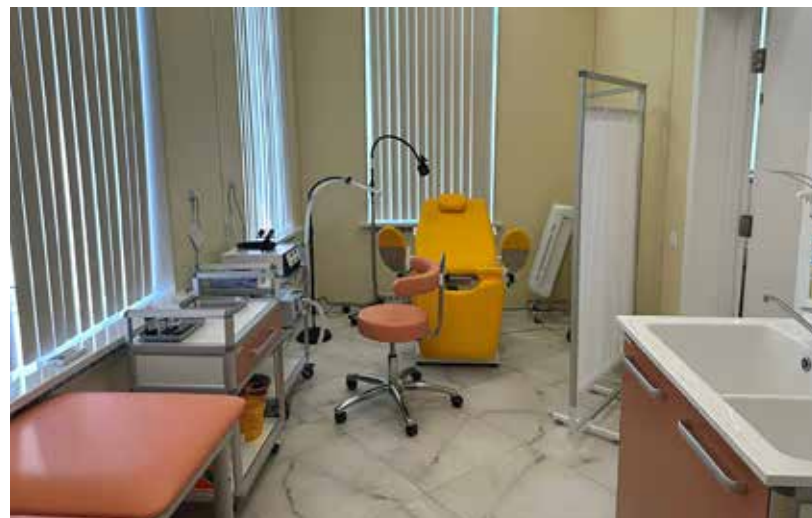
Центр компетенций обладает самыми современными возможностями для детальной клинико-лабораторной диагностики, которая включает в себя молекулярно-биологическую диагностику ИППП, онкоцитологический скрининг, по показаниям — биопсию тканей. Кроме того, Центр оснащен самым современным оборудованием для эффективной визуализации клинических проявлений вирусных поражений кожи и слизистых оболочек, позволяющими проводить цифровую видеоскопию, уретроскопию, а также ректо- и ларингоскопию. Широкие клинко-диагностические

возможности позволяют правильно и точно установить диагноз, на основании которого, врачами Центра подбирается современная терапия с индивидуальным подходом к каждому пациенту, включающая деструктивные методы лечения, с применением передового медицинского оборудования, иммунотерапию или проведение динамического наблюдения.

Значимое преимущество нового Центра компетенций — возможность прямой коммуникации, комплексный, коллегиальный подход к решению проблем ВПЧ-ассоциированных заболеваний в интересах пациента.

Кроме того, одним из приоритетных направлений работы Центра компетенций является профилактический этап — в составе вновь созданной структуры функционирует кабинет вакцинопрофилактики, в котором проводится широкая гендер-независимая вакцинопрофилактика против ВПЧ взрослого и детского населения.

К.М.Н. Д. Г. Ким



МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №9 (49)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.

Учредитель: Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

Адрес редакции: 119071, Москва, Ленинский проспект, д. 17

E-mail: klinderma@inbox.ru, pressderma@yandex.ru

Главный редактор — Потекаев Н.Н.

Зам. главного редактора — Доля О.В.

Зам. главного редактора — Жукова О.В.

Научный редактор — Поршина О.В.

Шеф-редактор — Николаева Н.В.

Редактор — Шевцова В.В.

По вопросам размещения рекламы — Кочеткова И.Л. Тел.: +7 903 108 36 35

Редакционная коллегия:

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Дальневосточного федерального округа — **Аршинский М.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Северо-Кавказского федерального округа — **Земцов М.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Уральского федерального округа — **Зильберберг Н.В.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Сибирского федерального округа — **Новиков Ю.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Северо-Западного федерального округа — **Разнатовский К.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии
Южного федерального округа — **Темников В.Е.**

Периодичность: 4 номера в год

Газета набрана и сверстана в ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»,

отпечатана в ООО «Борус-Пресс».

300041, г. Тула, ул. Соффера, д. 6

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 03.03.2025

Время подписания в печать: по графику 10:00, фактическое 10:00.

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский дерматолог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.



“
**ДОКТОР МЕНЯ
НЕ УЗНАЕТ!**
”

ВЫ МОЖЕТЕ УДИВИТЬСЯ, КОГДА УВИДИТЕ ПАЦИЕНТА СНОВА!

БОЛЕЕ 80% ПАЦИЕНТОВ УДЕРЖИВАЮТ **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ**
В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ¹ БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО ТРЕМФЕЯ:

- СПОСОБСТВУЕТ ПОЛНОМУ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ*
- ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ, СОПОСТАВИМЫМ С ПЛАЦЕБО²⁻⁴
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛЬНОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ⁵

* 53% ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГУСЕЛЬКУМАБ, ДОСТИГЛИ И УДЕРЖИВАЛИ PASI 100 В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ VOYAGE-1^{1,2} PASI (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) - ИНДЕКС РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА.

1. REICH K, ET AL. BR J DERMATOL.2021;185(6):1146-1159. 2. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2022 APR;86(4):827-834. 3. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2017;76:405-417. 4. LANGLEY RG. ET AL. BR J DERMATOL 2018;178:114-123. 5. MCLNNES IB. ET AL. ARTHRITIS RHEUMATOL 2021;74(3):475-485.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПРЕПАРАТА И ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ:
ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ, 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, Д. 17, КОРП. 2.
ТЕЛ. (495) 755-83-57, ФАКС: (495) 755-83-58. СР-477163 ОКТЯБРЬ 2024



Инструкция
по медицинскому
применению и общая
характеристика
лекарственного
препарата Тремфрея

Johnson & Johnson